FRAMTIDA STUDERANDE-HÄLSOVÅRD

Betänkande av

Studerandehälsovårds-

utredningen

SOU 1975:17

Ref

FRAMTIDA STUDERANDE-HÄLSOVÅRD

Betänkande av

Studerandehälsovårds-

utredningen

1975:7

SOU

Statens offentliga utredningar
1975:7
Utbildningsdepartementet

Framtida studerandehälsovård

Betänkande av
Studerandehälsovårdsutredningen
Stockholm 1975

Omslag: Johan Hillbom
ISBN 91-38-02209-5

Göteborgs Offsettryckeri AB, Stockholm

Till statsrådet och chefen för utbildningsdepartementet

Genom beslut 1972-09-08 bemyndigade Kungl. Maj:t dåvarande chefen för utbildningsdepartementet, statsrådet Moberg, att tillkalla en sakkunnig att utreda frågan om studerandehälsovårdens framtid.

Med stöd av detta bemyndigande tillkallades genom beslut samma dag såsom sakkunnig nuvarande tf avdelningschefen vid socialstyrelsen Gunnar Wennström. På den sakkunniges begäran och efter förslag av vederbörande huvudman förordnades till experter fr. o. m. 1973-01-25 byråchefen Sven F Bengtson, riksförsäkringsverket, byrådirektören Benny Jonsson, universitetskanslersämbetet, kanslichefen Sverker Norlén, landstingsförbundet, sekreteraren Rolf Björklund, Svenska kommunförbundet, studentläkaren Esbjörn Backström samt dåvarande vice ordföranden för Sveriges förenade studentkårer Bertil Magnusson.

Till sekreterare i utredningen fr. o. m. 1972-11-01 förordnades byrådirektören, nuvarande avdelningsdirektören Kay Gunnar Wilow, socialstyrelsen. Som biträdande sekreterare har tjänstgjort fr. o. m. 1973-02-15 nuvarande tf byrådirektören Åsa Rundquist, socialstyrelsen, och fr. o. m. 1973-12-15 fil. kand. Caj Skoglund.

Den sakkunnige har bedrivit sitt arbete med täta sammanträden med sin expertgrupp. Visst material har insamlats genom en enkät till kårortsnämnderna i syfte att fastställa, i vilken utsträckning studerandehälsovårdsorganisationen byggts ut och hur den – i relation till den år 1967 fastställda målsättningen för verksamheten – praktiskt fungerar. Denna enkät kan ses som en upprepning och komplettering av en motsvarande undersökning, som socialstyrelsen verkställde under år 1971 och vars resultat styrelsen tidigare redovisat i skrivelse till Kungl. Maj:t 1972-04-20. Vidare har den sakkunnige genom en enkät, riktad till de eftergymnasiala läroanstalter, vars studerande har möjlighet att komma i åtnjutande av studerandehälsovård, insamlat information om den hälso- och sjukvård, som tillhandahålls de anställda vid ifrågavarande läroanstalter. Genom sistnämnda enkät har underlag erhållits för bedömning av frågan om möjligheterna att samordna hälso- och sjukvård för studerande med hälsovården för dessa läroanstalters personal.

Den sakkunnige har under utredningsarbetet haft personlig kontakt med företrädare för kårobligatorieutredningen och utredningen om högskolans framtida organisation (U 68) samt tagit del av betänkanden, som dessa utredningar avgivit. Vidare har den sakkunnige haft löpande

kontakt med den 1973-03-09 tillsatta obligatoriekommittén och tagit del av och noterat resultaten av en rad olika andra utredningar av särskilt intresse för studerandehälsovården. I utredningsarbetet har han också varit i förbindelse med företrädare för statens personalnämnd och informerat sig om den av nämnden bedrivna försöksverksamheten med företagshälsovård vid vissa statliga myndigheter. Vidare har den sakkunnige haft direkt kontakt med företrädare för kårortsnämnder, sjukvårdshuvudmän och läroanstalter, bl. a. genom studieresor till universiteten i Lund, Uppsala och Umeå, universitetsfilialen i Växjö och högskoleverksamheten i Jönköping. Uppgifter har slutligen inhämtats från övriga nordiska länder samt från vissa andra länder om hur hälso- och sjukvården för motsvarande studerande är anordnad.

1973-11-07 avgav den sakkunnige efter remiss yttrande till utbildningsdepartementet över universitetsrestaurangkommitténs betänkande "Universitetsrestauranger. Mål och subventioner" (Utbildningsdepartementet 1973:4) och därtill hörande rapport "Fakta" (Utbildningsdepartementet 1973:5). Ytterligare kan nämnas, att utbildningsdepartementet 1974-05-31 till den sakkunnige för handläggning överlämnat en till departementet av Sveriges förenade studentkårer ingiven framställning 1974-05-08 rörande de för den sakkunniges utredning utfärdade direktiven.

Sedan den sakkunnige nu slutfört sitt uppdrag överlämnas härmed resultatet av utredningsarbetet, betänkandet "Framtida studerandehälsovård". De till utredningen knutna experterna ställer sig bakom den sakkunniges förslag. Experten Björklund har dock inte deltagit i slutfasen av utredningens arbete.

Särskilt yttrande har avgivits av experten Bertil Magnusson, vilket bifogas betänkandet.

Stockholm den 19 november 1974

Gunnar Wennström

Sven F Bengtson *Benny Jonsson* *Sverker Norlén*

Bertil Magnusson *Esbjörn Backström*

/Kay Gunnar Wilow

Caj Skoglund

Innehåll

I Sammanfattning

Bakgrund och bedömningsunderlag (Kap. 1–7)

Historik

Den nuvarande studerandehälsovården har sitt ursprung i den verksamhet med hälsoundersökningar – främst riktade mot tuberkulosen – som de studerande vid landets universitet och högskolor på eget initiativ startade i början av 1930-talet. Under mitten av 1950-talet byggdes verksamheten ut med allmänmedicinska och psykiatriska mottagningar och fick därmed en till övervägande del sjukvårdande karaktär. Vid sidan härav tillkom vid mitten av 1960-talet social rådgivning av särskilt anställda kuratorer.

Efter utredningsarbete av en arbetsgrupp inom dåvarande ecklesiastikdepartementet fattade 1967 års riksdag på grundval av förslag i propositionen 1967:48 de beslut, som reglerar den nuvarande verksamheten med studerandehälsovård. 1970 utfärdade socialstyrelsen, som är tillsynsmyndighet för studerandehälsovården, särskilda råd och anvisningar för denna vård (Råd och anvisningar, Socialstyrelsen 1970:12).

1972-09-08 tillkallade Kungl. Maj:t en sakkunnig med uppgift att företa en utredning om studerandehälsovården – studerandehälsovårdsutredningen. Hemställan om en sådan utredning hade framförts av dels Sveriges förenade studentkårer, dels studentkårerna i Umeå, Uppsala, Karlstad, Örebro och Växjö.

Studerandehälsovårdsutredningen hade att pröva behovet av studerandehälsovård samt den eventuella organisationsformen för denna.

Av utredningens direktiv kan följande citeras:

"En grundläggande uppgift är att analysera om de skäl, som år 1967 ledde fram till att en särskild studerandehälsovård behölls, om än i nya former, fortfarande äger giltighet. Statsmakternas ställningstagande grundades vid denna tidpunkt på bl. a. det uttalade intresset från de studerandes organisationer att behålla denna separata organisation. Jag vill i detta sammanhang erinra om att studerandehälsovården är en förmån, vilken utöver den allmänna hälso- och sjukvården kommer de studerande till del. En utgångspunkt för den sakkunnige bör vara att endast om starka skäl föreligger en separat organisation för studerandehälsovård kan motiveras.

Om studerandehälsovården inordnas i den allmänna hälso- och sjukvården, är det givetvis nödvändigt, att de studerande får möjlighet att

utnyttja studieortens sjukvårdsresurser. Erforderliga förslag härför bör utarbetas i nära kontakt med huvudmännen för den allmänna hälso- och sjukvården och kårortsnämnderna. Den sakkunnige bör samtidigt söka kartlägga och lämna förslag till lösning av de övergångsproblem, som kan tänkas uppstå i samband med ett inordnande.

Om den sakkunnige finner att en särskild organisation för studerandehälsovården fortfarande bör finnas, har han att pröva, vilka ändringar som bör göras. En förutsättning bör därvid vara, att statens kostnader för en sådan särskild organisation inte blir högre än vad som följer av nu gällande bidragsregler".

Utredningens direktiv i dess helhet redovisas i bilaga 1.

Den nuvarande studerandehälsovården

Målsättning

Studerandehälsovårdens syfte är att vara hälsovårdande i psykiskt och fysiskt hänseende och härigenom förebygga uppkomsten av sjukdomar och insufficienstillstånd. Därvid skall särskilt beaktas de studerandes miljö- och arbetsförhållanden. Med denna målsättning kommer studerandehälsovården att framstå som en med företagshälsovård jämställd verksamhet med huvudsaklig inriktning på behandling och vård av psykiska och psykosomatiska sjukdomar samt på hälsobefordrande och förebyggande åtgärder bland studerande.

Verksamhet

Studerandehälsovården bör enligt den målsättning och de riktlinjer, som angivits för verksamheten, vara uppbyggd kring dels en psykiatrisk mottagning, dels en allmänmedicinsk mottagning för i princip patienter med psykosomatiska symptom, men även för studerande med lättare psykiska störningar. Vidare bör som en självständig funktion ingå kuratorsverksamhet. De studerande förutsätts i fråga om behovet av sjukvård vara tillförsäkrade samma vårdmöjligheter som andra medborgare på studieorten. Vid behov av sjukvård för somatiska åkommor, olycksfall m. m. liksom i fråga om annan specialistvård än den psykiatriska räknas med att de offentliga vårdresurserna på studieorten skall kunna tas i anspråk även av studerande som har ett annat hemortslandsting än studieortens.

Organisation

De studerande är genom sina organisationer huvudmän för studerandehälsovården. På varje kårort där studerandehälsovård anordnas, finns en särskild *kårortsnämnd* inrättad. Kårortsnämnden är en samarbetsorganisation för de studerande vid berörda läroanstalter och ansvarar för verksamheten. Tillsynsmyndighet är socialstyrelsen.

Finansiering

Statsbidrag till studerandehälsovården utgår med ett av riksdagen årligen fastställt schablonmässigt beräknat belopp. Statsbidraget uppgick budgetåret 1967/68 till 10 kr. per studerande, intill ett studerandeantal av 10 000, och 5 kr. per studerande därutöver. Budgetåret 1974/75 uppgår statsbidraget till 15 respektive 9 kr. per studerande.

Enligt lagen om allmän försäkring utgår ersättning för sjukvårdskostnader vid studerandehälsovårdens läkarmottagningar enligt gällande regler för återbäring från försäkringskassa vid privatläkarvård.

Studerandena bidrar till verksamhetens finansiering genom kollektivt uttaxerade avgifter och, i mindre utsträckning, genom patientavgifter. Studerandeorganisationerna fastställer själva den kollektiva avgiften, vilket möjliggörs genom universitetsstadgans (motsvarande) bestämmelser om obligatoriskt medlemskap i studerandesammanslutningar.

Verksamhet 1967/68 – 1972/73

Redan efter en kort tids erfarenhet av systemet med den statsunderstödda studerandehälsovården gjordes från ansvarigt studerandehåll gällande, att statsbidraget inte gav den täckning för kostnaderna som studerandeorganisationerna räknat med. Socialstyrelsen fann på grundval härav anledning att söka skaffa sig en så klar bild som möjligt av hur studerandehälsovården byggts ut och fungerade på de olika kårorterna genom en enkätundersökning. Denna genomfördes 1971. Studerandehälsovårdsutredningen har senare (1973) följt upp denna med en ny enkät. Resultatet av studerandehälsovårdsutredningens enkät redovisas utförligt i bilaga 2. Redogörelsen i det följande bygger på resultaten av de båda undersökningarna.

Studerandeantal och hemortstillhörighet

1972/73 omfattade studerandehälsovården ca 138 000 studerande vid nio universitets- eller högskoleorter. Genomsnittligt var ungefär hälften av de studerande mantalsskrivna inom annan landstingskommun än kårortens. Markanta avvikelser noteras dock i Stockholm, Karlstad och Uppsala.

Måluppfyllelse

Av undersökningarna framgick, att ca 75 % av läkarbesöken i genomsnitt skedde för erhållande av somatisk vård. Huvuddelen av bl. a. läkarnas tid torde också ägnas åt sjukvård. Utredningen anser sig därför kunna konstatera, att studerandehälsovården fått en i huvudsak sjukvårdande inriktning och inte utvecklats till den medicinska specialitet, inriktad på psykiatriska åkommor och med kraftfulla hälsovårdande insatser, som förutsatts.

Finansiering

Socialstyrelsen fann genom sin enkätundersökning år 1971 att de ekonomiska förutsättningarna för bedrivande av studerandehälsovård enligt det uppgjorda programmet var mindre gynnsamma. Styrelsen föreslog därför en kraftig höjning av statsbidraget från 10 + 6 kr. per studerande budgetåret 1969/70 till 23 + 16 kr. per studerande budgetåret 1970/71. Anslaget fastställdes emellertid av riksdagen till 11 + 6 kr. per studerande, varvid dess karaktär av schablonbidrag också slogs fast. Under budgetåret 1974/75 uppgår anslaget, som tidigare nämnts, till 15 + 9 kr. per studerande.

Till följd av utvecklingen i avseende på statsbidragets omfattning har studerandeorganisationerna själva tagit på sig en allt större del av kostnaderna för verksamheten. Som ett exempel kan nämnas, att statsbidraget ökat med 50,3 % under en fyraårsperiod (från 929 700 kr. 1969/70 till 1 397 100 kr. 1972/73) medan de kollektiva studerandebidragen under samma tid ökat med 93,4 % (från 866 854 kr. till 1 676 338 kr.). Studerandehälsovårdens finansiering 1972/73 redovisas i tabell 1.

Tabell 1 Studerandehälsovårdens finansiering 1972/73

Inkomstkälla	Kr	%
Kollektiva studerandebidrag	1 676 338	37.8
Statsbidrag	1 397 100	31.4
Återbäring från försäkringskassor	1 014 764	22.9
Diverse bidrag	188 800	4.2
Patientavgifter	162 820	3.7
Totalt	4 439 822	100.0

Tillgång till sjukvård inom studieorter

Såväl i 1967 års proposition som i socialstyrelsens råd och anvisningar om studerandehälsovård har förutsatts, att de studerande skall hänvisas till studieortens allmänna sjukvård i fråga om sjukdomstillstånd, som inte har uppenbart samband med studier eller studiemiljö.

Studerandenas tillgång till offentlig hälso- och sjukvård regleras dels genom sjukvårdslagens bestämmelser, dels genom av sjukvårdshuvudmännen regelbundet slutna utomlänsavtal. Formellt reglerar utomlänsavtalet ersättning mellan sjukvårdshuvudmännen för meddelad vård av utomlänspatienter.

Utomlänsavtalets betydelse för de studerande varierar från studieort till studieort, beroende bl. a. på hur många av de studerande, som är mantalsskrivna i den landstingskommun (eller motsvarande), i vilken studieorten är belägen.

I huvudsak kan konstateras, att de utomlänsstuderande vid flertalet kårorter har samma tillgång till offentlig hälso- och sjukvård som på orten bosatta invånare. Särskilda svårigheter har dock förelegat och kan fortfarande sägas föreligga i Göteborg. Även i Lund uppges vissa svårigheter ha förekommit.

Den allmänna hälso- och sjukvården m. m.

Med hänsyn till frågan hur hälso- och sjukvården framdeles skall vara ordnad för studerandena är det av betydelse att granska den allmänna hälso- och sjukvårdens nuvarande organisation och planerade utveckling. Därvid är det av särskild vikt att bedöma, i vilken mån förutsättningarna kan komma att ändras för de studerande att få tillgång till bl. a. läkarservice inom den allmänna hälso- och sjukvården.

För att ge ett underlag för bl. a. den långsiktiga planeringen inom hälso- och sjukvården redovisade socialstyrelsen år 1973 ett inom styrelsen upprättat förslag till principprogram för den totala vårdstrukturen i rapporten "Hälso- och sjukvård inför 80-talet". En stark utbyggnad förväntas därvid ske av primärvården för att bl. a. tillgodose allmänhetens krav på närhet, kontinuitet och säkerhet i vårdarbetet. Denna innefattar hälso- och sjukvård utanför sjukhusen, samordnad med vissa långtidssjukvårds- och sociala resurser samt förutsätter tillgång till allmänläkare. Dessa bör kunna samverka i vårdcentraler med specialister och därvid i första hand barnläkare, gynekologer och psykiater, liksom med en differentierad grupp anställda med annan utbildning.

Enligt förslaget skall primärvården åläggas ett primäransvar för invånarnas hälsa och ha skyldighet att se till att alla medborgare får erforderlig hälso- och sjukvård. Bl. a. förutsätts skolhälsovård och viss företagshälsovård ingå i primärvårdens uppgifter.

Den totala tillgången på läkare inom landet förväntas öka snabbt. 1970 fanns enligt förslaget till principprogram 10 900 läkare och 51 000 sjuksköterskor. 1985 beräknas antalet ha stigit till 25 600 läkare och 85 000 sjuksköterskor. Vid nämnda tidpunkt beräknas över 7 000 läkare med specialistutbildning (motsvarande) vara verksamma inom primärvården mot ca 2 500 för närvarande. I sistnämnda siffra har även privatpraktiserande läkare inräknats.

Genom primärvårdens utbyggnad bör de studerandes tillgång till offentlig, även icke-akut, öppen hälso- och sjukvård väsentligen kunna förbättras. Detta måste givetvis påverka studerandehälsovårdens framtida utformning.

Företagshälsovård

Under de senaste decennierna har arbetsmiljöfrågor kommit att ägnas en starkt växande uppmärksamhet. En rad åtgärder har vidtagits för att förbättra arbetarskyddet och för att tillförsäkra de anställda ett ökat inflytande på den egna arbetsplatsen. I linje härmed pågår en kraftig utbyggnad av företagshälsovården.

År 1967 träffades en överenskommelse mellan SAF och LO om riktlinjer för företagshälsovård. Enligt parternas mening, bör kostnaderna för företagshälsovården bäras av arbetsgivaren.

I propositionen 1971:23 preciserades vissa riktlinjer för företagshälsovården. Däri underströks den nära samordning och samverkan mellan företagshälsovården samt samhällets hälso- och sjukvård, som måste

komma till stånd för att nå bästa möjliga fördelning och utnyttjande av tillgängliga resurser.

1973 beräknades ca 400 läkare vara sysselsatta inom företagshälsovård, varav ca 320 på heltid. Verksamheten kan vara helt knuten till enskilt företag, eller ske inom ramen för en företagshälsovårdscentral, som är gemensam för flera företag. Till sådana centraler kan även kommuner eller kommunala organ vara anslutna. Små företag och särskilt sådana på mindre orter förutsätts för sitt företagshälsovårdsbehov repliera på offentliga vårdcentraler.

Sjukvårdens andel inom verksamheten beräknas uppgå till minst 50 %. Kostnaderna för företagshälsovårdens medicinska del uppskattas f. n. till 85 kr. per arbetare och år, utöver ersättning för sjukvård från sjukförsäkringen. Kostnaderna för företagshälsovårdens tekniska del beräknas f. n. till 50–60 kr. per år.

Socialstyrelsen har räknat med ett visst läkartillskott för företagshälsovård inom den offentliga hälso- och sjukvården samt ett lika stort till annan typ av företagshälsovård. Företagshälsovårdsutredningen uppskattade i sitt betänkande (SOU 1968:44) det totala nyrekryteringsbehovet för företagshälsovården till 1 300 läkare, 1 950 sjuksköterskor, 1 300 ingenjörer och 1 300 andra tekniker. I ett av landstingsförbundets styrelse under våren 1974 utgivet programförslag framhålls, att det är naturligt att landstingskommunerna tar på sig ett direktansvar för utbyggnad av företagshälsovårdsresurser i anknytning till pågående utbyggnad av vårdcentraler över hela landet.

Privatläkarvård

Privatläkarvård bedrivs väsentligen som öppen sjukvård. Privatläkarvårdens andel av totalantalet besök hos läkare i öppen vård uppgår f. n. till ca 25 %, vilket motsvarar drygt 5 milj. besök årligen. Studerandehälsovården – i den mån det är fråga om läkarvård – betraktas som privatverksamhet.

På grundval av förslag i propositionen 1974:104 har 1974 års riksdag fastställt nya ersättningsregler vid privatläkarvård. Reformen innebär, att ett nytt ersättningssystem skapas, som ger patienten ett ekonomiskt skydd, som är likartat med det som gäller i offentlig öppen vård (det s. k. 12-kronorssystemet).

Skolhälsovård

Skolhälsovård skall enligt skolstadgans bestämmelser anordnas för elever i grundskolan samt för elever i gymnasieskolan och i motsvarande studievägar som omfattar minst ett läsår. Ansvaret för skolhälsovården åvilar huvudmannen för vederbörande skola, dvs. i flertalet fall primärkommun.

Skolhälsovårdens främsta mål är att förebygga sjukdom. Samtidigt skall sjukvård i viss utsträckning meddelas inom verksamhetens ram. Insatt i ett större sammanhang är skolhälsovården att betrakta som en

fortsättning av den förebyggande vård, som genom samhällets försorg ges på mödravårdscentraler och barnavårdscentraler. Skolhälsovården utgör emellertid även en viktig del av skolans elevvård och skall därvid vara en hjälp för lärarna att få kännedom om elevernas fysiska och psykiska hälsa, så att de kan ta hänsyn till detta i sin undervisning.

Ett genomgående moment i verksamheten är de regelbundet återkommande, för alla elever obligatoriska läkarundersökningarna. I enlighet med SÖ:s anvisningar sker årskursundersökningar i grundskolans årskurser 1, 4, 7 och 9. För gymnasieskolans del gäller, att varje elev skall läkarundersökas under det första läsåret, och därefter högst vartannat år enligt bestämmelser som SÖ meddelar.

Kostnaderna för skolhälsovården för 1974 uppgick till 66:20 kr. per elev.

Frågan om skolhälsovården har behandlats av riksdagen med anledning av motion 1973:298, vari hemställdes om en utredning om skolhälsovårdens organisation och huvudmannaskap. Riksdagen beslutade i enlighet med motionsyrkandet. Med anledning härav tillkallade utbildningsministern 1974-02-07 särskilda sakkunniga med uppgift att genomföra denna utredning (1974 års skolhälsovårdsutredning).

Hälso- och sjukvård för statligt anställda

Sedan lång tid tillbaka har staten i stor utsträckning medgivit sina anställda rätt till fri sjukvård. Läkarvården för de statligt anställda ombesörjs praktiskt taget uteslutande av anvisningsläkare.

Studerandehälsovårdsutredningen har genom en särskild enkät till de läroanstalter, vars elever äger tillgång till den nuvarande studerandehälsovården, sökt kartlägga hur hälso- och sjukvården för de anställda vid dessa läroanstalter är organiserad och fungerar. En redogörelse för enkäten och dess resultat lämnas i bilaga 3. Någon annan slutsats kan inte dras av enkätsvaren än att hälso- och sjukvården där fungerar varken bättre eller sämre än den som finns vid andra statliga myndigheter och institutioner.

Det är en allmänt utbredd uppfattning, att det nuvarande anvisningsläkarsystemet inte fungerar särskilt väl. I syfte att skapa en rationell och tillförlitlig organisation för hälso- och sjukvård åt statligt anställda har därför statens personalnämnd påbörjat en försöksverksamhet med företagshälsovård vid vissa statliga myndigheter och institutioner. Utredningen lämnar en redogörelse för denna försöksverksamhet, varvid särskilt intresse ägnas åt den verksamhet, som bedrivs vid Kungl. Tekniska Högskolan i Stockholm

Slutligen redovisar utredningen ett av personalnämnden i november 1974 framlagt förslag till utbyggnad av företagshälsovården för de statligt anställda.

Utbildning vid universitet och högskolor

Av stor betydelse för behovet av en särskild studerandehälsovård och dess inriktning är den framtida utvecklingen inom universitets- och högskole-

väsendet.

Under hela 1960-talet och fram till läsåret 1968/69 ökade tillströmningen till universitet och högskolor mycket kraftigt; från ca 8 000 till ca 30 000 nyinskrivna årligen. Därefter har en minskning av tillströmningen skett, som nästan helt fallit inom universitetens filosofiska fakulteter. Under senare år har samtidigt flera viktiga förändringar ägt rum av studerandepopulationens sammansättning. Andelen äldre studerande har stigit kraftigt samtidigt som allt fler registrerat sig för deltidsstudier och studier parallellt med förvärvsarbete.

U 68:s och U 68-beredningens förslag innebär, att en rad nya och mindre högskoleorter byggs ut. Tillströmningen av äldre studerande väntas vidare öka som en följd av U 68:s och U 68-beredningens, kompetenskommitténs och SVUX:s förslag vad avser studieinriktning, kompetenskrav respektive studiestöd för vuxenstuderande.

Förväntade – och i viss mån redan förekommande – utvecklingstendenser inom den högre utbildningen påverkar studerandehälsovården i två viktiga avseenden;

- högskoleväsendets lokalisering innebär att studerandehälsovård inrättas på nya högskoleorter, där utgångspunkterna är annorlunda än vid de orter som för närvarande har studerandehälsovård
- studerandepopulationens alltmer heterogena sammansättning ställer delvis nya krav på studerandehälsovårdens innehåll. Vuxenstuderandenas problem kan i många avseenden väntas vara av annan art än de ungdomsstuderandes.

Obligatoriekommittén

De studerande vid universiteten och flertalet av landets högskolor är enligt universitetsstadgans bestämmelser (motsvarande) skyldiga att vara medlemmar i och erlägga avgift till studentsammanslutningar av olika slag. Denna skyldighet avser medlemskap i studentkår eller elevkår samt i förekommande fall dessutom i nation eller studentförening vid fakultet. De tidigare omnämnda kollektiva studerandebidragen har möjliggjorts genom obligatoriska uttaxeringar i enlighet med nämnda s. k. obligatoriebestämmelser.

1973-03-09 tillkallade chefen för utbildningsdepartementet särskilda sakkunniga för att pröva frågan om det obligatoriska medlemskapet i studerandesammanslutningar m. m. Som en hållpunkt för studerandehälsovårdsutredningen kan noteras, att departementschefen i direktiven för kårobligatorieutredningen framhållit, att studerandesammanslutningarnas statligt reglerade ansvar för vissa studiesociala anordningar och serviceanordningar knappast kan motivera att ett obligatoriskt medlemskap bevaras.

Studerandehälsovård i vissa andra länder

I kap. 7 redovisar utredningen omfattning och organisation av studerandehälsovården i Finland, Norge, Danmark, Storbritannien, Polen och Sovietunionen. Utredningen betonar därvid, att förutsättningarna för

hälso- och sjukvårdens liksom för den övriga sociala omsorgsverksamhetens uppbyggnad, omfattning och serviceutbud varierar starkt från land till land, beroende på bl. a. skilda organisatoriska villkor.

Överväganden och förslag (kap. 8–11)

Undersökningar om behovet av studerandehälsovård (kap. 8)

Enligt sina direktiv skall utredningen på nytt analysera de skäl, som ledde fram till statsmakternas beslut 1967 om den nuvarande studerandehälsovården. Utredningen konstaterar, att någon mer djupgående diskussion angående behovet av en särskild hälso- och sjukvårdsorganisation för de studerande vid universitet och högskolor inte föregick detta beslut. Motivet för studerandehälsovården utgörs av den främst på erfarenheter grundade uppfattningen, att universitets- och högskolestuderandes arbets- och miljöförhållanden inrymmer bestämda riskfaktorer, som utgör grundorsaken till många sjukdomsfall av psykisk eller psykosomatisk natur hos studerande.

Vissa jämförande undersökningar avseende hälso- och sjukvårdskonsumtion i normalbefolkning och hos studerande (8.3)

Utredningen refererar statistik, som visar hur konsumtionen av sluten somatisk vård och sluten psykiatrisk vård varierar med hänsyn till ålder och kön i totalbefolkningen, samt hur konsumtionen av öppen vård varierar i förhållande till ålder. I 1967 års proposition om studerandehälsovård anges, att de studerande vid eftergymnasiala utbildningsanstalter befinner sig i en ålder, då allvarliga kroppssjukdomar är sällsynta. Även om studerandepopulationens sammansättning under senare år genomgått en viss förändring i riktning mot ett ökat antal vuxenstuderande, finns enligt utredningens uppfattning ingen anledning att i nuläget gå ifrån denna bedömning. Av den redovisade statistiken framgår, att konsumtionen av såväl sluten som öppen sjukvård är relativt låg i de för högskolestudier aktuella åldersgrupperna.

Utredningen konstaterar på grundval av bl. a. ett par år 1971 respektive 1973 genomförda enkätundersökningar rörande vårdkonsumtionen inom studerandehälsovården, att denna i praktiken blivit relativt starkt inriktad på sjukvård av somatisk karaktär. Besöken i öppen vård hos studentläkare är i medeltal 0,29 per studerande och år (med variation från 0,68 i Uppsala till 0,09 i Stockholm) mot ca 1,5–2,2 besök per invånare och år i motsvarande åldersgrupper i totalbefolkningen.

Utredningen lämnar vidare en kortfattad redogörelse för vissa undersökningar avseende psykiatriska problem i samhället som helhet.

Vissa studiesociala undersökningar

UKÄ har kontinuerligt följt den praktiska tillämpningen av den nya studieordningen för de filosofiska fakulteterna som infördes fr. o. m.

höstterminen 1969 och publicerat de samlade erfarenheterna i årliga rapporter. I de i skriften UKÄ-aktuellt under 1971–1973 redovisade rapporterna konstaterade UKÄ, att de faktiskt uppnådda studieresultaten med ca 15 % understeg de förväntade. Ämbetet ansåg, att detta förhållande kunde tillskrivas ett alltför stort antal studieavbrott (tillfälliga och definitiva) samt att studerandena hade en alltför låg studietakt.

I en år 1974 publicerad rapport gav UKÄ uttryck för ett något annorlunda synsätt, när det gäller bedömningen av det totala studieresultatet. Studieavbrotten behövde inte alltid, menade UKÄ, vara liktydiga med studiemisslyckanden. Till en del förklarades de av en överströmning från en utbildningslinje till en annan, ofta spärrad utbildning. Hänsyn togs i denna nya rapport också till sådana omständigheter, som att många studerande icke haft för avsikt att avlägga någon examen, utan endast velat skaffa sig t. ex. viss randutbildning. Studierna bedrivs också i ökad omfattning på deltid och i form av återkommande utbildning.

På initiativ av Stockholms studentkårers centralorganisation (SSCO) genomfördes under 1971 en *undersökning* bland studerande i Stockholm för att bl. a. söka kartlägga olika typer *av studiehinder* av psykisk och fysisk art. Av undersökningen – som omfattade 7 745 studerande – framgick, att var fjärde studerande ansåg att studierna fördröjts eller försvårats på grund av fysiska eller psykiska besvär. Generellt menade undersökarna, att studiemiljön inte ensam kunde orsaka psykiska besvär, men att sådana besvär kunde förvärras av en opersonlig och felanpassad omgivning. Genom sina intervjuer fick undersökarna fram, att studieneuroserna ofta utlösts av en otillfredsställande studiesituation.

Under 1973 publicerade Dr Ulla-Britt Sundqvist resultaten av en *undersökning* som påbörjades 1968, *om mental hälsa bland* slumpvis utvalda *förstaårsstuderande* vid Uppsala universitet. Ett visst antal studerande intervjuades vid inledningen av sina studier. Flertalet av dem kunde sedan följas upp med en kompletterande intervju två år senare.

Undersökningen visade, att en tredjedel av de deltagande studerandena hade haft en mycket diffus målsättning för sina studier initialt. Detta kunde vara, ansåg Sundqvist, en av förklaringarna till att endast 11 % av studerandena i undersökningsgruppen uppnått de förväntade studieresultaten, fyra poäng per månad. Situationen brukade emellertid förbättras, allt eftersom studerandena samlar erfarenheter från studielivet och förmår anpassa sig till detta. Sundqvist kunde också i sin undersökning konstatera en tendens till bättre studieresultat under det andra studieåret.

De svårigheter, som studerandena upplevde under observationsperioden, samlade Sundqvist under tre rubriker. Inom gruppen förklarade sig 28 % ha studieproblem, 15 % sociala problem och 12 % ansåg att de hade problem avseende relationerna till personer i omgivningen.

14,5 % av studerandena hade under de två första studieåren sökt läkare eller vårdats på sjukhus för psykiska besvär. En fjärdedel av de återstående angavs ha psykiska symptom av sådan grad, att kontakt borde tagits med läkare. Totalt tydde således undersökningen på att en tredjedel av den aktuella studerandegruppen haft nervösa besvär.

Enligt Sundqvist synes det föreligga ett klart samband mellan förekomst av psykiska besvär och problem, som har direkt anknytning till studiesituationen. Orsakssambanden är dock enligt Sundqvist svåra att utreda. Genom undersökningen har inte kunnat visas, att psykiska besvär avsevärt påverkar studieresultatet i ogynnsam riktning. Tvärtom kan enligt vad Sundqvist redovisat i enskilda fall mycket goda studieframgångar noteras, trots allvarliga symptom, under förutsättning att vederbörande får adekvat vård.

Vidare redovisar utredningen en av kårobligatorieutredningen 1970/71 genomförd enkätundersökning omfattande 1.500 universitets- och högskolestuderande samt en av studentpsykiatern Birgit Norrman genomförd undersökning om suicidier och allvarliga suicidalförsök bland studerande i Uppsala.

Utredningens bedömning om behovet av studerandehälsovård (kap. 9)

Motiven för den nuvarande studerandehälsovården är primärt begränsade till den erfarenhetsmässigt grundade kännedomen om att studerandena vid universitet och högskolor är utsatta för speciella av miljöförhållanden och studiesituationen betingade risker, som vid påverkan *kan* utlösa eller förvärra nervösa besvär. Härtill kommer som sekundärt motiv följdverkningarna av sådana sjukdomstillstånd, varom här är fråga. Studerandehälsovårdsutredningen har sökt utröna huruvida studerandemiljön verkligen inrymmer några för denna miljö speciella riskfaktorer.

På grundval av de relaterade undersökningarna och de slutsatser, som kunnat dras av dem, *anser studerandehälsovårdsutredningen det klarlagt, att i den eftergymnasiala studiemiljön ingår specifika orosmoment, som kan betraktas som särskilda riskfaktorer.*

Utredningen erinrar vidare om att under senare år har en intensiv debatt förts om arbetarskydd och företagshälsovård liksom om vikten av att förbättra arbetsmiljön. Så småningom har det framstått som nära nog en självklarhet att arbetstagarna måste skyddas mot yrkesrisker och ohälsa samt att en så god anpassning som möjligt mellan människan, hennes arbetsmiljö och arbete måste åstadkommas. Detta är den principiella utgångspunkten för den pågående kraftiga upprustningen av arbetarskyddet och företagshälsovården i vårt land. I samband med den utvidgning av företagshälsovården, som nu är aktuell, gör – förutom medicinska och tekniska aspekter – även sociala, ibland benämnda personalsociala sådana, sig allt starkare gällande.

Det är lätt, anser studerandehälsovårdsutredningen, att dra en parallell mellan det starkt uppmärksammade behovet av hälsovårdande åtgärder i olika slag av arbetsmiljöer och skolan å den ena sidan samt motsvarande behov i studerandemiljön å den andra.

De viktigaste åtgärderna för att komma till rätta med de riskförhållanden, som kan förorsaka ohälsa inom studiemiljön, måste med hänsyn till karaktären av dessa ligga inom ramen för den ordinarie utbildningsverksamheten, studie- och yrkesvägledningen etc. Det kommer dock aldrig att vara möjligt att enbart med hjälp av sådana förebyggande aktiviteter helt

eliminera dessa riskfaktorer, beroende bl. a. på de enskilda individernas känslighet för skadeverkningar. Det finns därför även – anser utredningen – inom studiemiljön behov av särskilda resurser i form av en studerandehälsovård, som kan användas för att så tidigt som möjligt fånga upp skadeverkningar i bl. a. studiesituationen samt bota eller lindra dessa. Den erfarenhet, som erhålls av detta arbete måste sedan – på samma sätt som inom företagshälsovården och skolhälsovården – kunna tillgodogöras den mer allmänt förebyggande verksamheten.

Med tanke på arten av de riskmoment som finns i studiemiljön och som är klart relaterade till studiesituationen, *anser utredningen ett otvetydigt behov föreligga av särskilda resurser i form av en studerandehälsovård, som kan tillgodose de hälsovårdsbehov, som dessa hälsorisker kan aktualisera.*

I dagens läge med det starka intresse, som finns för hälsovårdande insatser, och med hänsyn till de riskfaktorer, som är inrymda i studiemiljön och studiesituationen, kan utredningen inte finna motiv för att reducera de resurser, som för närvarande läggs ned på studerandehälsovården. Utredningen finner emellertid att dessa resurser kommit att starkt inriktats på traditionell sjukvård. I takt med den offentliga hälso- och sjukvårdens utbyggnad är det enligt utredningens mening nödvändigt att göra en omfördelning av studerandehälsovårdens resurser och bättre anpassa dem till föreliggande hälsoproblem.

Inriktningen av en särskild studerandehälsovård (kapitel 10)

Enligt studerandehälsovårdsutredningens mening bör en verksamhet med studerandehälsovård ha till syfte att genom olika åtgärder befrämja studerandenas framförallt psykiska hälsa samt på så sätt förebygga eller förhindra uppkomsten av sociala störningar jämte psykiska sjukdomar och insufficienstillstånd liksom – så långt möjligt är – avhjälpa eller lindra, när sådana uppkommit.

En framtida studerandehälsovård bör, anser utredningen, vara starkt relaterad till olika andra åtgärder, som vidtas för att underlätta studierna och som omfattar – förutom pedagogiska insatser – studie- och yrkesvägledning liksom studiesociala insatser, t. ex. studiemedel. Det är dessutom nödvändigt, att studerandehälsovården ges en fast anknytning till andra aktiviteter, som är inriktade på att befrämja studerandenas hälsa, t. ex. motionsverksamhet.

För att komma till rätta med och om möjligt eliminera de hälsorisker, som är förbundna med studiemiljön och studiesituationen, fordras, anser utredningen vidare, förtrogenhet med förhållandena inom studentvärlden. Flertalet av de specifika riskfaktorer, som det här är fråga om, berör och kräver åtgärder även av andra än av dem, som har direkt hälso- och sjukvårdande uppgifter. Det är därvid i enlighet med vad som nyss angivits främst fråga om lärarkåren samt om den personal, som har att göra med den särskilda studie- eller yrkesvägledningen liksom personal, som är verksam inom studiemedelsnämnd och ev. kuratorsorganisationer m. fl. Studerandehälsovården måste i enlighet härmed anses som ett

viktigt inslag i en breddad studiesocial verksamhet.

De hälsorisker, som är relaterade till studiemiljön, och särskilt till studiesituationen, kan utlösa eller förvärra sjukdomar av psykisk karaktär. Utredningen understryker, att de psykiska sjukdomsbilderna för studerandena till sin art inte är annorlunda än för övriga jämförbara befolkningsgrupper, men att vissa sjukdomsframkallande moment är specifika och att dessa moment kan härledas till studiesituationen.

De studerandes behov av sjukvård – av såväl akut som icke-akut natur – bör enligt studerandehälsovårdsutredningens uppfattning i ett längre tidsperspektiv kunna tillgodoses helt inom ramen för den offentliga hälso- och sjukvården på vederbörande utbildningsort. När fråga är om sluten sjukvård tillgodoses detta behov för närvarande på ett tillfredsställande sätt genom tillämpning av utomlänsavtalets bestämmelser. Beträffande behovet av öppen vård erinrar utredningen om den utbyggnad av primärvårdens resurser, som planeras och delvis redan håller på att realiseras inom alla landstingsområden. Kostnadstäckning för denna verksamhet förutsätts även kunna ske med hjälp av bl. a. utomlänsavtalet.

Genom den utbyggnad, som sker av folktandvården samt genom den nyligen införda tandvårdsförsäkringen bör enligt utredningens mening även studerandenas tandvårdsbehov kunna tillgodoses på längre sikt. Utredningen kan inte se några motiv föreligga för att i detta avseende tillförsäkra de högskolestuderande förmåner, som inte kommer övriga medborgare till del.

Utredningen föreslår sålunda att resurser även i fortsättningen skall ställas till förfogande för en hälsovård, vars främsta syfte skall vara att genom olika åtgärder befrämja studerandenas psykiska hälsa samt på så sätt förebygga eller förhindra uppkomsten av sociala störningar jämte psykiska sjukdomar och insufficienstillstånd liksom – så långt möjligt är – avhjälpa eller lindra, när sådana uppkommit. Insatserna måste i ett längre tidsperspektiv målmedvetet inriktas på sociala/kurativa åtgärder och samordnas med – förutom pedagogiska – studievägledande, yrkesvägledande och studiesociala insatser för att underlätta studierna. Detta utesluter emellertid inte ett visst behov av medicinska insatser även i en framtida studerandehälsovård med den inriktning utredningen förordar.

Kuratorerna kommer att inta en nyckelställning i den framtida studerandehälsovården. De bör verka inte bara så, att de står till studerandenas förfogande vid särskilda mottagningar för rådgivning och hjälp utan även bedriva en uppsökande verksamhet. Detta innebär att de genom egna initiativ tar kontakt med läroanstaltens personal, arbetsförmedling, studiemedelsnämnd, ev. studerandeorganisationer, studerande eller grupper av studerande för att diskutera studerandenas sociala och av studierna betingade problem samt för att påverka studiemiljöns utformning. Dessutom bör kuratorerna ge råd och anvisningar, meddela vilka myndigheter eller personer, som bör kontaktas samt i stort informera om hur hjälp finns att tillgå och hur studerandenas problem bör kunna lösas. De bör därvid givetvis själva även kunna förmedla sådan hjälp.

Behov inom studerandehälsovården kan härutöver föreligga av psykologisk expertis för rådgivning om studieproblem, samlevnadsproblem etc.

liksom för terapeutiska insatser.

Den medicinska expertisens uppgift – och då främst läkarnas men även sjuksköterskornas – bör vara att medverka i utformningen av studiemiljön, påverka brister i densamma samt fungera som ett medicinskt stöd för kuratorerna, psykologerna och studievägledarna. De bör dessutom kunna medverka inom den informationsverksamhet, som bör bedrivas inom studerandehälsovårdens ram och som bör inriktas på allmänna hälsovårdsfrågor, t. ex. om kost, vila, motion, lämpliga studievanor, könssjukdomar, alkohol, tobak och narkotika. Det är angeläget, att såväl studerande som läroanstaltens personal informeras om vanliga insufficienstillstånd i studiesituationen och om tänkbara orsaker härtill.

Mot bakgrund av vad ovan anförts *föreslår* studerandehälsovårdsutredningen, att studerandehälsovården på längre sikt skall 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 enlighet med vad tidigare anförts – i takt med sina ökande resurser på området helt överta ansvaret för täckande av studerandenas behov av såväl somatisk som psykiatrisk akut och icke-akut sjukvård.

Studerandehälsovårdens framtida organisation (kapitel 11)

Modeller

Frågan om studerandehälsovårdens framtida utformning kan inriktas på två tidsperspektiv, dels ett längre, där förutsättningarna är andra än för närvarande, dels ett kortare med utgångspunkt i den nuvarande organisationsformen, vilken successivt förändras mot den för det längre perspektivet rekommenderade organisationen.

För bedrivandet av den framtida studerandehälsovården kan enligt utredningens mening följande organisationsformer bli aktuella på längre sikt:

1. Studerandehälsovård under studerandenas huvudmannaskap
2. Studerandehälsovård anknuten till högskoleorganisationen och samordnad med studievägledningsorganisationen eller den statliga företagshälsovården
3. Studerandehälsovård överförd till den offentliga hälso- och sjukvården

De olika alternativen redovisas i avsnitt 11.3 med de för- och nackdelar, som är förenade med de olika organisationsformerna.

Utredningens förslag (11.4)

Studerandehälsovård på lång sikt (11.4.1)

Ingen av de skisserade organisationsformerna kan enligt utredningens åsikt sägas helt uppfylla alla de krav, som bör ställas på studerandehälsovårdens framtida organisation. Starka skäl talar emellertid för en förändring av studerandehälsovårdens nuvarande organisationsform. Fri-

stående studerandehälsovårdsorganisationer under studerandenas huvudmannaskap utesluts av utredningen. Denna har vidare funnit å ena sidan att ett ensidigt landstingskommunalt huvudmannaskap vid rådande förhållanden medför svårigheter att bedriva en effektiv miljörelaterad studerandehälsovård, medan å andra sidan ett ensidigt huvudmannaskap för läroanstalterna medför svårigheter att åstadkomma en önskvärd samordning av studerandehälsovård och offentlig hälso- och sjukvård. Valet av *organisationsform måste därför med nödvändighet komma att bestå av en kompromiss mellan dessa två sistnämnda organisationsformer.*

De av utredningen påtalade behoven av en nära samordning av utbildningsverksamheten och studie- och yrkesvägledningen å ena sidan samt den sociala/kurativa delen av studerandehälsovården å den andra talar för att läroanstalterna bör bli ansvariga för denna del av verksamheten. Landstingen bör å sin sida ha att svara för det medicinska inslaget i studerandehälsovården med hänsyn till dess behov av nära samordning med den sjukvårdande verksamheten. Denna fördelning av arbetsuppgifterna bör kunna åstadkommas genom att läroanstalterna påtar sig det formella huvudmannaskapet för studerandehälsovården, själva svarar för det sociala/kurativa innehållet av verksamheten samt "köper" det för denna vård erforderliga medicinska inslaget av tjänster – t. ex. läkar- och sjuksköterskетimmar – av vederbörande landstingskommun. Härigenom skapas förutsättningar för att inte bara en enhetlig på förebyggande åtgärder inriktad studerandehälsovård utan också en effektiv samordning med den offentliga hälso- och sjukvården kommer till stånd. Landstingskommunerna förutsätts i sin planering givetvis uppmärksamma behovet av hälso- och sjukvård för studerande. Landstingskommunernas övertagande av den nuvarande studerandehälsovårdens sjukvårdande verksamhet förutsätts på detta sätt kunna ske smidigt.

Studerandehälsovårdsutredningen *föreslår* sålunda att huvudmannaskapet för den framtida studerandehälsovården överförs till läroanstalterna, att dessa svarar för det sociala/kurativa innehållet i verksamheten samt köper det erforderliga medicinska hälsovårdande inslaget av tjänster av vederbörande landstingskommuner.

En utgångspunkt för förslaget har varit att studerandenas behov av sjukvård självfallet skall tillgodoses på ett så rationellt och effektivt sätt som möjligt inom ramen för den offentliga sjukvårdsorganisationens resurser. Enligt utredningens mening skulle det för såväl sjukvårdshuvudmännen som studerandena och andra berörda innebära fördelar om – allt efter lokala förutsättningar – någon eller några läkare vid exempelvis läkarstation eller annan sjukvårdsinrättning fick som en mer eller mindre stadigvarande uppgift att motta och behandla studerande. Avsikten härmed är dock inte att studerandena skall behandlas som en särgrupp. Utredningen understryker i detta sammanhang fördelen av att den nuvarande personalens expertkunskaper tas till vara.

Utredningen har vidare prövat hur samverkan mellan studerandehälsovården och studievägledningsverksamheten m. m. å den ena sidan samt hälsovården för den anställda personalen å den andra vid de berörda statliga läroanstalterna bör ske. Organisatoriskt kan studerandehälso-

vården antingen föras till läroanstalternas utbildningsenheter – som också svarar för studievägledningsverksamheten – eller till deras personalenheter – som förväntas komma att svara för företagshälsovården.

Utredningen *föreslår* att studerandehälsovården knyts till läroanstalternas utbildningsenheter. Givetvis utesluter inte detta att ekonomiska fördelar kan nås genom ett samutnyttjande av lokaler, administration, osv. med en eventuell framtida företagshälsovård för de anställda. Lokala förutsättningar blir här avgörande.

Vid varje högskoleort *föreslås* vidare att en särskild nämnd, kallad *studiesocial nämnd* skall inrättas och bli sammansatt av representanter för läroanstalter, landstingskommun, studiemedelsnämnd, länsarbetsnämnd, studerandehälsovårdens personal och studerande. Nämndens uppgift bör vara att verka för en samordning av olika studerandevårdande insatser vid studieorten samt stimulera till en såväl kvalitativ som kvantitativ utveckling av dessa, samt att fungera som rådgivande organ till läroanstalterna i studiesociala, bl. a. studerandehälsovårdande ärenden. I nämndens arbetsuppgifter bör även ingå att medverka i planeringen av studerandehälsovårdens finansiering och utformning.

I beaktande av att läroanstalterna föreslås bli huvudmän för studerandehälsovården, *föreslår* utredningen att UKÄ – eller dess framtida motsvarighet – blir tillsynsmyndighet. Tillsynsarbetet bör dock bedrivas i nära samråd med socialstyrelsen.

Även på central nivå finns ett behov av samordning, så att offentliga insatser inom studerandevårdens område koordineras. Utredningen *föreslår* därför – som ett första alternativ – att en *central nämnd för studiesociala frågor* inrättas på central ämbetsverksnivå. Nämnden, vars ledamöter bör utses av Kungl. Maj:t (Regeringen), bör bestå av företrädare för UKÄ, CSN, AMS, socialstyrelsen, kommunförbundet och de studerande. Då oklarhet råder beträffande den framtida centrala högskoleorganisationen, föreslås – som ett andra alternativ – att, därest de av U 68-beredningen föreslagna regionala högskolestyrelserna utvecklas till betydande planerings- och förvaltningsenheter, den förordade centrala nämnden ersätts av motsvarande regionala nämnder.

Studerandehälsovård på kort sikt (11.4.2)

Studerandehälsovårdsutredningens förslag bygger på de tidigare redovisade långsiktiga förutsättningarna. Enligt dessa kommer det att ta en relativt lång tid, kanske tio år, innan den offentliga öppna hälso- och sjukvården, primärvården, är så utbyggd på alla studieorter, att den även kan svara mot de sjukvårdskrav, som ställs från utomlänsstuderandenas sida.

Förutsättningarna härvidlag växlar givetvis starkt mellan olika studieorter. Övergångsproblem kommer i första hand att beröra verksamheten vid de traditionella universitetsorterna med ett stort antal utomlänsstuderande. Vid dessa finns en utbyggd och väl fungerande, av de studerande bedriven studerandehälsovård, som i dag är starkt inriktad på sjukvårdande aktiviteter. De förmåner som de studerande härigenom

erhåller främst i avseende på möjligheten att snabbt nå läkare även vid lättare åkommor, bör enligt studerandehälsovårdsutredningens mening inte raseras. Först när samma sjukvårdsförmåner kan erbjudas inom den offentliga hälso- och sjukvården, kan det enligt utredningens mening bli aktuellt att avsluta överförandefasen. Överförandet måste i enlighet härmed ske successivt.

Frågan om sättet att omvandla den nuvarande studerandehälsovården till de föreslagna nya formerna kommer att bli starkt beroende av lösningen av frågan om kårobligatoriet. I enlighet med obligatoriekommitténs direktiv bör studerandehälsovårdsutredningens förslag inte försvåra eller omöjliggöra ett avskaffande av kårobligatoriet. Mot den bakgrunden presenteras en teknisk lösning som – trots ovan angivna övergångsproblem för studerandehälsovården – skulle möjliggöra *en avveckling av den nuvarande organisationsformen för denna vid den tidpunkt, som vore lämplig för kårobligatoriets avskaffande.*

Utredningen anser det angeläget, att ett överförande av huvudmannaskapet för studerandehälsovården till läroanstalterna och av studerandesjukvården till landstingen (motsvarande) inte skall medföra några drastiska förändringar av verksamheten. Om kårobligatoriet avskaffas och för att en nedrustning av den nuvarande studerandehälsovårdsverksamheten inte skall ske, bör därför läroanstalterna vid tidpunkten för obligatoriets avskaffande – som antas ske fr. o. m. budgetåret 1977/78 – överta den befintliga studerandehälsovårdsorganisationen. Därefter bör studerandehälsovården gradvis utvecklas i takt med de ändrade förutsättningarna. Utvecklingen härvidlag kan väntas variera kraftigt mellan kårorterna.

Eftersom storleken av det nuvarande statsbidraget till studerandehälsovården enligt utredningens direktiv inte kan ökas, ställer ett överförande av huvudmannaskapet för denna vård till läroanstalterna krav på fortsatta kollektiva studerandebidrag i vart fall vid vissa läroanstalter, om inte ambitionsnivån på verksamheten skall drastiskt nedskäras. En verksamhet baserad på enbart statsbidraget skulle medföra omfattande personalinskränkningar. Utredningen *föreslår* därför, att läroanstalterna – om kårobligatoriet avskaffas – fr. o. m. övertagandet av huvudmannaskapet för studerandehälsovården också övertar rätten att uttaxera obligatoriska avgifter till studerandehälsovård.

Därest kårobligatoriet icke avskaffas, behöver den ovan föreslagna övergångslösningen inte realiseras. I sådant fall är det möjligt att behålla nuvarande organisationsform för studerandehälsovården med bl. a. kårortsnämnder på vissa universitetsorter, till dess förutsättningar föreligger för den offentliga sjukvårdshuvudmannen att helt överta ansvaret för sjukvårdsverksamheten.

Vid de av U 68 föreslagna nya högskoleorterna kan man räkna med en större andel s. k. "nya" studerandegrupper, som på grund av studieovana eller längre tids frånvaro från studier utsätts för särskilda psykiska påfrestningar. Det framstår därför som utomordentligt angeläget, att utvecklingen av studerandehälsovården vid dessa orter sker i takt med högskoleväsendets utbyggnad. Härigenom kan man enligt utredningens

mening förebygga uppkomsten av en del problem, som kan försvåra rekryteringen till de nya orterna och av nya studerandegrupper. En aktiv studerandehälsovård kan därför ses som ett av inslagen i de åtgärder som bör syfta till att åstadkomma större jämlikhet mellan kön, generationer och sociala grupper i avseende på högre utbildning.

Personaldimensionering (11.5)

Med studerandehälsovårdens personaldimensionering avser utredningen personalstyrkans sammansättning och omfattning. Med hänsyn till de skiftande förutsättningarna för studerandehälsovårdens bedrivande dels vid olika kårorter, dels över tiden är det enligt utredningens åsikt inte möjligt att fastställa någon generell dimensioneringsmodell i form av särskilda relationstal mellan antalet studerande och personalinsatser. Studerandehälsovårdens personaldimensionering bör därför avgöras av läroanstalterna under tillsynsmyndighetens överinseende.

Studerandehälsovårdens personal bör kunna omfatta kurator, psykolog, sjuksköterska och läkare. Härutöver tillkommer givetvis administrativ personal. Vid behov bör dessutom särskild expertis kunna knytas till studerandehälsovården för längre eller kortare tid.

Finansiering (11.6)

Enligt utredningens direktiv får statens kostnader för en särskild studerandehälsovårdsorganisation inte bli högre än vad som följer av nu gällande bidragsregler. Genom de förändringar, som kan bli följden av obligatoriekommitténs arbete, påverkas möjligheterna till uttaxering av kollektiva studerandebidrag i nuvarande form.

Kostnaderna för studerandehälsovårdens bedrivande kan under de närmaste åren inte väntas genomgå några genomgripande förändringar, enär utredningen föreslagit att läroanstalterna – om kårobligatoriet avskaffas – övertar den befintliga verksamheten utan att några drastiska nedskärningar kommer till stånd. Detta dock med undantag för de orter, där lokala förhållanden eventuellt skulle möjliggöra ett tidigare överförande av den medicinska personalen till vederbörande landsting. Vid nya högskoleorter kan den nya organisationsformen för studerandehälsovården tillämpas från början. Sett i ett mer långsiktigt perspektiv förändras emellertid studerandehälsovårdens kostnadsstruktur och sättet för täckandet av dessa kostnader.

En närmare analys av studerandehälsovårdens långsiktiga kostnadsutveckling förutsätter ingående kunskap om dess framtida bl. a. personaldimensionering. Utan att besitta kännedom om framtida nödvändiga personalresurser är det enligt utredningens åsikt inte möjligt att presentera några meningsfulla ekonomiska kalkyler. Som framgått ovan har utredningen inte ansett sig kunna lämna förslag till generell dimensioneringsmodell för studerandehälsovården eller på annat sätt bedöma ett kommande behov av personalinsatser. Härav följer, att det inte är möjligt att – med rimliga krav på precision – presentera några egentliga

beräkningar av kostnaderna för studerandehälsovårdens verksamhet på lång sikt.

Det bör också beaktas, att omstruktureringen av den nuvarande studerandehälsovården beräknas ta en tidsperiod av bortåt tio år i anspråk. Omstruktureringen måste givetvis i första hand göras beroende av utbyggnaden av den offentliga öppna hälso- och sjukvårdens resurser på kårorten ifråga.

Även om utredningen inte presenterar några långsiktiga kostnadskalkyler för studerandehälsovården, diskuterar den vissa principer för studerandehälsovårdens finansiering.

Patientavgifter inom studerandehälsovården bör endast förekomma för den under övergångstiden förekommande sjukvården. Besök och andra insatser för medicinsk hälsovård och social/kurativ vägledning i studerandehälsovårdens regi förutsätts vara kostnadsfria för den enskilde frånsett de kollektiva avgifter, som kan förekomma.

I samband med att läroanstalten övertar studerandehälsovården kan formerna för det statliga bidragssystemet förändras. Ersättning till de statliga läroanstalterna i form av ett särskilt anslag bör då utgå inom ramen för av riksdagen beviljade anslag för läroanstalternas verksamhet. Härigenom uppnås den fördelen, att det nuvarande statsbidragets schablonartade utformning upphör.

Enligt nuvarande bidragssystem utgår statsbidrag utan hänsyn till olikheter i kårorterna och härigenom till skillnader i behov av studerandehälsovård vid olika läroanstalter. Vid det av utredningen skisserade ersättningssystemet bör statens insatser bli *behovsrelaterade,* samtidigt som de kan fungera som en stimulans till utbyggnad av en effektiv studerandehälsovård.

Landstingskommunernas kostnader för den sjukvård de meddelar de studerande bör – liksom all annan sjukvård i landstingskommunernas regi – i första hand finansieras genom patientavgifter och genom återbäring från försäkringskassor (för närvarande 12 + 48 kr. per besök). Skulle kostnaderna per besök överstiga dessa intäkter, bör landstingskommunerna för vård av utomlänspatienter erhålla ersättning enligt gällande utomlänsavtal.

Frågan om vilka läroanstalter, som bör anordna studerandehälsovård, beror på de resultat, som kan följa dels på behandlingen av U 68:s förslag, dels av den pågående utredningen om skolhälsovårdens framtida innehåll och huvudmannaskap. I likhet med nuvarande bestämmelser bör det ankomma på regeringen att fastställa vilka läroanstalter, som bör omfattas av studerandehälsovård.

Särskilt yttrande

Särskilt yttrande har avgivits av experten Bertil Magnusson (Sveriges förenade studentkårer).

Utredningens principförslag

Studerandehälsovårdsutredningen föreslår

att den offentliga hälso- och sjukvården successivt och i takt med sina ökande resurser övertar ansvaret för täckande av studerandenas behov av såväl akut som icke-akut somatisk och psykiatrisk sjukvård

att resurser även i fortsättningen ställs till förfogande för en studerandehälsovård, vars främsta syfte skall vara att genom olika åtgärder befrämja studerandenas psykiska hälsa samt på så sätt förebygga eller förhindra uppkomsten av sociala störningar jämte psykiska sjukdomar och insufficienstillstånd liksom – så långt möjligt är – avhjälpa eller lindra när sådana uppkommit

att insatserna inom denna hälsovård i ett längre tidsperspektiv målmedvetet inriktas på sociala/kurativa åtgärder och samordnas med – förutom pedagogiska – studievägledande, yrkesvägledande och studiesociala insatser för att underlätta studierna.

Studerandehälsovårdens framtida organisation

I enlighet med utredningens principförslag – som är att se i ett mer långsiktigt tidsperspektiv – föreslår utredningen i fråga om studerandehälsovårdens framtida organisation

att huvudmannaskapet för den framtida på främst förebyggande verksamhet inriktade studerandehälsovården överförs till läroanstalterna

att läroanstalterna svarar för det sociala/kurativa innehållet i verksamheten

att läroanstalterna "köper" det erforderliga medicinska inslaget av tjänster av vederbörande offentliga sjukvårdshuvudman

att studerandehälsovården anknyts till läroanstalternas utbildningsenheter

att en studiesocial nämnd inrättas vid varje högskoleort bestående av representanter för läroanstalter, landstingskommun, studiemedelsnämnd, länsarbetsnämnd, studerandehälsovårdens personal och de studerande

att nämndernas uppgifter bör vara att dels verka för en samordning av olika studerandevårdande aktiviteter, dels fungera som ett rådgivande organ till läroanstalterna i studiesociala frågor

att ledamöter av studiesocial nämnd utses av respektive huvudman

att – som ett första alternativ – en central nämnd för studiesociala frågor inrättas, sammansatt av företrädare för UKÄ, AMS, CSN, socialstyrelsen, landstingsförbundet, svenska kommunförbundet och studerande-representanter

att nämndens uppgift blir att verka för en samordning av olika offentliga insatser på det studiesociala området och fungera som ett rådgivande organ till UKÄ i dess tillsynsarbete på detta område

att nämndens ledamöter utses av regeringen

att – som ett andra alternativ och därest de av U 68-beredningen

föreslagna regionala högskolestyrelserna kommer till stånd och utvecklas till betydande planerings- och förvaltningsenheter – sex regionala studiesociala nämnder inrättas med motsvarande uppgifter som den centrala nämnden i det första alternativet.

att UKÄ blir tillsynsmyndighet för verksamheten

Studerandehälsovård på kort sikt

Enligt utredningens bedömning kommer det att ta relativt lång tid att genomföra den föreslagna organisationen av studerandehälsovården. Under en *övergångsperiod* kan studerandehälsovården organiseras på två olika sätt, beroende på om det obligatoriska medlemskapet i studerandesammanslutningar (kårobligatoriet) avskaffas eller bibehålles.

Vid ett *avskaffande av kårobligatoriet* föreslår utredningen

att läroanstalterna vid tidpunkten för obligatoriets avskaffande övertar den då befintliga studerandehälsovårdsorganisationen

att studerandehälsovården därefter gradvis utvecklas i takt med de ändrade förutsättningarna

att läroanstalterna – fr. o. m. övertagandet av huvudmannaskapet och för att inte de förmåner de studerande har genom den nuvarande studerandehälsovården skall helt raseras – övertar rätten att uttaxera obligatoriska avgifter av de studerande samt ansvaret för administrationen härför.

Vid ett *bibehållande av kårobligatoriet* föreslår utredningen

att studerandehälsovårdens nuvarande organisationsform bibehålls vid aktuella högskoleorter till dess att sjukvårdansvaret helt eller nästan helt överförts till sjukvårdshuvudmännen, varvid huvudmannskapet för studerandehälsovården och den befintliga organisationen överförs till läroanstalterna

Finansiering

Utredningen föreslår

att studerandehälsovården under övergångsperioden finansieras i huvudsak enligt nuvarande principer, men att läroanstalterna – vid ett avskaffande av kårobligatoriet – övertar rätten att uttaxera obligatoriska studerandeavgifter

att studerandehälsovården på lång sikt finansieras genom direkta behovsrelaterade statsbidrag

att den sjukvård som meddelas de studerande av de offentliga sjukvårdshuvudmännen finansieras enligt samma principer som för all annan offentlig sjukvård.

II Bakgrund och bedömningsunderlag m. m.

1 Utredningens bakgrund och direktiv

Sedan lång tid tillbaka har verksamhet med hälso- och sjukvård bedrivits för studerande vid eftergymnasiala läroanstalter med visst finansiellt stöd från staten. Den nu gällande formen för detta stöd började tillämpas budgetåret 1967/68. Organisationen av studerandehälsovården är så tillvida självständig som att den drivs i regi av studerandena själva – genom s. k. kårortsnämnder. Den är icke anknuten till den offentliga hälso- och sjukvården. Det är dock givet, att man i den praktiska verksamheten har att arbeta med bl. a. socialförsäkringssystemet och den offentliga hälso- och sjukvården som bakgrund.

Under de gångna åren har studerandehälsovårdsorganisationen efter hand kunnat byggas ut, så att den nu omfattar betydligt fler studentkårer och studerande än tidigare. Man har vid sidan härav strävat efter att också öka antalet aktiviteter inom verksamhetens ram för att nå upp till en viss angiven målsättning. Det kan emellertid med stor sannolikhet antas, att den hittillsvarande och väntade utvecklingen inom ett flertal områden av betydelse för studerandehälsovården kommer att i grunden ändra förutsättningarna för verksamhetens bedrivande – i den mån så redan icke skett. Av betydelse härför är den ökade tillgången på sjukvårdspersonal, främst läkare, samt utbyggnaden av den allmänna hälso- och sjukvården – särskilt med tanke på den fortskridande och ökade satsningen på öppen vård och det närmare samarbetet mellan hälso- och sjukvården samt socialvården. Vidare kan i detta sammanhang nämnas den pågående upprustningen av företagshälsovården, den s. k. sjukronorsreformen (senare 12-kronorsreformen), den beslutade regleringen av ersättning från den allmänna försäkringen vid vård hos privatpraktiserande läkare, 1969 års reform i avseende på utbildning vid de filosofiska fakulteterna, resultaten av kårobligatorieutredningens och obligatoriekommitténs arbete, utredningen om den framtida högskolans organisation (U 68) samt – icke minst – den allmänna ekonomiska utvecklingen.

Med hänsyn till bl. a. dessa omständigheter och till det förhållandet att den statsunderstödda studerandehälsovårdsorganisationen existerat under en så lång tid att tillräckligt material fanns för utvärdering av verksamhe-

ten tillkallade Kungl. Maj:t genom beslut 1972-09-08 nuvarande tf avdelningschefen vid socialstyrelsen Gunnar Wennström att såsom sakkunnig företa en utredning om studerandehälsovården.

Enligt Kungl. Maj:ts direktiv för utredningen, vilka i fullständig form redovisas som bilaga 1, skulle den sakkunnige som en grundläggande uppgift ha att på nytt analysera de skäl, som ledde fram till 1967 års beslut av statsmakterna om den nuvarande studerandehälsovården, för att genom en sådan undersökning klargöra, om dessa skäl för en självständig studerandehälsovård fortfarande ägde giltighet. Det framhölls samtidigt, att endast starka skäl skulle kunna motivera ett bibehållande av en separat organisation för ändamålet, eftersom – enligt Kungl. Maj:ts mening – studerandehälsovården utgjorde en förmån, vilken utöver den allmänna hälso- och sjukvården kom studerandena till del.

Om det skulle visa sig, att studerandehälsovården skulle kunna inordnas i den allmänna hälso- och sjukvården, framhölls det i direktiven, måste studerandena givetvis få möjlighet att utnyttja studieortens sjukvårdsresurser. I ett sådant läge borde den sakkunnige utarbeta förslag härför i nära kontakt med huvudmännen för den allmänna hälso- och sjukvården och kårortsnämnderna. Den sakkunnige borde samtidigt söka kartlägga och lämna förslag till lösning av de övergångsproblem, som kunde tänkas uppstå i samband med ett sådant inordnande.

Om den sakkunnige å andra sidan kom fram till att det även framdeles funnes ett behov av en separat organisation för studerandehälsovård, skulle han undersöka vilka ändringar däri, som borde göras. Kungl. Maj:t förutsatte därvid, att statens kostnader för organisationen inte skulle bli högre än vad som följde av gällande bidragsregler. Den sakkunnige borde i detta sammanhang som en särskild fråga pröva möjligheterna för en samverkan mellan studerandehälsovården och hälsovården för personalen vid vederbörande statliga läroanstalter.

2 Uppbyggnad och organisation

2.1 Inledning

I föreliggande kapitel redovisas i avsnitt 2.2 bakgrunden till och förutsättningarna för dagens studerandehälsovård. Därefter beskrivs studiemedelssystemet (2.3) och sjukförsäkringssystemet för studerande (2.4). Riktlinjerna för den nuvarande studerandehälsovården och olika former för finansiering av denna redovisas i avsnitt 2.5 respektive 2.6. Slutligen behandlar utredningen statsbidragssystemet till motionsverksamhet och dess utveckling (2.7).

2.2 Historik

Den nuvarande studerandehälsovården har sitt ursprung i den verksamhet med hälsoundersökningar – främst riktade mot tuberkulosen – som de studerande vid landets universitet och högskolor på eget initiativ startade i början av 1930-talet. 1932 bildades i Lund Studenternas tuberkulosbyrå och 1934 inrättade Stockholms studentkårers förbundsstyrelse en motsvarande institution.

Under mitten av 1950-talet byggdes verksamheten ut med allmänmedicinska och psykiatriska mottagningar och fick därmed en till övervägande del sjukvårdande karaktär. En av orsakerna till denna utveckling torde ha varit den då rådande läkarbristen, som försvårade möjligheterna för de studerande att utan avsevärd tidspillan vid behov få tillgång till erforderlig läkarvård genom den offentliga sjukvårdens försorg.

Till den hälso- och sjukvårdande verksamheten kopplades – som en sidoordnad aktivitet – vid mitten av 1960-talet kvalificerad social rådgivning av särskilt anställda kuratorer. De studerande i Stockholm och Lund (senare också Växjö, Umeå och Göteborg) fick dessutom tillgång till egna tandkliniker.

Statsbidrag till dispensärverksamheten beviljades första gången i slutet av 1930-talet och till den allmänmedicinska mottagningsverksamheten i slutet av 1950-talet. Statsbidrag till den psykiatriska verksamheten utgick första gången budgetåret 1962/63.

Universitetskanslersämbetet (UKÄ) var fram till mitten av 1960-talet

central myndighet för studenthälsovården – som den då kallades – med undantag för dispensärverksamheten. Ämbetet utfärdade vissa relativt begränsade direktiv för studenthälsovården. I princip bedrevs emellertid denna helt i studerandenas egen regi. Genom sina egna organisationer administrerade de verksamheten och bestämde dess omfattning.

Trots denna självständighet och relativa frihet från centrala direktiv var studenthälsovården vid de olika lärosätena påfallande homogent uppbyggd men hade en i proportion till respektive studentkårs storlek växlande omfattning.

Studenthälsovård fanns i början av 1960-talet anordnad i Uppsala, Stockholm, Lund och Göteborg. Regelmässigt var den allmänmedicinska mottagningen med en eller flera heltids- eller deltidsanställda läkare och sjuksköterskor det centrala. Härtill fogades psykiatrisk läkarvård, dispensärverksamhet, kuratorsrådgivning och andra i studenthälsovården ingående aktiviteter.

2.2.1 *1964 års utredning om studerandehälsovård*

Kungl. Maj:t uppdrog 1964-04-17 åt en arbetsgrupp inom dåvarande ecklesiastikdepartementet, numera utbildningsdepartementet, att utreda frågan om vissa indirekta stödåtgärder på det studiesociala området – i första hand avseende hälso- och sjukvårdsförhållanden samt idrottsverksamhet – till studerande vid eftergymnasiala utbildningsanstalter. Arbetet syftade närmast till en reglering av det statliga bidraget till redan pågående verksamheter inom dessa områden.

Arbetsgruppen presenterade i en 1966-09-22 framlagd promemoria – "Studerandehälsovård" (Stencil E 1966:14) – en kartläggning av dåvarande hälso- och sjukvårdsförhållanden för studerande vid de högre läroanstalterna jämte förslag till en särskild studerandehälsovård. Detta namn var enligt arbetsgruppen bättre än det tidigare använda begreppet studenthälsovård.

Gruppen konstaterade, att de studerande vid eftergymnasiala utbildningsanstalter i regel befann sig i en ålder, då allvarliga kroppssjukdomar var sällsynta. Däremot var det enligt gruppen uppenbart, att psykiska sjukdomar av typen depression, neuros och insufficiens samt s. k. psykosomatiska sjukdomar – dvs. tillstånd där emotionella faktorer och miljöförhållanden anses bidra till uppkomsten av kroppsliga symptom – låg bakom ett stort antal fall av ohälsa och nedsatt studieförmåga. Det var inte orimligt att anta, att minst en tiondel av de studerande under ett år fick sådana symptom av psykisk eller psykosomatisk natur, att det var motiverat eller önskvärt, att de sökte läkare. Av de nervösa sjukdomarna behövde endast de svåraste psykiatrisk specialistbehandling. Patienter med psykosomatiska symptom borde, enligt gruppens uppfattning, kunna få lika god vård hos en invärtesmedicinsk specialist med kunskap om medicinsk psykologi och patienternas miljöförhållanden. Erfarenheter visade, att intellektuellt arbete påverkas snabbare och lättare av funktionsnedsättningar än annan – särskilt rutinbetonad – verksamhet.

Gruppen kom till den slutsatsen, att en särskild studerandehälsovård borde finnas. Denna borde huvudsakligen vara inriktad på sjukdomar av psykisk och psykosomatisk natur. Det avgörande skälet härför var, att denna hälsovårdsgren framstod som en medicinsk specialitet, där kunskaper och erfarenheter beträffande ungdomsårens psykologi samt om de studerandes miljö- och arbetsförhållanden hade avgörande betydelse för en riktig diagnos och för effektivitet och perfektion i terapin. Gruppen framhöll, att detta var det avgörande och runt om i världen accepterade skälet för en studerandehälsovård. Med denna utformning skulle studerandehälsovården få karaktären av ett slags företagshälsovård.

Beträffande studerandehälsovårdens inriktning i övrigt ansåg gruppen, att en speciell hälso- och sjukvårdsorganisation för de studerande borde omfatta hälsobefordrande förebyggande åtgärder, sjukvård och tandvård.

Studerandehälsovården borde vara uppbyggd kring dels en psykiatrisk mottagning, dels en allmänmedicinsk mottagning för i princip patienter med psykosomatiska symptom men även för studerande med lättare psykiska störningar. Vidare borde ingå kuratorsverksamhet som självständig funktion och som ett stöd i själva sjukvården.

De förebyggande åtgärderna borde omfatta återkommande skärmbildsundersökningar, vaccinationer, preventivmedelsrådgivning, upplysning om hälsosamma kost-, motions- och arbetsvanor, information om inverkan av tobak, sprit och läkemedelsmissbruk. Härutöver borde samarbete etableras i studiefrågor, ekonomiska frågor, motions- och idrottsfrågor etc. mellan studerandehälsovårdens representanter samt lärare, studiemedelsnämnder och studeranderepresentanter.

För tillgodoseende av sina behov av sjukvård borde de studerande enligt arbetsgruppen vara tillförsäkrade samma möjligheter som andra medborgare på studieorten. Vid behov av sjukvård för somatiska åkommor, i samband med olycksfall m. m. förutsattes de studerande söka sig till den allmänna sjukvården, privatpraktiserande läkare etc. Även i fråga om annan specialistvård än den psykiatriska borde det vara de allmänna vårdresurserna som skulle tas i anspråk.

Beträffande den slutna vården framhöll arbetsgruppen, att gällande bestämmelser – innebärande att de studerande vid akuta sjukdomsfall fick vård på studieorten endast så länge förflyttning till hemortens sjukhus inte kunde ske utan men för hälsotillståndet – medförde betydande nackdelar från studiesocial synpunkt. Om de studerande fick vara kvar på studieorten, hade de möjlighet att bedriva studier under sjukdomstiden. Framförallt vid psykiska sjukdomstillstånd ingår återanpassning till studierna som ett viktigt moment i behandlingen, vilken försvåras, om de studerande inte kan få vård på studieorten, underströk arbetsgruppen.

Gruppen hade även inhämtat, att gällande bestämmelser i nämnda avseenden på universitets- och högskoleorterna tillämpades tämligen liberalt även om tolkningen av dem varierade från ort till ort.

Vid kontakt med det av dåvarande Svenska landstingsförbundet och Svenska stadsförbundets sjukvårdsdelegation utsedda utskottet för utomlänsvård hade gruppen skisserat vissa förslag till lösningar. Utskottet

utfärdade sedermera en rekommendation till sjukvårdshuvudmännen, som i huvudsak gick ut på att gällande bestämmelser skulle tillämpas liberalt enligt den praxis, som utbildats på vissa orter. Uppgifter inhämtades om hur huvudmännen avsåg att tolka rekommendationen, varvid samtliga huvudmän förklarade sig villiga att utge ersättning enligt utomlänsavtalet (se avsnitt 3.4) vid vård av studerande på studieortens sjukhus. En skiftande inställning kom dock till uttryck med avseende på reglerna för intagning av studerande på ifrågavarande sjukhus.

Arbetsgruppen hyste förhoppningen, att rekommendationen skulle visa sig tillräcklig, och menade att det borde ankomma på den föreslagna tillsynsmyndigheten att följa utvecklingen och ta erforderliga initiativ.

Arbetsgruppen redovisade också en modell för studerandehälsovård, beräknad för ett studerandeantal av 10 000. Modellen var endast att betrakta som en tänkt konstruktion – ett exempel – och hade följande utformning.

1. Allmänmedicinsk mottagning med en heltidsanställd läkare och en heltidsanställd sjuksköterska
2. Psykiatrisk mottagning med en något mer än halvtidsanställd läkare med psykiatrisk specialistutbildning samt en halvtidsanställd sjuksköterska
3. En heltidsanställd socialkurator
4. Studerande i behov av specialistvård – med undantag för psykiatervård – borde kunna remitteras till specialister inom den öppna vården på studieorten
5. Lokaler och administration för verksamheten.

Beträffande finansiering av verksamheten fann gruppen starka principiella skäl tala för att de studerande skulle bära sina sjukvårdskostnader i samma utsträckning som övriga medborgare. De studerande borde således själva, antingen genom patientavgifter eller bidrag från sina organisationer, svara för den fjärdedel av kostnaderna för sjukvårdsbesök, som inte täcktes av den allmänna försäkringen (se avsnitt 2.6.3). Härigenom kom den sjukvårdande delen av läkarnas verksamhet att helt falla utanför beräkningsgrunderna för det av arbetsgruppen föreslagna statsbidraget (se nedan).

Med hänsyn till nödvändigheten av en särskild hälso- och sjukvård för studerande fann gruppen det rimligt, att denna vård gavs ett statligt stöd som i princip skulle svara mot sjukvårdshuvudmännens insatser i den kommunala sjukvården. Härigenom skulle studerandehälsovården ges en ekonomisk bas såsom en effektivt arbetande organisation inom den studiesociala sektorn. Som grund för statsbidraget borde ligga kostnaderna för en basorganisation enligt den ovan redovisade modellen. I bidragsunderlaget skulle sålunda ingå kostnaderna för en socialkurator, en heltids- och en halvtidsanställd sjuksköterska, medel för arvodering av läkare för arbetsuppgifter utanför den sjukvårdande verksamheten samt viss sammanhållande administrativ verksamhet ävensom vissa sjukvårdskostnader vid ett studerandeantal av 10 000.

Lokalkostnader och investeringar föreslogs ej ingå i baskostnaderna för

modellen utan skulle beräknas separat. Enligt gruppens kalkyler skulle baskostnaden för nyssnämnda resurser uppgå till 7 kr per studerande och år, vilket således borde utgöra statsbidragets storlek. Basorganisationen kunde emellertid förutsättas ha viss elasticitet, varför statsbidraget per studerande i sjukvårdsunderlaget för varje studerande utöver 10 000 föreslogs reducerat till 3 kr per studerande och år. Dessutom föreslogs, att statsbidrag för hälsovårdslokaler efter prövning i varje särskilt fall skulle utgå med 100 % av kostnaderna.

I fråga om den administrativa uppbyggnaden talade enligt arbetsgruppen praktiska skäl för att de studerande genom sina organisationer fick huvudmannaskap för verksamheten.

Som tillsynsmyndighet för verksamheten föreslogs dåvarande medicinalstyrelsen, numera socialstyrelsen.

Arbetsgruppen konstaterade vidare, att de studerande i regel inte omfattades av den obligatoriska sjukförsäkringen och att de inte heller i någon mera betydande utsträckning anslutit sig till den frivilliga sjukpenningsförsäkringen. Gruppen föreslog därför, att som villkor för erhållande av studiemedel skulle gälla, att den studerande tecknat sjukpenningförsäkring för ett dagersättningsbelopp av 15 kr med en karenstid av 18 dagar. Därjämte borde en studerande ha möjlighet att frivilligt försäkra sig för en sjukpenning om totalt 20 kr per dag.

2.2.2 *1966 års promemoria "Motionsidrott för studerande"*

Arbetsgruppen avlämnade 1966-11-18 en promemoria som avsåg "Motionsverksamhet för studerande" (Stencil E 1966:18). Det i denna promemoria framlagda förslaget begränsades till den del av studentidrotten, som var inriktad på motion.

Gruppen framhöll, att olika former av motionsverksamhet kommit att betraktas som en viktig del av den förebyggande hälsovården. Inte minst från studieeffektivitetssynpunkt fann gruppen det angeläget, att förbättra förutsättningarna för en ökning av de studerandes kondition genom ett utbud av erforderliga motionstillfällen. Mot bakgrund av att de studerande förts samman till ett fåtal orter var det ändamålsenligt med en särskild motionsverksamhet för studerande. Denna skulle helt inriktas på gruppmotion, eftersom fler studerande därigenom skulle komma i åtnjutande av tillgängliga resurser.

Vidare föreslogs, att huvudmannaskapet för motionsverksamheten skulle läggas på de studerandes organisationer. Målsättningen för verksamhetens dimensionering skulle vara, att hälften av de studerande skulle kunna beredas ett motionstillfälle i veckan. Inledningsvis föreslogs dock, att dimensioneringen skulle begränsas till att omfatta aktivitetsnivån ett motionstillfälle i veckan för var fjärde studerande.

Statsbidrag föreslogs utgå för gruppmotion med ett beräknat antal av 25 deltagare per motionstillfälle. Kostnaderna uppskattades till 28 kr per gruppmotionstillfälle, varav i princip 18 kr avsåg ledararvode och 10 kr. lokalhyra. Antalet verksamhetsveckor per år beräknades till 28, varav 7 utomhus. Emellertid ansågs det motiverat med en egen insats från

studerandenas sida, varför dessa borde svara för hälften och statsbidraget för andra hälften av ovannämnda schablonmässigt beräknade kostnader.

Dessutom ansåg arbetsgruppen, att statsmakterna helt skulle bestrida kostnaderna för 8,5 fasta tjänster som idrottslärare i den del tjänsterna avsåg planerande och organisatoriska arbetsuppgifter. 15 timmar per vecka och tjänst väntades emellertid användas till ledande av motionsgrupper, varför studerandena borde betala hälften av lönekostnaderna för dessa timmar. En redogörelse för statsbidragets utveckling lämnas i avsnitt 2.7.

2.2.3 *Kungl. Maj:ts proposition 1967:48*

Arbetsgruppens båda promemorior låg till grund för Kungl. Maj:ts proposition 1967:48 angående hälso- och sjukvård samt motionsverksamhet för studerande.

I propositionen framhöll departementschefen, att han liksom arbetsgruppen fann det naturligt, att de studerande sökte sig till den allmänna sjukvården, till privatpraktiserande läkare etc. vid behov av sjukvård i fråga om somatiska åkommor, olycksfall m. m., liksom att de allmänna vårdresurserna borde tas i anspråk i fråga om all annan specialistvård än psykiatrisk.

Departementschefen anslöt sig till arbetsgruppens förslag, att de studerande i anslutning till utbildningsmiljön skulle ges speciella möjligheter till vård av psykiatriska och psykosomatiska sjukdomar, med hänsyn till att vissa faktorer i studiemiljön utan tvekan kunde utlösa eller förvärra nervösa symptom. Han framhöll vidare, att det i och för sig syntes ändamålsenligt, att huvudmannaskapet för ifrågavarande hälso- och sjukvård lades på vederbörande kommunala sjukvårdshuvudman. Eftersom det emellertid var fråga om en av studerandeorganisationerna redan etablerad verksamhet, hade han dock ingen erinran mot arbetsgruppens förslag i denna del, dvs. att huvudmannaskapet för verksamheten skulle åvila studerandena själva.

Departementschefen fann vidare den av arbetsgruppen utarbetade modellen, som skulle ligga till grund för beräkningen av statsbidraget, väl lämpad för sitt syfte. Han underströk dock, att studerandeorganisationerna själva borde få avgöra dimensioneringen av de i hälso- och sjukvårdsorganisationen ingående komponenterna.

I enlighet med gruppens förslag borde kostnaderna för den sjukvårdande delen av läkarnas uppgifter helt falla utanför beräkningsgrunderna för statsbidraget. Liksom övriga medborgare borde de studerande – enskilt eller kollektivt – stå för den del av kostnaderna för läkarbesök, som inte täcktes av den allmänna försäkringen. Statsbidrag skulle därför utgå för en basorganisation omfattande bl. a. kostnader för vissa arbetsledande och administrativa funktioner, kostnader för kuratorer och sjuksköterskor samt vissa sjukvårdsomkostnader. Motsvarande kostnader täcktes i princip inom den kommunala öppna vården av allmänna medel.

Departementschefen föreslog, att statsbidraget skulle utgå i form av ett schablonmässigt generellt statsbidrag, vilket även skulle innefatta bidrag

till kostnader för hyra och skärmbildsundersökningar. Statsbidraget föreslogs uppgå till 10 kr per studerande intill ett studerandeantal av 10 000 och 5 kr per studerande därutöver för budgetåret 1967/68. Som villkor för statsbidrag skulle gälla, att studerandeorganisationerna vid samtliga berörda eftergymnasiala utbildningsanstalter på respektive ort inrättade en nämnd för den direkta ledningen av studerandehälsovården.

Även departementschefen föreslog, att dåvarande medicinalstyrelsen skulle vara central tillsynsmyndighet för verksamheten. Det borde ankomma på tillsynsmyndigheten att pröva frågan om dimensionering och planering av lokaler för studerandehälsovården.

I fråga om studerandehälsovård utanför universitetsorterna – t. ex. på orter med universitetsfilialer eller lärarutbildningsanstalter – borde det ankomma på vederbörande studerandeorganisationer att ta de initiativ, som kunde bli nödvändiga. Statsbidrag borde efter statsmakternas prövning i sådana fall kunna utgå enligt samma förutsättningar som på universitetsorterna. Storleken av det totala statsbidraget för studerandehälsovård beräknades budgetåret 1967/68 uppgå till 615 000 kr.

Även arbetsgruppens förslag om motionsverksamhet för studerande stöddes i huvudsak av departementschefen. Statsbidraget föreslogs dock uppgå till 600 000 kr budgetåret 1967/68 (förslagsanslag), vilken summa överskred den av gruppen föreslagna med 155 000 kr.

Vad slutligen avser frågan om de studerandes sjukförsäkringsskydd hade vid remissbehandlingen rests invändningar mot vissa detaljer i förslaget. Departementschefen anmälde därför att han ämnade uppdra åt riksrevisionsverket att i samråd med bl. a. centrala studiehjälpsnämnden och riksförsäkringsverket utreda vissa med sjukpenningförsäkringen sammanhängande frågor. Något förslag om inrättande av sjukförsäkring för studerande kom därför inte att i dåvarande läge föreläggas riksdagen. Denna fråga har emellertid senare varit föremål för riksdagsbehandling (sid. 42).

Vad departementschefen sålunda föreslagit bifölls av riksdagen (SU 1967:96, rskr 1967:220).

2.3 Studiemedel

Vid 1964 års riksdag fattades beslut om ändring av formerna för det statliga studiesociala stödet för utbildning efter grundskolan. På förslag av den studiesociala utredningen (SOU 1963:74) tillkom det nuvarande studiemedelssystemet i syfte att förstärka de studiesociala åtgärderna (prop. 1964:138, SäU 1964:1, rskr 1964:290). Studiesociala utredningens förslag får ses mot bakgrund av det svenska utbildningsväsendets kraftiga expansion under 1960-talet. Genom ett förbättrat studiefinansieringssystem hoppades man komma till rätta med en av orsakerna till den sociala snedrekryteringen till högre utbildning. 1964 års beslut har senare kompletterats i flera avseenden genom beslut av bl. a. 1969 års riksdag (prop. 1969:16, SU 1969:51, 2 LU 1969:38, rskr 1969:192 och 213), 1971 års riksdag (prop. 1971:37, SfU 1971:28, rskr 1971:171), 1972 års

riksdag (prop. 1972:27, SfU 1972:20, rskr 1972:148), 1973 års riksdag (prop. 1973:63, SfU 1973:17, rskr 1973:240) samt 1974 års riksdag (prop. 1974:14, SfU 1974:19, rskr 1974:265). I det följande skall kortfattat redogöras för nuvarande bestämmelser.

Studiemedel utgår till studerande vid eftergymnasiala läroanstalter och elever som är 20 år eller äldre i gymnasial utbildning enligt bestämmelserna i studiestödslagen (SFS 1973:349, ändrad senast 1974:483). Tillämpningsföreskrifter finns i studiestödskungörelsen (SFS 1973:418, ändrad senast 1974:484).

Studiemedel består av studiebidrag och återbetalningspliktiga studiemedel. Studiemedlen är indexreglerade och utgår per läsår med 140 % av basbeloppet inom den allmänna försäkringen (SFS 1962:381), dvs. med nu gällande basbelopp totalt 11 900 kr. (beräknat på basbeloppet 8 500 kr., maj 1974). Av summan utgör maximalt 2 000 kr ett icke indexreglerat studiebidrag, medan återstoden skall återbetalas under normalt 20–25 år. Om den studerande har vårdnaden om barn kan dessutom utgå barntillägg med 25 % av basbeloppet (för närvarande 2 125 kr.) för varje barn under 16 år. Möjlighet att erhålla extra studiemedel finns, om synnerliga skäl föreligger.

Eftergymnasiala studeranden erhåller studiemedel under de två första terminerna utan särskild prövning av studielämpligheten. Därefter prövas vid varje ansökningstillfälle, om de tidigare uppnådda studieresultaten kan anses tillfredsställande.

Egen inkomst och/eller förmögenhet samt makas/makes inkomst eller förmögenhet reducerar studiemedlen, om vissa gränser överskrids.

Studiemedel kan även utgå för deltidsstudier för den som studerar på minst halvtid vid eftergymnasial utbildning. Förutsättningen är, att godtagbara skäl finns för att studierna bedrivs på deltid. Studiemedel till deltidsstuderande utgår med hälften av vad som gäller då fråga är om heltidsstuderande. Barntillägg utgår dock med samma belopp som till heltidsstuderande. Även studiemedel för korttidsstudier kan utgå.

Den som är 45 år eller äldre erhåller studiemedel endast om särskilda skäl föreligger. Utländsk medborgare kan få studiemedel, om vissa villkor är uppfyllda. För heltidsstudier i Danmark, Norge, Finland och Island kan studiemedel utgå medan för studier utanför Norden sådana beviljas bara i vissa fall. Vid studier vid sidan av militär grundutbildning eller vapenfri tjänstgöring samt vid deltagande i studieförbundens studiecirklar utgår inte studiemedel.

Återbetalning av studiemedel sker genom årliga avgifter enligt studiestödslagen och studiestödskungörelsen. Återbetalningen påbörjas det tredje året efter det att studiemedel lyfts sista gången. Den pågår i regel tills den återbetalningsskyldige fyllt 50 år. Studieskulden är indexreglerad och stiger i takt med allmänna prisökningar. Ränta utgår inte. För att skydda studiemedelstagarna mot alltför kraftiga indexhöjningar behöver dock fr. o. m. 1975 inte mer återbetalas än vad som motsvarar ett vanligt lån med en räntesats uppgående till 3,2 %. Hänsyn har därvid schablonmässigt tagits till marginalskatteeffekten.

Befrielse från den årliga återbetalningen kan beviljas efter ansökan.

Detta kan ske om låntagarens betalningsförmåga – egen samt delar av makas/makes inkomst eller förmögenhet – understiger ett visst belopp. Sådan avgiftsbefrielse innebär dock inte, att skulden avskrivs utan återbetalningstiden förlängs i motsvarande utsträckning.

Central förvaltningsmyndighet för studiemedelssystemet är centrala studiestödsnämnden (CSN; tidigare centrala studiehjälpsnämnden). Nämnden består av ordförande, vice ordförande och fem andra ledamöter, samtliga utsedda av Kungl. Maj:t. Hos nämnden finns även en delegation för utländska studerande (DUS).

För den lokala studiemedelsverksamheten svarar sex regionala organ – studiemedelsnämnderna i Stockholm, Göteborg, Linköping, Lund, Uppsala och Umeå. Varje studiemedelsnämnd består av ordförande och fyra andra ledamöter, som samtliga utses av Kungl. Maj:t, samt av ytterligare två ledamöter, varav en företräder de studerande och en lärarna.

Ansökan om studiemedel ställs till någon av de sex studiemedelsnämnderna, som prövar ansökan. Övervägande antalet ansökningar är av enkel beskaffenhet och behöver inte bli föremål för behandling i den lokala nämnden. De kan istället vanligtvis handläggas rutinmässigt på tjänstemannaplanet. Vid avslag på ansökan kan beslutet överklagas hos CSN. Utländska studerande, som för första gången söker studiemedel inger ansökan till DUS, som gör en bedömning av den studerandes formella rätt till studiemedel.

Enligt instruktionen för studiemedelsnämnderna skall dessa i sitt arbete samverka med vederbörande utbildningsnämnder. Samarbete av växlande omfattning förekommer också med studerandeorganisationer och studerandehälsovården.

Någon kurativ verksamhet bedrivs inte i studiemedelsnämndernas regi. Vid avslag på studiemedel hänvisas de studerande för rådgivning till t. ex. studerandehälsovården, studerandeorganisationerna, läroanstaltens studievägledning, sociala myndigheter etc.

1974 års riksdag har i överensstämmelse med förslag i prop. 1974:14 beslutat om vissa ändringar i studiemedelssystemet. Bl. a. har studiebidraget höjts från tidigare högst 1 755 kr till ca 2 000 kr per läsår. Även återbetalningsreglerna har förbättrats. Den årliga avgiften har blivit något lägre, skyddet mot alltför kraftiga indexhöjningar har förbättrats, inkomst- och förmögenhetsgränsen för befrielse av årlig avgift har höjts, reglerna om hänsynstagande till makas/makes inkomst har uppmjukats för vissa grupper samt möjlighet har införts till avskrivning av studieskuld vid sjukdom, handikapp och dylikt.

Kommittén för studiestöd åt vuxna (SVUX) föreslår i sitt betänkande "Studiestöd åt vuxna" (SOU 1974:62) dels vissa ändringar av det nuvarande studiemedelssystemet, dels införandet av ett särskilt studiestöd för vuxenstuderande. En redogörelse för kommitténs förslag lämnas i avsnitt 6.7.

2.4 Sjukförsäkring för studerande

Statsmakterna fattade år 1973 principbeslut om en särskild sjukförsäkring för studerande (prop. 1973:63. SFU 1973:17, rskr 1973:240). Enligt detta skall försäkring vara obligatorisk för alla studerande med studiemedel och gälla den tid som studiemedel utgår. Under sjukdomstiden behåller den studerande sina studiemedel. De återbetalningspliktiga studiemedlen reduceras emellertid i efterhand med ett belopp, som motsvarar återbetalningspliktig del av studiemedlen per dag under de sjukdagar, som den studerande är ersättningsberättigad för. Karenstiden är 14 dagar. Den nya försäkringen skall i enlighet med riksdagens beslut 1974 införas fr. o. m. 1975-01-01 (prop. 1974:14 SfU 1974:19, rskr 1974:265).

CSN har i samråd med riksförsäkringsverket (Rfv) utarbetat förslag till bestämmelser för nyssnämnda försäkring (CSN dnr 626/74). Förslaget innebär i huvudsak, att den studerande erhåller rätt till studiestöd vid sjukdom varje termin, under vilken den studerande under någon del ägnar sig åt studier. Sjukförsäkringen ger befrielse från återbetalningsskyldighet, så att återbetalningspliktiga studiemedel, som hänför sig till sjukdomstiden, efter en karenstid av 14 dagar avräknas från det belopp, som återbetalningsskyldigheten avser. Om studerande är obligatoriskt sjukpenningplacerad enligt lagen om allmän försäkring, föreslås att det belopp som i efterhand skall avskrivas, reduceras med 75 % av det belopp, varmed sjukpenningen överstiger 25 kr. Då beredningen av frågor om finansieringen av försäkringen ännu inte avslutats, har förslag härom inte framlagts utan kommer att presenteras senare. Enligt vad studerandehälsovårdsutredningen erfarit, väntas dock Kungl. Maj:t föreslå riksdagen, att sjukförsäkringen görs avgiftsfri för de studerande.

2.5 Riktlinjer för studerandehälsovård

Sedan statsmakterna – på grundval av förslagen i den tidigare omnämnda särskilda arbetsgruppens promemoria och departementschefens uttalanden i ärendet 1967 – fattat beslut om studerandehälsovårdens organisation och allmänna inriktning, tillsatte socialstyrelsen i egenskap av tillsynsmyndighet för verksamheten 1969-02-27 en arbetsgrupp med uppgift främst att närmare precisera målsättningen för studerandehälsovården och samtidigt ange dess omfattning och avgränsning till den allmänna sjukvården. I arbetsgruppen ingick representanter för bl. a. universitetskanslersämbetet (UKÄ) och Sveriges förenade studentkårer (SFS). De socialstyrelsens råd och anvisningar om "Studerandehälsovård", som publicerades i maj 1970 (RoA 1970:12), utgjorde resultatet av denna arbetsgrupps verksamhet.

Enär studerandehälsovårdens innehåll ytterst bestäms av studerandeorganisationerna själva, kommer verksamhetens innehåll givetvis att kunna variera från ort till ort. De av socialstyrelsen utfärdade råd och anvisningarna får ses som allmänna rekommendationer i sammanhanget. Det ankommer på studerandeorganisationerna själva, framhålls i anvis-

ningarna, att göra nödvändiga avgränsningar med hänsyn till kårorternas speciella förhållanden och behov.

I råd och anvisningar formuleras målsättningen för verksamheten sålunda

"Studerandehälsovårdens syfte är att vara hälsovårdande i psykiskt och fysiskt hänseende och härigenom förebygga uppkomsten av sjukdomar och insufficienstillstånd, varvid särskilt skall beaktas de studerandes miljö- och arbetsförhållanden. Med denna målsättning kommer studerandehälsovården att framstå som en med företagshälsovård jämställd verksamhet med huvudsaklig inriktning på behandling och vård av psykiska och psykosomatiska sjukdomar samt hälsobefordrande och förebyggande åtgärder bland studerande."

Studerandehälsovårdens verksamhetsformer indelas i förebyggande verksamhet, sjukvård och tandvård.

Det understryks i råd och anvisningar, att studerandehälsovårdens huvudsyfte är hälsovårdande, dvs. verksamheten skall gå ut på att förebygga sjukdomar och insufficienstillstånd. Därvid utgör den informationsverksamhet, som bör bedrivas inom studerandehälsovården, ett viktigt inslag.

Informationen bör inriktas på allmänna hälsovårdsfrågor, såsom kost, vila, motion, lämpliga studievanor, könssjukdomar, tobak, alkohol och narkotika. Samarbete med studerandeorganisationernas tidskrifter bör ske för införande av artiklar av informationskaraktär. Uppmärksamheten skall också vara riktad på studiemiljöfrågor, varvid ett intensifierat samarbete mellan studerandehälsovården och respektive läroanstalt förutsätts. Nära kontakt bör också etableras med andra organisationer av studiestödjande art, t. ex. studiemedelsnämnd och yrkesvägledning, med den centrala och institutionsplacerade studievägledningen samt med utbildningsanstalternas lärare.

Studerandehälsovården bör härutöver vara förtrogen med de studerandes förhållanden utanför den egentliga studiemiljön, såsom t. ex. beträffande bostäder och kamratkontakter av typ studentnationsaktiviteter.

I studerandehälsovården skall också ingå riktade hälsoundersökningar för i olika avseenden särskilt utsatta grupper av studerande.

Den förebyggande verksamheten anses också böra omfatta sexualupplysning och preventivmedelsrådgivning, såvida inte behoven härav kan tillgodoses inom ramen för annan hälsovårdande verksamhet på studieorten.

Socialstyrelsen underströk också, att de handikappades situation bör vara föremål för studerandehälsovårdens speciella uppmärksamhet.

Vad avser den sjukvårdande verksamheten bör i studerandehälsovården ingå resurser för vård av psykiska och psykosomatiska sjukdomar samt lättare psykiska störningar, medan de studerande vid annan sjukdom bör repliera på studieortens allmänna sjukvård.

Socialstyrelsen framhöll särskilt, att om sjukvårdens andel av den totala verksamheten dimensioneras utöver vad som angivits i propositionen, får den del av verksamheten som ligger till grund för statsbidraget inte åsidosättas.

Det bedömdes som angeläget, att studerandehälsovårdens personal inriktar sitt arbete på att förebygga sådana sjukdomstillstånd, som kan komma att medföra negativa verkningar på studieresultatet. Även om statsbidrag för denna del av verksamheten inte kan utgå, är det, framhölls i anvisningarna, betydelsefullt att även enkla somatiska sjukdomar ägnas uppmärksamhet, om de t. ex. inträffar i en för studierna kritisk period. I den mån enkla sjukdomar snabbt kan avhjälpas med studerandehälsovårdens samlade resurser skall dock detta inte möta något hinder, såvida denna verksamhet inte inverkar menligt på möjligheterna att bedriva en effektiv förebyggande vård.

Socialstyrelsen fann det angeläget, att de studerande ges möjlighet att erhålla tandvård till låga kostnader. Vårdbehovet bedöms som förhållandevis stort i de aktuella åldersgrupperna. Det kan finnas en risk, att de studerande, sedan möjligheten till skoltandvård upphört, försummar sitt behov av tandvård. Studerandeorganisationerna bör dock enligt anvisningarna observera, att anordnande av egen tandvård ofta kan medföra, att kostnaderna för verksamheten blir större än vid andra vårdformer. Möjligheterna bör därför prövas, att genom överenskommelse med privatpraktiserande tandläkare erhålla rabatter för de studerande.

I tidigare avsnitt har redovisats den modell, som enligt proposition 1967:48 avsågs ligga till grund för beräkningarna av statsbidraget. Statsbidraget beräknades av den av ecklesiastikdepartementet tillkallade arbetsgruppen vid 10 000 studerande efter kostnaderna för

- en kurator,
- en och en halv sjuksköterska,
- ersättning till läkare för arbetsuppgifter utanför den sjukvårdande verksamheten
- lokalkostnader,
- sjukvårdsmaterial m. m. samt
- dispensärverksamhet.

I denna basorganisation ingick också läkartjänster för vård av psykiska och psykosomatiska sjukdomar. Kostnaderna för dessa inkluderades dock inte i underlaget för statsbidraget.

Socialstyrelsen påpekade i sina råd och anvisningar, att man på studieorter med ett begränsat antal studerande kan vara hänvisad till en mindre expertbetonad studerandehälsovård genom överenskommelse med läkare på orten. Det kan därför vara lämpligt att i första hand anställa kurator och/eller sjuksköterska som samordnande länk mellan läkarresurser och studiesociala insatser.

På varje ort skall enligt anvisningarna en särskild kårortsnämnd vara ansvarig för ledningen av verksamheten. Kårortsnämnden bör i egenskap av huvudman fastställa en plan för studerandehälsovården. Planen, som lämpligen kan ges en översiktlig karaktär, bör uppta de särskilda enheterna med angivande av verksamhetsområde, tjänster etc. Planeringen bör ske så, att studerandehälsovården samordnas med den allmänna sjukvården på orten. Studerandehälsovården bör även planeras med hänsyn till på kårorten befintliga resurser för studiestödjande åtgärder.

Det var enligt socialstyrelsens mening angeläget, att varje kårortsnämnd finner organisationsformer, som kan tillgodose behovet av studerandehälsovård inom dess verksamhetsområde. Då studerandehälsovården var relativt ny och då de olika kårorterna hade att tillgodose olika krav med avseende på de studerandes antal och studieinriktning, skulle det ankomma på kårortsnämnderna att anpassa studerandehälsovården efter aktuella behov och göra de förändringar i organisationen, som motiverades av verksamhetens utfall.

2.6 Former för finansiering av studerandehälsovård

Kostnaderna för studerandehälsovården täcks genom statsbidrag, avgifter från de studerande, ersättning från de allmänna försäkringskassorna för sjukvårdskostnader samt vissa andra bidrag. I det följande skall redogöras för förutsättningarna för studerandehälsovårdens finansiering.

2.6.1 *Statsbidrag*

I enlighet med 1967 års principbeslut utgår statsbidrag för studerandehälsovård, omfattande bl. a. kostnader för vissa arbetsledande och administrativa funktioner, kostnader för kuratorer och sjuksköterskor samt vissa sjukvårdsomkostnader i samband med verksamheten. Det statliga stödet beräknades av arbetsgruppen svara mot sjukvårdshuvudmännens insatser i den kommunala sjukvården, vilka kostnader i princip täcks av allmänna medel. Statsbidraget till studerandehälsovården utgår dock i form av ett schablonbidrag med en av riksdagen årligen fastställd summa per studerande. Med hänsyn till att basorganisationen förutsätts ha viss elasticitet vid ett större studerandeantal blir statsbidraget per studerande mindre för studerandeantal, som överstiger 10 000. Statsbidragets utveckling framgår av tabell 2.1.

Tabell 2.1 Statsbidrag till studerandehälsovård 1967/68–1974/75

Läsår	67/68	68/69	69/70	70/71	71/72	72/73	73/74	74/75
Per studerande upp till 10 000 studerande i kr	10	10	10	11	12	13	14	15
Per studerande därutöver i kr	5	5	6	6	7	8	9	9
Totalt förslagsanslag i 1 000 kr	615	710	940	1 146	1 330	1 530	1 530	1 560

2.6.2 *Studerandeavgifter*

I överensstämmelse med den godtagna grundtanken, att studerandena själva skulle svara för huvudmannaskapet för studerandehälsovården, har det också stått dem fritt att besluta, huruvida de kostnader för den hälso-

och sjukvårdande verksamheten, som överstiger statsbidraget, skall täckas genom patientavgifter, kollektivt genom avgifter till studerandeorganisationerna eller genom en kombination av båda dessa möjligheter. En kollektiv uttaxering har för studerande vid samtliga universitet, karolinska institutet, de tekniska högskolorna och högskolan i Linköping möjliggjorts genom 88 § universitetsstadgan (SFS 1964:461), vari stadgas att varje studerande skall under den tid han studerar vid läroanstalten vara medlem i studentkår vid denna. Motsvarande bestämmelser återfinns bl. a. i stadgan för jordbrukets högskolor (SFS 1965:494, 101 §), i stadgan för socialhögskolorna (SFS 1964:538, 28 §) och i stadgan för journalisthögskolorna (SFS 1967:236, 32 §).

Någon skyldighet för studerandeorganisationerna att medverka i studerandehälsovården föreligger däremot icke. Skulle de studerande vid en kårort föredra att icke organisera en kårortnämnd och icke bidra till verksamhetens finansiering, skulle detta enligt nuvarande bestämmelser vara fullt möjligt men givetvis få till följd, att studerandehälsovård inte funnes att tillgå på orten. Studerandeorganisationernas inflytande över verksamheten torde dock ha setts snarare som en förmån än som en skyldighet. Studerandehälsovården har också betraktats som en sådan viktig studiesocial angelägenhet, att studerandeorganisationerna – i vart fall hittills – inte i något fall avböjt att medverka häri.

För en redovisning av omfattningen av studerandehälsovårdens verksamhet och av de studerandes insatser för finansieringen av denna hänvisas till avsnitt 3.3.4 samt till bilaga 2.

2.6.3 *Återbäring från försäkringskassor*

För sådan läkarvård åt försäkrad enligt lagen om allmän försäkring (SFS 1962:381) som ombesörjs av staten, landstingskommun eller kommun, som inte tillhör landstingskommun, utgår enligt 1 § läkarvårdstaxan (SFS 1969:657) ersättning till vederbörande sjukvårdshuvudman med ett enhetligt belopp. Detta är för närvarande 48 kr per besök. Tillsammans med en patientavgift om 12 kr erhåller sjukvårdshuvudmannen således för varje besök 60 kr.

För läkarvård, som meddelas i annan ordning, utgår för närvarande enligt 2 § läkarvårdstaxan ersättning med tre fjärdedelar av den försäkrades utgifter inom ramen för de belopp, som anges i 3–9 §§ i taxan. Kungl. Maj:t utfärdar årligen särskilda bestämmelser, innebärande att ersättning till vederbörande kårortsnämnd för öppen läkarvård vid studerandehälsovårdsorganisationerna utgår enligt 2–9 §§ i taxan. Förutsättningen härför är att patientavgiften inte överstiger 12 kr.

Ersättning utgår enligt läkarvårdstaxan med 7,50, 15,00 (Stockholmsområdet 18,75) 30,00 (Stockholmsområdet 33,75) eller 45,00 kr, beroende på besökets svårighetsgrad. För den högre återbäringen krävs en konsultation, som påkallar en eller flera särskilt krävande eller tidsödande undersökningar eller behandlingar, hänförliga till någon av de grupper, som finns förtecknade i en särskild bilaga till läkarvårdstaxan. Enligt 1967 års proposition om studerandehälsovården var tanken, att ersätt-

ningen från försäkringskassorna skulle täcka tre fjärdedelar av kostnaderna för sjukvårdsbesök hos studentläkare. Återstoden skulle, på samma sätt som inom den offentliga sjukvården, betalas av patienten, dock med det undantaget, att de studerande gavs möjlighet att betala patientandelen kollektivt såsom redovisats i föregående avsnitt.

Enligt beslut av 1974 års riksdag med anledning av förslag i proposition 1974:104 (SFS 1974:699) ändras fr. o. m. den 1975-01-01 reglerna för ersättning vid privatläkarvård. Ett införande av dessa nya regler kommer givetvis att även påverka ersättningen vid sjukbesök från sjukförsäkringen till studerandehälsovården. En närmare redogörelse för dessa förändringar lämnas i avsnitt 4.5.

2.6.4 *Övriga bidrag*

Utöver de ovan redovisade finansieringsformerna utgår i varierande omfattning bidrag från berörda landsting, bidrag från läroanstalt, avkastning av fonder etc. Storleken av dessa medel är emellertid blygsam och kan inte sägas vara av någon allmän betydelse för studerandehälsovårdens finansiering.

2.7 Statsbidrag till motionsverksamhet och dess utveckling

I förevarande sammanhang kan det vara av intresse att granska hur statsbidraget till motionsverksamhet utvecklats. Såsom redovisats i avsnitt 2.2.3 beslöts 1967, att statsbidrag skulle utgå *dels* för att täcka hälften av de schablonmässigt beräknade kostnaderna för ledararvoden och lokalhyror, *dels* för att helt täcka kostnaderna för 8,5 fasta idrottslärartjänster i den del dessa avsåg planerande och organisatoriska uppgifter. Statsbidraget fastställdes till 600 000 kr (förslagsanslag) för budgetåret 1967/68. Motsvarande belopp för studerandehälsovård uppgick vid samma tillfälle till 615 000 kr.

Idrottsutredningen behandlade i sitt betänkande "Idrott åt alla" (SOU 1969:29) bl. a. frågan om motionsidrott för universitets- och högskolestuderande. Utredningen fann det angeläget, att ett sådant statligt ekonomiskt stöd skulle utgå samt att en av utredningen förordad målsättning för verksamheten, nämligen ett motionstillfälle i veckan för hälften av de studerande, skulle kunna uppnås senast budgetåret 1974/75. Utredningen fann inte skäl föreslå någon förändring av det bidragssystem som tillskapades 1967. För att kunna uppnå den angivna målsättningen beräknades medelsbehovet för studerandemotionen uppgå till 900 000 kr budgetåret 1970/71, 1 900 000 kr 1973/74 och 2 300 000 kr 1974/75.

På förslag av idrottsutredningen överfördes fr. o. m. budgetåret 1970/71 anslaget till studerandemotion från åttonde huvudtiteln i statsverkspropositionen till anslagsrubriken "Centralt stöd till idrotten" under tionde huvudtiteln. Ansvaret för fördelning av statsbidraget mellan kårorterna överfördes till riksidrottsstyrelsen, varvid samråd med SFS

förutsattes ske.

Riksidrottsstyrelsen har i praktiken gått ifrån de principer för tilldelning av statsbidrag, som anges i proposition 1967:48, även om de används som underlag för en bedömning av statsbidragsbehovet. I stället beviljas studerandemotionen ett fast belopp, som årligen räknas upp. Studerandeorganisationerna har därigenom kommit att åtnjuta ett större statsbidrag (1974/75 ca 1 600 000 kr) än vad som skulle följa av anslagsprinciperna i proposition 1967:48 (ca 1 200 000 kr). Statsbidraget till motionsverksamhet har – utan hänsyn till penningvärdets fall – ökat från 600 000 kr (förslagsanslag) till 1 600 000 kr från 1967/68 till 1974/75. Under samma period har statsbidraget till studerandehälsovården (förslagsanslag) ökat från 615 100 kr till 1 560 000 kr.

3 Verksamhetens innehåll och framlagda förslag till utbyggnad

3.1 Inledning

I detta kapitel erinrar utredningen inledningsvis (avsnitt 3.2) om de förutsättningar för verksamheten med studerandehälsovård, som statsmakterna godtog år 1967. På grundval av dels en av socialstyrelsen år 1971, dels en av utredningen år 1973 genomförd enkätundersökning redovisas studerandehälsovårdens utveckling 1967/68–1972/73 (avsnitt 3.3). Möjligheterna för studerande att få tillgång till sjukvård inom studieorten diskuteras i avsnitt 3.4. Slutligen redogör utredningen för vissa ställningstaganden från studerandeorganisationernas sida angående studerandehälsovården (3.5).

3.2 Allmänt

I kapitel 2 har utredningen tecknat bakgrunden till den nuvarande självständiga studerandehälsovårdsorganisationen och samtidigt angett de förutsättningar, under vilka den för närvarande arbetar. Det är givetvis i detta sammanhang också av stort intresse att undersöka, hur verksamheten i realiteten hittills bedrivits och bl. a. analysera den i ljuset av de initiativ studerandena själva tagit i syfte att förbättra studerandehälsovårdens funktionsmöjligheter.

Den faktiska utvecklingen av studerandehälsovården bör betraktas med utgångspunkt från de huvudförutsättningar för verksamheten, som statsmakterna godtagit. Här bör därför erinras om

att studerandehälsovården förutsätts vara en med företagshälsovård jämställd verksamhet med huvudsaklig inriktning på behandling och vård av psykiska och psykosomatiska sjukdomar samt på förebyggande åtgärder;

att studerandena för behandling av somatiska sjukdomar – utom i undantagsfall – bör repliera på studieortens allmänna sjukvård;

att staten lämnar ett schablonbidrag till verksamheten, beräknat med hänsyn till antalet aktiva studerande vid ifrågavarande eftergymnasiala läroanstalter på respektive kårort samt

att studerandena på kårorten själva genom en kårortsnämnd svarar för

verksamheten och dess innehåll, innefattande uppbyggnad av en basorganisation

Då det nuvarande systemet för studerandehälsovården trädde i funktion under budgetåret 1967/68, skulle enligt Kungl. brev 1967-06-30 statsbidrag för verksamheten utgå till kårortsnämnderna i Göteborg, Lund, Stockholm, Umeå och Uppsala. Bidraget skulle beräknas efter antalet studerande, som budgetåret innan aktivt bedrivit studier, samt utgå med 10 kr. per studerande intill ett antal av 10 000 studerande och med 5 kr. för varje ytterligare studerande.

Antalet kårorter med bidragsberättigade kårortsnämnder har efter hand utvidgats och omfattar nu Borås, Göteborg, Karlstad, Linköping, Luleå, Lund/Malmö, Stockholm, Umeå, Uppsala, Växjö och Örebro. I Östersund, där högskoleutbildning bedrivs i växande omfattning, har någon kårortsnämnd ännu inte bildats.

Statsbidragets storlek har som en viss kompensation för de allmänna prisstegringarna samtidigt successivt ökats. Det utgör för budgetåret 1974/75 15 kr. per studerande intill ett antal av 10 000 studerande och 9 kr för varje ytterligare studerande.

Parallellt härmed har studerandehälsovårdsorganisationen byggts upp på de enskilda kårorterna med hänsyn till lokala förutsättningar, såsom studerandenas antal på orten samt det bedömda behovet av studerandehälsovårdsaktiviteter och de ekonomiska betingelserna för verksamheten. Detta innebär, att studerandehälsovårdens serviceutbud och organisation varierar från kårort till kårort. Denna utveckling kan anses vara på både gott och ont. Å ena sidan är det givetvis viktigt, att studerandehälsovården på den enskilda kårorten inte blir överdimensionerad i förhållande till behovet, å andra sidan är det lika angeläget att de studerande kan erbjudas en service av likartad karaktär på alla kårorter i landet.

3.3 Enkätundersökningarna 1971 och 1973

Redan efter en kort tids erfarenhet av systemet med den statsunderstödda studerandehälsovården gjordes från ansvarigt studerandehåll gällande, att statsbidraget inte gav den täckning för kostnaderna, som man ansåg att 1967 års proposition förutsatt. Denna kritik förstärktes efter hand och utmynnade 1971 i ett förslag om tillsättande av en ny utredning rörande studerandehälsovårdens förutsättningar och organisation. På studerandehåll ansåg man bl. a. att det förelåg risk för att verksamheten med hänsyn till de begränsade ekonomiska resurserna inte skulle kunna byggas ut i sådan omfattning, att den i statsmakternas beslut 1967 uppställda målsättningen skulle kunna uppfyllas. Vissa studentkårer hade också gjort sonderingar i syfte att försöka överföra huvudmannaskapet för studerandehälsovården till vederbörande landsting, dels med tanke på de ogynnsamma ekonomiska villkoren, dels därför att man funnit det svårt att dra en klar gränslinje mellan studerandehälsovården och den allmänna sjukvården.

Socialstyrelsen fann på grund härav anledning att genom en enkätundersökning riktad till kårortsnämnderna söka skaffa sig en så klar bild som möjligt av hur studerandehälsovården byggts ut och fungerade på de olika kårorterna. Denna genomfördes under år 1971. Studerandehälsovårdsutredningen har senare följt upp denna undersökning med en ny enkät år 1973. I det följande skall en kort sammanfattning lämnas av de båda enkätundersökningarna. En mer fullständig redogörelse för resultaten redovisas i bilaga 2. Uppgifter rörande kårortsnämnderna i Borås och Luleå inhämtades ej, enär dessa inte bedrev någon verksamhet vid tidpunkterna för enkätundersökningarna.

3.3.1 *Studerandeantal och hemortstillhörighet*

I tabell 3.1 redovisas det antal studerande, som omfattades av studerandehälsovården 1969/70 respektive 1972/73. Av tabellen framgår också andelen studerande, som enligt 1971 års enkätundersökning var mantalsskrivna inom annan landstingskommun än kårortens.

Såsom framgår av tabell 3.1 omfattade studerandehälsovården 1972/73 ca 138 000 studerande. Genomsnittligt var ungefär knappt hälften av de studerande mantalsskrivna inom annan landstingskommun (motsvarande) än kårortens. Markanta avvikelser från riksgenomsnittet noteras dock i Stockholm, Karlstad och Uppsala. I Stockholm och Karlstad har ca 78 % resp. 70 % av de studerande hemortstillhörighet i kårortslandstinget medan ungefär det motsatta förhållandet råder i Uppsala. Vid denna universitetsort är 71,5 % mantalsskrivna inom annan landstingskommun än Uppsala läns. För studerande med sådan hemortstillhörighet regleras tillgången till offentlig öppen och sluten vård genom det s. k. utomlänsavtalet, för vilket redogörelse lämnas i avsnitt 3.4.

Tabell 3.1 Studerandeantal och hemortstillhörighet för studerande, som omfattats av studerandehälsovården 1969/70 och 1972/73

	Studerandeantal		Andel studerande, mantalsskrivna inom annan landstingskommun än kårortens i %[a]
	1969/70	1972/73	
Lund/Malmö	23 022	22 141	46,5
Växjö	1 658	1 836	57,6
Göteborg	23 485	24 400	52,7
Karlstad	1 650	2 135	29,6
Örebro	2 850	3 801	52,6
Linköping	3 270	5 190	55,0
Stockholm	41 000	47 200	21,8
Uppsala	23 500	22 300	71,5
Umeå	8 130	9 000	55,8
Totalt	128 565	138 003	44,5

[a] Siffrorna avser år 1971.

3.3.2 *Uppbyggnad av basorganisationen*

Som redan tidigare framhållits har bl. a. socialstyrelsen rekommenderat en modell – ofta betecknad som en basorganisation – dimensionerad för 10 000 studerande och upptagande följande personal:

1 kurator samt
1 ½ sjuksköterska

Dessutom förutsattes studerandeorganisationerna anlita läkare för dels vård av psykiska och psykosomatiska sjukdomar, dels arbetsuppgifter utanför den sjukvårdande verksamheten.

Den på så sätt skisserade basorganisationen var endast att se som ett riktmärke för hur studerandehälsovårdsverksamheten skulle kunna organiseras vid ett givet studerandeantal. I den PM som arbetsgruppen inom ecklesiastikdepartementet utarbetade (se avsnitt 2.2.1) framhölls bl. a.:

"Med användningen av termen "modell" avser gruppen att understryka att förslaget är att betrakta som en tänkt konstruktion. Konstruktionen är i och för sig helt realistisk. Samtidigt är emellertid gruppen medveten om att samma effekt ur hälsovårdssynpunkt kan uppnås med varierande avvägningar mellan de inom modellen ingående komponenterna."

Vid en bedömning av basorganisationens faktiska utveckling på de olika kårorterna bör erinras om den elasticitet denna har förutsatts kunna ha. I underlaget för proposition 1967:48 bedömdes, att en fast basorganisation borde upprättas, men att det borde finnas ett marginalutrymme inom denna. Således räknade man med att basorganisationen icke skulle behöva ökas proportionellt mot antalet besök.

Vidare bör erinras om att socialstyrelsen i sina råd och anvisningar icke gav några rekommendationer eller föreskrifter i fråga om lämplig dimensionering av läkararbetskraft i förhållande till antalet studerande men väl förutsatte att tillgång till läkare skulle finnas. Dessutom framhöll socialstyrelsen, att man på studieorter med ett begränsat antal studerande kunde vara hänvisad till en mindre expertbetonad studerandehälsovård. I sådana fall kunde lämpligen överenskommelser träffas med läkare på orten om konsultationsmöjligheter. Det kunde därvid vara lämpligt att i första hand anställa kurator och sjuksköterska som samordnande länk mellan läkarresurser och studiesociala insatser.

Basorganisationens reella omfattning åren 1971/72 och 1972/73 inom studerandehälsovården redovisas i tabell 3.2. Som framgår av tabellen har i överensstämmelse med vad nyss anförts en större satsning på kuratorssidan än på läkarsidan gjorts vid de mindre kårorterna, även om viss tillgång till psykiater- och somatikerläkarvård finns genom studerandehälsovårdens försorg.

Av tabellen framgår, att den somatiska vården generellt synes vara bättre tillgodosedd ifråga om läkararbetskraft än den psykiatriska. Detta väcker misstanken, att kroppssjukvården kommit att få en betydligt större omfattning inom studerandehälsovården än som ursprungligen avsetts.

Här kan också anföras, att den tidigare angivna modellen för

Tabell 3.2 **Kårortsnämndernas personalorganisation 1971/72 respektive 1972/73**
Siffrorna avser genomsnittligt antal tjänster omräknade till heltid under respektive verksamhetsår

Kårort	Antal tjänster som								Studerande-antal
	Somatiker		Psykiater		Sjuksköterska		Kurator		
	1971	1973	1971	1973	1971	1973	1971	1973	1973
Lund/Malmö	2,15	2,15	1,80	1,15	3,40	3,55	3,70	3,00	22 141
Växjö	–	–	–	–[a]	–	–	0,50	0,50	1 836
Göteborg	1,15	1,05	1,00	1,50	2,00	2,00	2,00	1,50	24 400
Karlstad	–	0,05	–	–	0,10	0,10	0,15	0,50	2 135
Örebro	0,20	0,10	0,15	0,15	0,35	0,50	1,0	1,00	3 801
Linköping	0,20	0,30	0,10	0,12	0,50	0,50	0,75	0,75	5 190
Stockholm	1,00	1,00	1,00	1,00	2,00	2,00	2,00	3,00	47 200
Uppsala	2,00	2,20	2,00	2,10	2,00	3,00	1,00	1,50	22 300
Umeå	1,00	1,00	0,90	0,05	1,50	1,50	0,75	0,75	9 000
Summa	7,70	7,85	6,95	6,07	11,85	13,15	11,85	12,50	138 003

[a] Tillgång till läkarvård genom avtal med läkare på orten.

uppbyggnad av en basorganisation har fått en stark – vad man i dagligt tal kallar – medicinsk karaktär. Inom enheten tänks sålunda hälso- och sjukvård bli meddelad ungefär på samma sätt som vid den offentliga sjukvårdens läkarcentraler. Av det föregående framgår emellertid, att det sjukdomsförebyggande arbetet förutsatts utgöra en mycket markant del av studerandehälsovården och att i denna skulle inrymmas moment av helt annat slag än sådana som finns vid en vanlig läkarstation. Här avsågs sådana förebyggande aktiviteter som motionsverksamhet, upplysningsverksamhet rörande narkotika, alkohol och tobak, studierådgivning, arbets- och bostadsmiljöförbättrande åtgärder m. m. Även för sådana inslag i studerandehälsovården krävdes givetvis att läkare, sjuksköterskor och kuratorer skulle medverka. Basorganisationen vid de olika kårorterna förutsattes dock inte behöva bli uppbyggd på ett helt enhetligt sätt.

3.3.3 *Måluppfyllelse*

Utredningen har i det föregående redovisat studerandehälsovårdens basorganisation budgetåren 1971/72 och 1972/73 (avsnitt 3.3.2 och tabell 3.2). Det är i förevarande sammanhang av betydelse att undersöka i vad mån det verkliga utfallet av studerandehälsovårdsverksamheten står i överensstämmelse med den angivna målsättningen.

Av den undersökning, som socialstyrelsen genomförde 1971/72 framgick, att ca 76 % av läkarbesöken i genomsnitt skedde för erhållande av somatisk vård och ca 24 % för erhållande av psykiatrisk vård. Socialstyrelsen ansåg sig därför kunna konstatera, att studerandehälsovården kommit att få en huvudsakligen somatisk inriktning. Styrelsen tog vid sin bedömning härav ändå hänsyn till att varje besök hos läkare för behandling eller undersökning av kroppslig sjukdom i regel tar betydligt kortare tid i anspråk än en psykiatrisk konsultation, liksom till att patienter ofta söker för kroppslig åkomma, ovetande om att besvären i

Tabell 3.3 Totalt antal läkarbesök samt fördelning på somatisk respektive psykiatrisk vård inom studerandehälsovården 1971/72 och 1972/73

Kårort	Antal läkarbesök 1971/72	Därav för somatisk vård i %	Antal läkarbesök 1972/73	Därav för somatisk vård i %
Lund/Malmö	9 036	79,5	8 344	82,2
Växjö	225	100,0	225	100,0
Göteborg	5 229	75,2	4 818	67,9
Karlstad	0	–	0	–
Örebro	517	89,4	517	85,5
Linköping	1 369	89,3	1 638	–
Stockholm	5 310	66,8	4 730	71,7
Uppsala	19 250	69,9	15 251	65,8
Umeå	4 794	98,5	4 929	98,6
Totalt	45 730	76,0	40 452	75,7

själva verket har psykisk grund.

Motsvarande frågor fanns med i den av studerandehälsovårdsutredningen (1973) företagna enkätundersökningen. Det totala antalet besök hade minskat något (från ca 46 000 till ca 40 000) mellan åren 1971/72 och 1972/73. Någon förskjutning i förhållandet mellan besök hos läkare för psykiatrisk respektive somatisk åkomma syntes dock inte ha ägt rum. Under de båda verksamhetsåren skedde ca 76 % av besöken i somatisk vård.

En sammanfattning av besöksförhållandena 1971/72 och 1972/73 redovisas i tabell 3.3.

Som en nyhet upptog utredningen i 1973 års enkät en fråga om fastställda diagnoser vid nybesök för att därigenom särskilt söka få fram i vilken utsträckning läkarbesöken föranletts av sjukdomar, som kunde tänkas ha samband med en besvärlig studiesituation. Sådana diagnoser kunde tänkas vara depressioner, psykosomatiska sjukdomar, sömnlöshet och studieproblem. Diagnoslistan i enkäten upptog sammanlagt 43 diagnoser och var identisk med den lista, som finns i socialstyrelsens råd och anvisningar rörande studerandehälsovård, och som är avsedd att användas för den årliga redovisningen av verksamheten till styrelsen. Denna diagnoslista har senare vid analysen brutits ned till 17 diagnosgrupper för att få överensstämmelse med socialstyrelsens klassifikation av diagnoser i öppen vård. De diagnosgrupper som var mest frekventa i besöksstatistiken 1972/73 framgår av följande tabell 3.4.

Det är naturligtvis svårt att göra en klar avgränsning mellan diagnoser av enbart somatisk karaktär och av psykosomatisk karaktär. Av uppgifterna i tabell 3.4 torde dock framgå, att även med utgångspunkt från fördelningen av antalet diagnoser på olika diagnosgrupper studerandehälsovården i större utsträckning än som tidigare avsetts är inriktad på somatiska åkommor.

Socialstyrelsen rekommenderade i sina råd och anvisningar, att en brett upplagd informationsverksamhet skulle bedrivas inom ramen för studerandehälsovården och vara inriktad på allmänna hälsovårdsfrågor såsom beträffande kost, vila, motion, lämpliga studievanor, könssjukdo-

Tabell 3.4 Antal diagnoser vid nybesök i olika diagnosgrupper inom studerandehälsovårdsmottagningar 1972/73

Diagnosgrupp[a]		Antal diagnoser	
		Abs.	%
XA, XI	Urinorganens sjukdomar, graviditets- och barnsängssjukdomar	4 560	18
VIII	Andningsorganens sjukdomar	3 938	16
V	Mentala rubbningar	3 661	13
XII	Hudsjukdomar	2 947	12
XIII	Muskel- och ledsjukdomar	1 881	7
IX	Matsmältningsorganens sjukdomar	1 819	7
VI A	Nervsystemets sjukdomar	1 615	6
I	Infektionssjukdomar	1 407	6
XVII	Skador	659	3
VII	Hjärt- och övriga cirkulationsorganens sjukdomar	506	2
IV	Blodsjukdomar	402	2
III	Endokrina (hormonella) sjukdomar	243	1
4	Övrigt	1 884	7
Totalt		25 522	100

[a] Siffrorna hänför sig till socialstyrelsens diagnosgruppsnumrering.

mar, tobak, alkohol och narkotika. Avsikten var även att socialstyrelsen genom sin dåvarande hälsovårdsupplysningsdelegation skulle kunna bistå med sakkunskap och ställa erforderligt material till förfogande. Vidare borde studerandeorganisationernas tidskrifter kunna lämna bidrag till denna verksamhet genom att t. ex. införa artiklar av informativ karaktär i dessa ämnen. Studerandehälsovårdsprogrammet borde därutöver enligt anvisningarna inrymma sådana aktiviteter som mottagningar för sexualupplysning och preventivmedelsrådgivning, åtgärder för att förbättra de handikappade studerandenas situation, fritidsverksamhet, t. ex. motionsidrott, aktiva insatser på arbets- och boendemiljöns område samt hälsokontroller (t. ex. dispensärverksamhet för särskilda riskgrupper, främst vissa utländska studerande samt medicine och odontologie studerande). Enkätundersökningen 1971 gav vid handen, att de enskilda kårortsnämndernas hälsovårdsprogram inte var så rikt differentierade, som socialstyrelsen förordat i sina råd och anvisningar.

Studerandehälsovårdsutredningen fann anledning att i 1973 års enkät för budgetåret 1972/73 följa utvecklingen ifråga om vissa av dessa aktiviteter. Sålunda frågades, i vad mån det förekom organiserad motionsverksamhet på de olika kårorterna liksom om det fanns något särskilt program med avseende på förebyggande verksamhet rörande information och rådgivning angående narkotika, alkohol, preventivmedel, kost och motion. Det visade sig då, att det förekom organiserad motionsverksamhet på alla kårorter. Ett rikt motionsprogram bjöds studerandena med upp till 20 olika aktiviteter. Informationsverksamheten i de berörda ämnena syntes dock alltjämt vara relativt knapphändig. Vissa upplysningar om kost och motion lämnades i t. ex. en del kårtidningar.

Som framgått av den tidigare skildringen var studerandehälsovården

("studenthälsovården") ursprungligen inriktad på hälsokontroller av typ skärmbildsundersökningar. Under en lång följd av år tvingades studerandena – åtminstone som nyinskrivna – att låta skärmbildsundersöka sig. I socialstyrelsens råd och anvisningar om studerandehälsovård rekommenderades olika typer av riktade hälsoundersökningar. Man fann det angeläget, att i det sammanhanget beakta de utländska studerandenas behov av skärmbildsundersökning vid studier i Sverige samt de ökade riskerna för TBC-exposition, som vissa grupper av inhemska studerande var utsatta för. Av 1973 års enkät framgick dock, att endast vissa riskgrupper hade av studerandeorganisationerna uppmanats att låta skärmbildsundersöka sig. Denna verksamhet är sålunda numera betydligt mer begränsad inom studerandehälsovården än tidigare.

Enligt den för den nuvarande studerandehälsovården uppställda målsättningen skall verksamheten vara inriktad på främst hälsovårdande uppgifter. Samtidigt har studerandehälsovården betraktats som en form av företagshälsovård. Med den nuvarande inriktningen av företagshälsovårdsverksamhet i allmänhet skulle detta innebära att studerandehälsovården av i dag skulle omfatta minst 50 % hälsovård. Det har inte varit möjligt för utredningen att företa någon jämförande undersökning av omfattningen av studentläkarnas arbetstidsinsatser när det gäller sjukvård respektive hälsovård. Det torde dock stå helt klart, att studentläkarna ägnar betydligt mer än hälften av sitt arbete åt sjukvårdande verksamhet.

I 1973 års enkätundersökning ställdes en fråga om ungefärlig väntetid för olika besök vid studerandehälsovården. Av enkätsvaren framgick, att väntetiden var kortast vid läkarbesök för somatisk vård, vanligen 3–10 dagar, och längre vid besök hos psykiater, vanligen 7–20 dagar. I den offentliga vården uppgick motsvarande väntetider enligt kårortsnämndernas uppgifter till mellan en och fyra månader.

3.3.4 *Finansiering av verksamheten*

Såsom tidigare nämnts gjorde studerandeorganisationerna tidigt gällande, att statsbidraget inte gav den täckning för kostnaderna, som man uppfattat att förslaget i 1967 års proposition skulle ge, dvs. en fullständig täckning av kostnaderna för basorganisationen. Detta kunde få till konsekvens, framhöll man, att verksamheten inte skulle kunna bedrivas i full överensstämmelse med den uppställda målsättningen. Studerandeorganisationerna ansåg sig därför tvingade att av egna medel bestrida en stor del av kostnaderna för basorganisationen.

Också socialstyrelsen fann, att de ekonomiska förutsättningarna för bedrivande av studerandehälsovård enligt det uppgjorda programmet var mindre gynnsamma. Den del av statsbidraget, som avsåg antalet studerande över 10 000, hade visserligen höjts under budgetåret 1969/70 (från 5 till 6 kr. per studerande). I övrigt var emellertid statsbidraget oförändrat sedan budgetåret 1967/68. I sina äskanden om anslag för ändamålet för budgetåret 1970/71 framhöll socialstyrelsen, att det statliga bidraget till verksamheten borde kraftigt höjas. För att kunna möta efterfrågan och nedbringa väntetiderna vid studerandehälsovårdsmottagningarna måste

enligt styrelsens mening basorganisationen förstärkas, om inte verksamhetens studieeffektiviserande syfte skulle gå förlorad. Styrelsen hemställde därför, att bidraget till verksamheten skulle för budgetåret 1970/71 bestämmas till 23 kr. per studerande intill ett antal av 10 000 studerande samt till 16 kr. för varje studerande därutöver.

Föredragande departementschefen förklarade sig i 1970 års statsverksproposition inte vara beredd att förorda en så betydande ökning av det statliga kostnadsanslaget, som socialstyrelsen föreslagit. Han begränsade sig till att förorda en höjning från 10 till 11 kr. per studerande intill ett antal av 10 000 studerande samtidigt som bidraget för varje studerande därutöver enligt hans mening borde hållas vid oförändrat 6 kr. Förslaget föranledde ingen riksdagens avvikande mening.

Studerandeorganisationerna har därefter varje år återkommit med förnyade krav på kraftiga höjningar av statsbidragets storlek. Socialstyrelsen har å sin sida visat förståelse för studerandenas synpunkter men inte ansett sig kunna förorda större anslagsökningar än styrelsen bedömt realistiska med hänsyn till den av statsmakterna deklarerade inställningen. Statsbidraget har sedermera, som framgår av den tidigare redovisade tabellen 2.1, höjts med som regel en krona per budgetår och studerande. Det utgår som förut nämnts för budgetåret 1974/75 med 15 kr. per studerande intill ett antal av 10 000 studerande och med 9 kr. för varje studerande därutöver.

Förslag om en höjning av bidraget till studerandehälsovården har även vid olika tillfällen framlagts i motioner till riksdagen. Härvid bör erinras om att statsutskottet vid sin behandling av sådana motioner till 1969 års riksdag uttalat, att ifrågavarande bidrag var ett schablonbidrag, som inte var avsett att täcka hela eller viss del av kostnaderna för en basorganisation av viss storlek. Då bidragssystemet fastställdes år 1967, hade varken Kungl. Maj:t eller riksdagen tagit ställning till detaljerna i organisationen. Det var studerandenas egen sak att besluta om dimensioneringen av de i hälso- och sjukvårdsorganisationen ingående komponenterna. Med detta uttalande hade dock utskottet inte velat ha sagt, att schablonbidraget skulle anses vara låst till viss nivå, men ansåg sig å andra sidan inte vilja förorda en större höjning av bidraget, än den Kungl. Maj:t då föreslagit (Su 1969:46).

Studerandeorganisationerna har även uppmärksammat, att ersättningen från försäkringskassorna inte uppgår till de tre fjärdedelar av sjukvårdskostnaderna såsom förutsatts i 1967 års proposition. Orsaken till detta är, att läkarlönerna stigit utan att ersättningen i motsvarande mån ökat. I vissa fall har rapporterats, att sjukvårdsersättningen täckt endast drygt hälften av lönekostnaderna.

Kårortsnämnderna anställer vanligen vid studerandehälsovårdsmottagningarna privatpraktiserande läkare med hel- eller deltidstjänstgöring. Anställningsförmånerna regleras genom avtal mellan vederbörande arbetsmarknadsparter (kårortsnämnderna och Sveriges läkarförbund). Enligt nuvarande avtal utgår lön dels i form av fast arvode, dels i form av prestationsersättning, baserad på läkarvårdsersättningen från försäkringskassorna.

Genom ersättningen från försäkringskassorna (se avsnitt 2.6.3) reduceras kostnaderna för läkarlönerna i betydande utsträckning. En heltidsanställd läkare kan med lön och sociala avgifter beräknas kosta kårortsnämnderna ca 140 000 kr., varvid dock ca 55 000 kr. täcks genom läkarvårdsersättning från försäkringskassorna. Därvid har läkarens prestationslöneersättning enligt ovan frånräknats. Nettokostnaderna för kårortsnämnden för en heltidsanställd läkare uppgår sålunda normalt till ca 85 000 kr. Detta innebär, att kostnaderna för en läkare med ca 20 000 kr. årligen överstiger kostnaderna för en heltidsanställd kurator.

Genom 1971 års enkät försökte socialstyrelsen också kartlägga sättet för kostnadstäckning inom studerandehälsovården. Med hänsyn till den individuella och varierande uppbyggnaden av studerandehälsovården på de olika kårorterna fanns anledning att förvänta stora differenser på såväl utgifts- som inkomstsidan. Så visade sig också vara fallet. Det är under sådana omständigheter naturligt, att sättet för kostnadstäckningen – bortsett från statsbidraget – därvid också kommit att variera från den ena kårorten till den andra. Enkäten visade, att på vissa kårorter betalade de studerande, som utnyttjade studerandehälsovården, en patientavgift i samband med konsultation, varjämte de erlade en för alla vid dessa

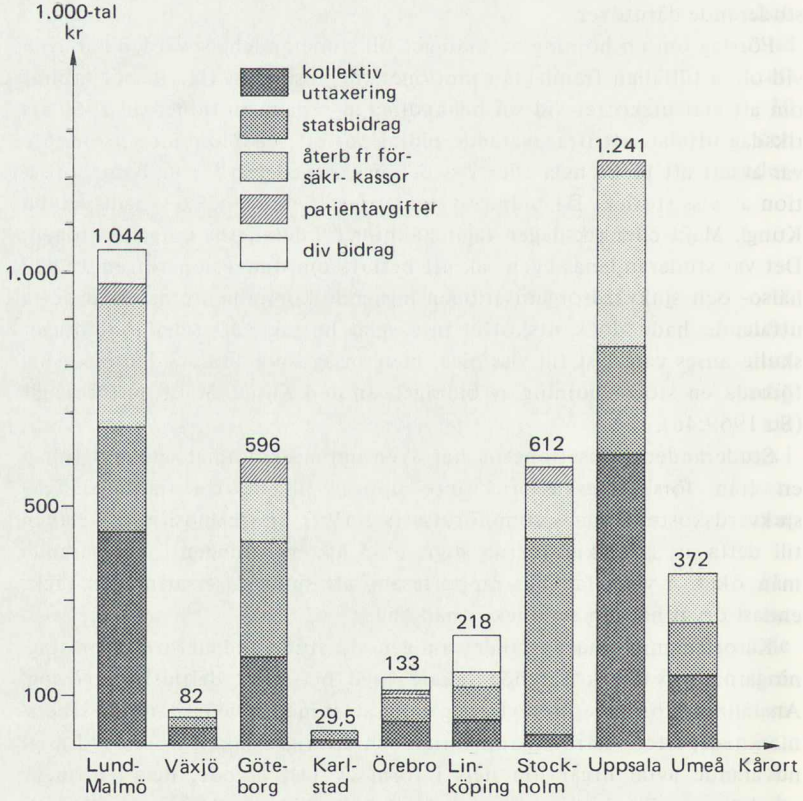


Diagram 3.1 Studerandehälsovårdens finansiering 1972/73

kårorter inskrivna studerande obligatorisk avgift. Vid andra kårorter saknades patientavgifterna helt, medan en obligatorisk avgift erlades av samtliga inskrivna studerande. De obligatoriska avgifternas storlek varierade stort vid de olika kårorterna. Medan den obligatoriska avgiften till studerandehälsovård på en kårort kunde vara omkring 10 kr. per studerande, kunde den på en annan kårort uppgå till ungefär det dubbla. Vidare redovisade vissa kårortsnämnder såsom inkomst endast statsbidrag och avgift från kårmedlemmarna. Andra kårortsnämnder hade också vissa andra begränsade inkomstkällor.

Studerandehälsovårdsutredningen fann vid sin undersökning det betydelsefullt att följa upp den tidigare enkäten i avseende på finansieringen av studerandehälsovården. I tabell 11 i bilaga 2 redovisas fullständigt studerandehälsovårdens finansiering 1969/70 och 1972/73. I diagram 3.1 illustreras finansieringen 1972/73. Totalt uppgick kostnaderna för studerandehälsovården till ca 4 400 000 kr. 1972/73.

3.4 Möjligheter för studerande att få tillgång till sjukvård inom studieorten – utomlänsavtalet och dess tillämpning

Såväl i 1967 års proposition som i socialstyrelsens råd och anvisningar om studerandehälsovård har förutsatts, att de studerande skulle hänvisas till studieortens allmänna sjukvård i fråga om sjukdomstillstånd, som inte hade uppenbart samband med studier eller studiemiljö. Självfallet kan då frågas om sjukvårdshuvudmännen på varje studieort haft möjlighet att tillgodose detta för dem extra sjukvårdsbehov.

Frågan om möjligheterna för studerandena att vid behov få nyttja den allmänna sjukvården på studieorten, är givetvis en fråga inte blott om tillgång på sjukvårdsresurser, utan också om sjukvårdshuvudmännens möjligheter att erhålla kostnadstäckning för sina utgifter i sådana fall. Härvidlag spelar det s. k. utomlänsavtalet en utomordentligt viktig roll. Det kan därför i detta sammanhang vara av intresse att något närmare redovisa detta avtal och analysera dess tillämpning.

Enligt 3 § första stycket sjukvårdslagen (SFS 1962:242) åligger det landstingskommun att för dem som är bosatta inom sjukvårdsområdet (= landstingskommunen) ombesörja såväl öppen som sluten vård för sjukdom, skada, kroppsfel och barnsbörd, i den mån icke annan drar försorg härom. I 3 § andra stycket stadgas, att samma skyldighet att ombesörja sjukvård åvilar landstingskommun gentemot dem som vistas inom sjukvårdsområdet utan att vara där bosatta, i sådana fall då behov av omedelbar vård föreligger. Härvid har underförståtts, att vårdbehovet skall ha uppkommit under vistelsen i den landstingskommunen. Andra fall är dock som i det följande skall visas emellertid också tänkbara. Härvid gäller emellertid skyldigheten att bereda sluten vård endast så länge den vårdbehövande inte utan men kan flyttas till sjukhus, inom vilket patientens hemlandsting förfogar över vårdplatser.

Att motsvarande skyldigheter gäller för kommun, som inte tillhör landstingskommun (dvs. Göteborg, Malmö och Gotland) framgår av 1 § 2

mom. sjukvårdslagen. I sådant fall utgör kommunen sjukvårdsområdet.

Att varje huvudman för offentlig sjukvård sålunda har skyldighet att ta hand om vårdbehövande från det egna sjukvårdsområdet liksom om sådana personer, som råkat befinna sig inom området, när de drabbades av olycksfall eller sjukdom som medfört ett omedelbart sjukvårdsbehov, ter sig helt naturligt. För att kunna uppfylla denna förpliktelse fordras lika uppenbart tillräckliga ekonomiska, personella och materiella resurser för ändamålet. Varje sjukvårdshuvudman har självfallet planerat och byggt upp sin sjukvårdsorganisation med hänsyn till de förutsättningar, som gäller för hans sjukvårdsområde, t. ex. skatteunderlag, befolkningsunderlag, ortstäthet, sjukvårdsområdets geografiska utsträckning och kommunikationsmöjligheter. Även om organisationen i första hand dimensionerats med hänsyn till det egna behovet, måste det givetvis – med tanke på bestämmelserna i 3 § andra stycket sjukvårdslagen – finnas möjlighet att inom den egna sjukvårdsorganisationen också ta emot vårdsökande från andra håll. Det kan därvid vara fråga om inom sjukvårdsområdet inträffade allvarliga akuta sjukdomsfall, men det kan också gälla vård åt sådana personer, som inte kan ges den behandling de behöver inom det sjukvårdsområde, inom vilket de har sin hemort. Här avses exempelvis inträffade fall av mindre vanliga men komplicerade sjukdomar, för vars behandling krävs tillgång till speciell och dyrbar sjukvårdsutrustning och läkare med så speciell utbildning att behandlingsresurserna av uppenbara skäl koncentrerats till ett fåtal sjukhus i hela riket. För sådan högspecialiserad verksamhet har träffats särskilda avtal, s. k. regionvårdsavtal (se avsnitt 4.2).

För att kunna planera, bygga upp, driva och vidareutveckla en sjukvårdsorganisation krävs stora personella och ekonomiska insatser på såväl den administrativa som den medicinska sidan, insatser som i första hand bekostas med kommunala skattemedel. Det ligger i sakens natur, att varje sjukvårdshuvudman primärt ställer sina resurser till förfogande för det egna sjukvårdsområdets invånare. Likaså faller det sig helt naturligt, att patienter från andra sjukvårdsområden – principiellt sett själva, men i praktiken genom hemlandstingets (eller motsvarande) försorg – skall gottgöra den sjukvårdshuvudman, vars sjukvårdsresurser de utnyttjat åtminstone för att täcka dennes självkostnader. För att finna en lämplig form för att mellan sjukvårdshuvudmännen reglera ekonomiska frågor med anknytning till vården av utomlänspatienter har sedan länge funnits ett särskilt utskott – utskottet för utomlänsavtal – med företrädare för landstingsförbundet och Svenska kommunförbundet. Överläggningarna inom detta resulterade i början av 1960-talet i ett utomlänsavtal, som väl närmast kan betecknas som en stark rekommendation till sjukvårdshuvudmännen i dessa frågor.

Det första utomlänsavtalet – som givetvis liksom de följande träffades för begränsad tid – har genom efterföljande avtal reviderats, även om vissa delar av avtalet fått en mer permanent karaktär. Det nuvarande utomlänsavtalet gäller till årsskiftet 1974–75. Flertalet landsting har godkänt ett förslag till utomlänsavtal för 1975 och 1976 (se sid. 64).

Gällande utomlänsavtal är uppdelat i fyra avsnitt: 1. allmänna bestäm-

melser, 2. avtalets tillämpningsområde, 3. ersättning för vårdkostnaderna m. m. och 4. bestämmelser om giltighetstiden. Härtill kommer vissa meddelanden, som utarbetats för utomlänsavtalets tillämpning. I det följande har framställningen begränsats till sådana bestämmelser, som från allmän synpunkt är betydelsefulla eller har särskilt intresse för studerandehälsovårdsutredningen.

I de allmänna bestämmelserna stadgas bl. a. att avtalet endast reglerar *ersättning* för meddelad vård och sålunda icke avser någon ändring ifråga om huvudmännens *vårdskyldighet* enligt gällande sjukvårdslag eller andra bestämmelser.

Jämlikt 2 § utomlänsavtalet avses med patients hemlandsting den huvudman, inom vars område patienten är bosatt, samt förstås med utomlänspatient person, som intas för vård på sjukhus inom annat än bosättningsortens sjukvårdsområde. Frågan om patient skall betraktas som utomlänspatient och vilken huvudman som är hans hemlandsting, avgörs således enligt avtalet med utgångspunkt från patientens bosättning. Frågan om var patient skall anses vara bosatt bedöms i sin tur på grundval av bestämmelserna i 3 § sjukvårdslagen och med ledning av folkbokföringsförordningens regler om rätt mantalsskrivningsort m. m. Det är också viktigt att komma ihåg, att patientens bosättning vid tidpunkten för intagningen på vederbörande sjukhus är det avgörande.

Ifråga om avtalets tillämpningsområde stadgas, att det dels gäller sådan sluten vård, som avses i 3 § sjukvårdslagen vid av vederbörande huvudmän drivna lasarett, sjukstugor och läkarstationer med sluten vård (observationsplatser) samt förlossningsanstalter, dels öppen specialistvård och icke-akut öppen sjukvård i vissa fall. I en del lägen kan avtalet också tillämpas beträffande vårdplatser, som huvudmannen enligt särskild överenskommelse disponerar vid främmande sjukhus, dock inte på karolinska sjukhuset. Däremot gäller inte avtalet för bl. a. vård på sjukhem för långvarigt kroppssjuka eller konvalescenter.

Ifråga om sluten vård anges i utomlänsavtalet, att detta som huvudregel endast gäller för utomlänspatienter, som vistas i det främmande sjukvårdsområdet och där drabbats av sjukdom eller skada och på grund därav blivit i behov av omedelbar vård på sjukhus. Men det kan också gälla sådana utomlänspatienter, som i undantagsfall intagits på sjukhus, därför att deras tillstånd enligt intyg, vilket utfärdats av läkare som svarat för intagningen, är i behov av omedelbar undersökning och/eller vård och att av den anledningen någon hänvisning till hemlandstingets sjukhus inte kunnat ske. Vidare gäller som tidigare påpekats avtalet ifråga om sådan specialistvård, som inte kan meddelas inom utomlänspatientens hemlandsting. Likaså bör avtalet vara tillämpligt t. ex. om ett allvarligt trafikolycksfall inträffat inom sjukvårdsområde, där patienten har sin hemort, men närmaste lasarett, där erforderlig nödvändig vård kan meddelas, ligger i angränsande sjukvårdsområde. I anslutning till avtalets bestämmelser har för övrigt en relativt omfattande praxis utbildats.

Beträffande öppen vård gäller avtalet endast utomlänspatienter, som remitterats för specialistvård av läkare. Det skall då vara fråga om remiss

från överläkare vid lasarett eller centraldispensärläkare vid fristående centraldispensär. Dessutom gäller avtalet i öppen vård, då utomlänspatienter söker för vård för icke-akut sjukdom, i fall då enligt läkares bedömande det är medicinskt olämpligt att uppskjuta en nödvändig behandling, till dess den vårdbehövande kan uppsöka hemortens offentliga sjukvårdsinrättning. Härmed avses företrädesvis studerande vid universitet, högskolor och andra eftergymnasiala utbildningsanstalter men syftar även på sådana personer, som under längre tid vistas på främmande ort för fullgörande av arbetsuppdrag. Det talas också om att utomlänsavtalets ändamål är att bereda vederbörande hemlandsting möjlighet att på ett enkelt och rationellt sätt lindra kostnaderna vid vård vid främmande sjukhus för vissa patienter, mot vilka hemlandstinget har vårdskyldighet och som eljest själva skulle komma att, direkt eller indirekt, drabbas av en avsevärt högre avgift för sådan vård.

Utomlänsavtalets betydelse för studerande vid de eftergymnasiala utbildningsanstalterna varierar från studieort till studieort, beroende bl. a. på hur många av de studerande, som är mantalsskrivna i den landstingskommun (eller motsvarande), i vilken studieorten är belägen. Detta beror givetvis i sin tur på i vilken utsträckning studieorten kan erbjuda olika möjligheter till utbildning. I enlighet härmed borde utomlänsavtalet ha mycket stor betydelse exempelvis i Uppsala, där – som framgår av tabell 3.1 – 71,5 % av studerandena är mantalsskrivna i annan landstingskommun än Uppsala läns. I Stockholm är den eftergymnasiala utbildningen differentierad i ännu högre grad. Likväl var år 1971 endast 21,8 % av studerandena där mantalsskrivna utanför Stockholms läns landstingskommun. Orsaken till denna skillnad torde främst ligga i att befolkningsunderlaget i Stockholms läns landsting är mycket större än i övriga motsvarande landstingskommuner. För stockholmsstudenternas del torde därför utomlänsavtalet kunna sägas ha förhållandevis mindre betydelse. Detta gäller också sådana kårorter som Karlstad och Växjö, inom vilka orter man dels har blott ett fåtal utbildningslinjer att välja mellan, dels har ett litet eget befolkningsunderlag. Räknar man med – i enlighet med vad som anges i tabell 3.1 – att det finns ungefär 140 000 eftergymnasiala studeranden i Sverige, som åtnjuter den statsbidragsberättigade studerandehälsovården och att cirka 45 % av dem är att betrakta som potentiella utomlänspatienter i förhållande till den landstingskommun eller kommun utanför landsting, i vilken vederbörande läroanstalter är belägna, skulle alltså ungefär 65 000 studerande vara beroende av utomlänsavtalet.

I ett meddelande från utskottet för utomlänsvård angående 1970 års utomlänsavtal och vissa avgiftsbestämmelser m. m. (Meddelande nr. 1; Januari 1971) sägs beträffande avtalets tillämpning vid sluten vård av studerande m. fl. för icke-akut sjukdom:

"I samband med en statlig utredning angående vissa studiesociala stödåtgärder till studerande vid postgymnasiala utbildningsanstalter begärde den expertgrupp, som utredde denna fråga, hos utskottet för utomlänsvård, att studerande vid behov av icke-akut sjukhusvård även skall få dylik vård på studieorten – liksom akutvård – enligt utomlänsav-

talets bestämmelser. Det skulle främst avse studerande, som även under sjukhusvistelse kan helt eller delvis följa sina studier, vilka härigenom avsevärt underlättas.

Utskottet för utomlänsvård har rekommenderat sjukvårdshuvudmännen att under vissa förutsättningar tillmötesgå framställningen. Rekommendationen har godkänts av samtliga huvudmän i huvudsak enligt av utskottet föreslagna riktlinjer. Med anledning härav har utskottet utfärdat följande bestämmelser.

Då studieortens sjukhus i fall, som här avses, ej enligt sjukvårdslagen är vårdskyldigt, ankommer det först på sjukhuset efter av dess huvudman eventuellt utfärdade anvisningar att pröva, huruvida dylik patient kan beredas vård med hänsyn till platstillgång och angelägenhetsgraden av att från väntelistor intaga på sjukhuset vårdberättigade patienter.

Om vårdplats efter denna prövning kan upplåtas, skall sjukhuset före intagningen inhämta hemlandstingets godkännande. Ett bifall från hemlandstingets sida innebär betalningsskyldighet för hemlandstinget enligt utomlänsavtalets ersättningsbestämmelser.

Vad här sagts om studerande må, om särskilda skäl föreligger, jämväl kunna tillämpas på studerandes maka och barn.

Framställningen avser företrädesvis studerande vid universitet och högskolor, men bör bestämmelserna enligt utskottet även tillämpas för studerande vid andra utbildningsanstalter, yrkesskolor och dylikt, därest analoga skäl föreligger. Likaså kan det ifrågakomma att på främmande orter för exempelvis arbetsuppdrag under längre tid vistande personer i vissa fall kan ha väl så tungt vägande skäl att få vård, varom här är fråga, efter samma normer."

Av det föregående framgår, att "utomlänsstuderande" i enlighet med 3 § sjukvårdslagen äger rätt till akut öppen och sluten sjukvård, på vilka vårdformer utomlänsavtalet mer eller mindre utan vidare är tillämpligt, men avtalet gäller också i vissa fall icke-akut öppen och sluten sjukvård.

Under 1970 var situationen för *göteborgsstudenternas* del *i fråga om tillämpningen av utomlänsavtalet* möjligen något mindre gynnsam än för övriga studerande i landet. I skilda skrivelser till socialstyrelsen under våren 1970 hade göteborgsstudenterna och SFS meddelat, att studerande i Göteborg fram till slutet av mars 1970 – oavsett landstingstillhörighet – hade kunnat gå direkt till göteborgssjukhusens öppna läkarmottagningar för erhållande av vård. Sedan hade den förändringen inträtt, att studerande skrivna utanför Göteborg inte kunnat påräkna öppen sjukvård vid "stadens" sjukhus annat än efter remiss från studerandehälsovårdsläkare. Detta uttalande visade sig senare så till vida felaktigt som att sjukvårdsstyrelsen faktiskt krävde remiss från läkare anställd hos vederbörande studerandes hemlandsting. Studerandena i Göteborg liksom SFS ansåg det rimligt, att alla eftergymnasiala studeranden i Göteborg utan hänsyn till om de i det enskilda fallet hade sin bosättningsort i Göteborgs sjukvårdsområde eller annorstädes skulle få tillgång till sjukvård i Göteborg på samma villkor. Enkannerligen rörde frågan enbart icke-akut öppen sjukvård. Det hemställdes i skrivelsen, att socialstyrelsen i egenskap av tillsynsmyndighet för studerandehälsovården skulle vidta åtgärder för att få en sådan rättighet garanterad.

I därpå följande skriftväxling med Göteborgs sjukvårdsstyrelse och vid sammanträde med parterna hos socialstyrelsen, hävdade sjukvårdsstyrel-

sen, att de som inte är bosatta på studieorten inte har någon formell rätt enligt sjukvårdslagen att där erhålla sjukvård, såvida det inte var fråga om akut vård. För icke-akut vård krävdes remiss från läkare hos vederbörandes hemlandsting, bl. a. med tanke på hemlandstingets betalningsansvar, som på så sätt skulle bli fixerat. Vidare framhöll sjukvårdsstyrelsen, att dåvarande utomlänsavtal icke reglerade öppenvårdsfrågor och att man föreslagit, att hemlandstingen skulle påta sig betalningsansvar för sådan sjukvård, som meddelades "deras" studerande på studieorten. Landstingen hade emellertid vid förhandlingar avböjt att i utomlänsavtalet införa generella regler om betalningsansvar för öppen sjukvård till studerande på studieorten. Det hävdades också, att de studerande hade sin egen sjukvårdsorganisation, till vilken de i första hand borde vända sig, liksom att de i andra hand kunde söka vård i sitt hemlandsting för sådana åkommor som föll under beteckningen icke-akut öppen vård. Det ansågs också, att ett engagemang för de studerande dels skulle ställa sig alltför dyrbart, dels – och kanske främst – hindra vårdsökande från det egna sjukvårdsområdet att utan onödigt dröjsmål komma i åtnjutande av sådan vård.

Förhandlingarna gav icke något för de studerande omedelbart positivt resultat. Däremot utarbetades genom utomlänsutskottets försorg det komplement rörande icke-akut öppen sjukvård, som införts i gällande utomlänsavtal och som i det föregående berörts. Genom avtalets nuvarande innehåll kan de utomlänsstuderandes intressen i förevarande sammanhang sägas ha blivit väl tillgodosedda.

Särskilda problem har enligt vad som uppgivits av kårortsnämnden i Lund senare även uppstått på denna ort i anledning av att studerandena där – oavsett mantalsskrivningsort – mottas inom den offentliga öppna vården endast efter hänvisning av personal inom studerandehälsovården.

Landstingsförbundets styrelse har vid sammanträde 1974-08-28 beslutat rekommendera sjukvårdshuvudmännen att godkänna ett förslag till nytt utomlänsavtal för åren 1975 och 1976. I avseende på de studerandes tillgång på icke-akut öppen vård innebär detta förslag en förbättring i förhållande till nu gällande utomlänsavtal. Enligt avtalsförslagets § 12 punkt 2 skall öppen icke-akut sjukvård meddelas "för studeranden vid utbildningsanstalter liksom för personer som under längre tid för arbetsuppdrag vistats utanför landstinget samt, i den mån förefintlig mottagningskapacitet så medger, för andra utanför hemlandstinget vistande personer." I en kommentar till citerade avsnitt heter det bl. a. att "Vid vård enligt punkt 2 avses företrädesvis studeranden vid universitet, högskolor, yrkesskolor m. m. och personer på arbetsuppdrag utanför hemlandstinget."

Avtalsförslaget är under hösten 1974 föremål för behandling av sjukvårdshuvudmännen. Enligt landstingsförbundets landstingsekonomiska avdelning har representanter för Göteborgs kommun anmält, att man inte kunnat biträda avtalsförslaget i alla delar (cirkulär AC 43/74). Härigenom skulle kommunen komma att stå helt utanför avtalsuppgörelsen.

3.5 Studerandena och studerandehälsovårdens utveckling

Studerandenas krav på kraftigt uppjusterade statsbidrag växte sig under åren efter 1967 allt starkare och utmynnade så småningom i förslag om en ny utredning av studerandehälsovårdens förutsättningar och organisation. Den osäkerhet i fråga om möjligheterna att bedriva verksamheten i enlighet med den uppställda målsättningen, som rådde inom studerandeorganisationerna, återspeglades också i en av studentkårerna i Karlstad, Umeå och Uppsala till Kungl. Maj:t ingiven skrivelse 1971-02-16 med förslag till överförande av huvudmannaskapet för studerandehälsovården från kårortsnämnderna till vederbörande landsting. Som skäl till framställningen åberopades främst de ogynnsamma ekonomiska villkoren för verksamheten men även svårigheterna att i dåvarande läge dra en klar gränslinje mellan studerandehälsovården och den allmänna sjukvården. En skrivelse med likartat innehåll ingavs 1971-06-30 till Kungl. Maj:t av studentkårerna i Växjö och Örebro.

SFS hemställde i en till Kungl. Maj:t ställd skrivelse 1972-01-21, att Kungl. Maj:t skulle mot bakgrund av i skrivelsen anförda skäl, tillsätta en utredning med uppdrag att utreda den framtida studerandehälsovårdens inriktning, organisation och finansiering. I sammanhanget erinrades bl. a. om de speciella problem, som studerande inom mindre kårorter utgjorde. Vissa eftergymnasiala läroanstalter hade på grund av ett alltför ringa antal studerande måst ställas utanför studerandehälsovårdsorganisationen. Genom den successiva utbyggnaden och decentraliseringen av den eftergymnasiala utbildningen hade de små läroanstalternas inlemmande i studerandehälsovårdssystemet fått en helt annan dimension än tidigare, varför detta spörsmål enligt SFS:s mening borde närmare penetreras.

Socialstyrelsen tillstyrkte i skrivelse 1972-04-20 till Kungl. Maj:t framställningarna om en ny utredning rörande studerandehälsovården. Kungl. Maj:ts beslut om tillkallande av en sakkunnig för utförande av föreliggande utredning om studerandehälsovården får ses mot denna bakgrund.

SFS antog vid fullmäktigesammanträde i maj 1974 ett studerandehälsovårdsprogram (SFS; Hälsovårdsprogram, Dnr S 45 – 16/74). SFS anser enligt detta program, att företagshälsovård skall finnas vid de eftergymnasiala utbildningsanstalterna och omfatta alla där verksamma, dvs. såväl studerande som anställda.

Dimensioneringen av läkare och andra personalresurser i studerandehälsovården, bör enligt programmet i princip ske enligt samma normer som för den privata företagshälsovården. Studerandehälsovården föreslås av SFS i princip omfatta en läkar-, en kurators-, en sköterske- och en administrativ tjänst per 2 000 anställda/studerande.

Organisationens utbyggnad bör enligt SFS gynna den verksamhet, som syftar till förebyggande av fysisk och psykisk ohälsa. Den nuvarande sjukvårdande verksamheten förutsätts dock enligt SFS:s mening böra bibehållas på minst nuvarande nivå. Vidare ser SFS motionsverksamheten som en del av den förebyggande hälsovården.

Staten förutsätts enligt programmet bekosta den studerandehälsovår-

dande verksamheten, som lokalt bör handhas av en särskild nämnd med avnämarmajoritet. En förutsättning för eventuella ekonomiska insatser från avnämargruppens sida är enligt SFS att de får ett direkt inflytande över verksamheten.

SFS presenterar i sitt program en ekonomisk kalkyl för den föreslagna verksamheten. Vid ett studerandeantal på 140 000 beräknas kostnaderna komma att uppgå och fördelas enligt följande.

	Milj. kr.
70 läkare à 112 000 kr.	7,84
70 kuratorer à 45 180 kr.	3,16
70 sköterskor à 37 000 kr.	2,59
70 administrativa tjänster à 31 000 kr.	2,17
Sociala avgifter	3,60
Lokalkostnader	3,80
Sjukvårdsmaterial	1,00
Administration	3,80
Totala bruttokostnader ca	28,00
Avgår försäkringskasseåterbäring	– 3,50
Totala nettokostnader	24,50

De årliga nettokostnaderna (1974) för den av SFS föreslagna studerandehälsovården beräknas således av SFS uppgå till 24,5 milj. kr. vid 140 000 studerande. Detta motsvarar 175 kr. per studerande och år.

I skrivelse till statsrådet och chefen för utbildningsdepartementet 1974-05-08 framförde SFS vissa synpunkter i anledning av studerandehälsovårdsutredningens direktiv (SFS Dnr S 46-5/74). SFS anförde därvid bl. a. följande:

"Det vore av största värde att få utarbetat ett förslag rörande studerandehälsovården, där såväl organisation som ambitionsnivå anpassats till det av utredningen estimerade behovet av denna verksamhet. Det förefaller SFS osannolikt, att utredningens nuvarande direktiv ger utrymme för sådana förslag. Exempelvis skulle ett förslag till studerandehälsovård i enlighet med allmänt accepterade principer för företagshälsovård knappast rymmas inom direktivens ram".

SFS hemställde vidare, att utredningen rörande studerandehälsovården skulle få i uppdrag att, utöver ett förslag inom nuvarande direktiv, också utarbeta ett alternativ, som ej omfattades "av de nuvarande direktivens restriktioner avseende statens engagemang på kostnadssidan".

SFS:s skrivelse överlämnades 1974-05-31 till den sakkunnige för handläggning (Utbildningsdepartementet Dnr 1698/74).

4 Den allmänna hälso- och sjukvården m. m.

4.1 Inledning

Med tanke på studerandehälsovårdens nuvarande huvudinriktning – att förebygga uppkomsten av sjukdomar och insufficienstillstånd, särskilt sådana som betingas av de studerandes miljö- och arbetsförhållanden – är det naturligt, att man från statens sida förklarat, att studerandehälsovårdsmottagningarna bör ha tillgång till resurser för i första hand vård av psykiska och psykosomatiska sjukdomar samt lättare psykiska störningar. Även om avsikten är, att studerandena vid inträffade akuta och icke-akuta fall av somatiska sjukdomar skall repliera på studieortens allmänna sjukvård, har det varit ofrånkomligt – bl. a. med hänsyn till svårigheterna att nå läkare inom denna sjukvård som följd av läkarbristen – att man inom studerandehälsovården i praktiken meddelat behandling även för sådana sjukdomar. Detta förhållande har socialstyrelsen accepterat i sina råd och anvisningar rörande studerandehälsovården, dock med den reservationen, att det härvid skall vara fråga om enkla sjukdomar, som inträffar i en för studierna kritisk period (t. ex. vid ett tentamenstillfälle) och att den somatiska sjukvården icke får inverka menligt på möjligheterna att bedriva en effektiv förebyggande vård. I andra fall, då fråga är om sjukdomstillstånd utan uppenbart samband med studier eller miljö, förutsätts studerandena bli hänvisade till den offentliga sjukvårdens resurser på studieorten.

Mot denna bakgrund men även med hänsyn till frågan hur hälso- och sjukvården framdeles skall vara ordnad för studerandena är det av betydelse att här i stora drag redogöra för den allmänna hälso- och sjukvårdens nuvarande organisation och planerade utveckling. Därvid är av särskild vikt att bedöma, i vilken mån förutsättningarna kan komma att ändras för de studerande, då det gäller tillgång till bl. a. läkarservice inom den allmänna hälso- och sjukvården.

Utredningen lämnar i avsnitt 4.2 en redogörelse för den offentliga hälso- och sjukvårdens organisation och framtida utveckling. Den privata företagshälsovården behandlas i avsnitt 4.3 och privatläkarverksamheten i avsnitt 4.4. I anledning av att den nuvarande studerandehälsovården har ett starkt medicinskt inslag, redogör utredningen för de av riksdagen fastställda nya reglerna om ersättning vid privatläkarvård, som träder i kraft fr. o. m. 1975-01-01 (4.5). Studerandens möjligheter att erhålla

tandvård påverkas av utbyggnaden av folktandvården och den allmänna tandvårdsförsäkringen, vilka presenteras i avsnitt 4.6. Slutligen lämnar utredningen en beskrivning av skolhälsovårdens och militärsjukvårdens utformning (4.7 respektive 4.8).

4.2 Den offentliga hälso- och sjukvården och dess framtida utveckling

Den hälso- och sjukvårdande verksamheten i vårt land har under de senaste decennierna utvecklats mycket snabbt och har därvid genomgått en omfattande utbyggnad och omstrukturering. Detta hänger samman med en mängd olika faktorer, såsom ökade vetenskapliga, medicinsktekniska, personella och ekonomiska insatser från samhällets sida på detta område. Genom en väsentlig utbyggnad och förbättring av hälso- och sjukvårdens resurser har förutsättningarna att lindra och bota sjukdomar i hög grad ökats. Samtidigt har efterfrågan på hälso- och sjukvård stigit som följd av höjd levnadsstandard, förbättrad folkbildning, pågående urbanisering, införande av socialpolitiska stödåtgärder, förbättrade kommunikationer m. m. Det har bl. a. blivit möjligt för människor som tidigare inte haft råd därtill att söka sjukvård. För den ökade efterfrågan spelar också den ändrade befolkningsstrukturen med en markant ökning av antalet äldre personer en betydande roll.

För den offentliga hälso- och sjukvården svarar till övervägande del landstingen, vars funktioner dock i Göteborg, Malmö och på Gotland övertagits av respektive primärkommun. Vid sidan härav svarar staten för viss sjukhusverksamhet (två undervisningssjukhus samt några psykiatriska vårdinrättningar).

Mellan landstingen har – utöver det samarbete som utvecklats i form av de s. k. utomlänsavtalen och för vilka tidigare redogjorts – en samverkan etablerats med avseende på vissa verksamhetsgrenar, som kräver så stort upptagningsområde, att de vanliga landstingsområdena (motsvarande) är för små att uppbära kliniker härför. Mot den bakgrunden är Sverige indelat i sju sjukvårdsregioner för sådan specialiserad sjukhusvård. Inom varje region är därvid de mest kvalificerade tekniska och personella sjukvårdsresurserna koncentrerade till s. k. *regionsjukhus,* vid vilka sjukvården är synnerligen rikt differentierad (omfattande minst ett 30-tal medicinska specialiteter). Regionsjukhusen är med ett undantag (Örebro) samtidigt sjukhus för läkarutbildning och forskning (undervisningssjukhus).

Inom varje landstingsområde finns för såväl den somatiska som psykiatriska akutsjukvården minst ett lasarett med ett större antal kliniker för olika specialiteter (vanligtvis över 20). Sådana sjukhus brukar benämnas *centrallasarett.* De flesta sjukhusen inom landstingsområdena tillhör emellertid typen *normallasarett,* vilka omfattar åtminstone specialiteterna allmän internmedicin, allmän kirurgi, röntgendiagnostik och anestesiologi. Härutöver finns s. k. *odelade lasarett* (sjukhus utan någon särskild medicinsk specialitet), vilka dock med den tilltagande centralise-

ringen och differentieringen av vårdutbudet minskat i antal. Numera kvarstår endast några enstaka sådana lasarett. Härtill kommer vissa specialsjukhus (t. ex. sjukhus för psykiatrisk vård och barnsjukhus).

För långtidssjukvården finns särskilda kliniker i anslutning till ovannämnda lasarett och härutöver *sjukhem* av olika typer för långtidssjukvård. En stark utbyggnad av långtidsvårdsresurserna pågår. Även privata långtidssjukhem står till förfogande.

För *vård av psykiskt utvecklingsstörda* disponeras en rad institutioner, såsom specialsjukhus, vårdhem, inackorderingshem etc.

Sjukvårdsresurserna har sålunda relativt starkt koncentrerats till sjukhusanläggningar för sluten vård. Vid sjukhusen erbjuds också öppen sjukvård. Enligt riksförsäkringsverkets statistik svarar sjukhusens öppna vård för ca 50 % av det totala antalet besök hos läkare i öppen vård, som för närvarande uppgår till ca 21 milj. Sjukhusens utbud av hälsovårdande aktiviteter är däremot av relativt ringa omfattning.

För täckande av behovet i övrigt av hälso- och sjukvård i offentlig regi finns en organisation för öppen vård utanför sjukhus, som utvecklats ur provinsialläkarväsendet med rötter från slutet av 1600-talet. För den öppna vården är landet indelat i *läkardistrikt* (tidigare provinsialläkardistrikt). Så sent som i mitten av 1960-talet var distrikten relativt små och betjänades regelmässigt av endast en provinsialläkare. Läkarvården i distrikten var allmänmedicinskt inriktad. Provinsialläkaren hade emellertid också som regel hand om viss hälsovård på landsbygden, såsom mödra- och barnhälsovård. Han kunde vidare vara skolläkare och läkare vid ålderdomshem och barnhem m. m. Dessutom hade han vissa s. k. tjänsteläkaruppgifter, t. ex. att vaka över omgivnings- och livsmedelshygien samt att handha vissa uppgifter enligt smittskyddslagstiftningen.

Antalet verksamma läkare inom den offentliga distriktsvården uppgår för närvarande till ca 1 250. Fortfarande råder dock inom denna disciplin brist på läkare. Hösten 1973 var ca 230 distriktsläkartjänster vakanta utan vikarie. Detta motsvarar ca 16 % av läkartjänsterna inom den öppna vården. Motsvarande siffror för hela den offentliga vården var ca 1 130 (ca 12,5 %). Distriktsvården, som även innefattar viss specialiserad vård, svarar enligt Rfv:s statistik för ca 25 % av totala antalet besök hos läkare i öppen vård. För resterande antal besök – 25 %, när även besök vid sjukhusens öppna mottagningar borträknats – svarar de privatpraktiserande läkarna. Dessa motsvarar för närvarande antalmässigt ca 1 000 heltidsarbetande läkare.

Den nuvarande läkarbristen påverkar framför allt förhållandena inom den öppna vården. Det föreligger på många ställen svårigheter att snabbt nå läkare för lättare åkommor. Väntetiderna till offentliga vårdcentraler och läkarstationer kan på vissa ställen uppgå till flera veckor eller t. o. m. månader. Inom vissa specialiteter, t. ex. ögonsjukvård, kan väntetiderna vara betydligt längre. Vid akuta liksom vid svårare sjukdomstillstånd får man dock på alla ställen omedelbar läkarkontakt oavsett patientens hemortstillhörighet.

Utvecklingen inom den offentliga hälso- och sjukvården har intill senaste tid karakteriserats av en kraftig utbyggnad av den slutna vården

medan den öppna vården utanför sjukhus rustats upp i mer begränsad omfattning. Vårt land har i jämförelse med andra länder en mycket hög täthet av vårdplatser såväl totalt som för akut sjukvård (ca 17 vårdplatser totalt och ca 6,0 för akut vård per 1 000 invånare mot 7–11 respektive 3–4 i jämförbara västländer). Till skillnad häremot är andelen besök hos läkare i öppen vård lägre i Sverige än i de andra länderna (ca 2,6 besök per invånare och år mot över 5,0 i t. ex. Storbritannien, Canada och USA).

Med hänsyn till de kraftigt stegrade investerings- och driftskostnaderna för den slutna vården samt med tanke på såväl den medicinskt-tekniska utvecklingen som sjukvårdens totala omfattning började behovet av en annorlunda sjukvårdsstruktur bli aktuell under senare delen av 1960-talet. Detta har lett fram till ett sjukvårdspolitiskt ställningstagande från både stat och landsting, som går ut på en kraftig utbyggnad av den öppna vården. Vid den fördelning av resurser, t. ex. av investeringsmedel och läkare, som nu sker till olika sjukvårdsområden, prioriteras den öppna vården utanför sjukhus mycket starkt tillsammans med långtidssjukvården och den psykiatriska sjukvården. Samtidigt finns en klar strävan att minska antalet vårdplatser för akut sjukvård.

Enligt ett av socialstyrelsen avgivet *principprogram för öppen vård* (socialstyrelsen redovisar 1968:3 och 1969:8) bör den mindre kostnadskrävande öppna vården utanför sjukhus byggas ut så att den omfattar ett nät av tekniskt och personellt välutrustade öppenvårdsenheter för såväl allmän- som specialistsjukvård. Härigenom bör det bli möjligt att till dessa enheter i betydande utsträckning överföra delar av den diagnostik och terapi, som bundits vid sjukhusen. Samtidigt som man genom dessa åtgärder bör kunna avlasta den slutna vården en del av dess arbetsbörda, bör, anser socialstyrelsen, goda förutsättningar kunna skapas för en tillfredsställande medicinsk närhetsservice. I principprogrammet betonas också vikten av ett nära samarbete mellan hälso- och sjukvårdens samt socialvårdens organ inte minst på det lokala planet.

Socialstyrelsens principprogram har senare konkretiserats i Spris rapport 14/72 om den öppna vårdens organisation. Till grund för denna låg även vissa tidigare i Spris rapport 14/71 angivna riktlinjer om bl. a. hälso- och sjukvårdens strukturering på olika vårdnivåer, vilka konstitueras av deras resursuppsättning och beredskapsgrad m. m. Av de föreslagna vårdnivåerna avsåg en, nämligen nivå 1, öppen vård utanför sjukhus och benämndes primärvård. Som huvudprincip för sjukvården borde enligt rapporten 14/71 gälla, att varje patient skall erhålla behandling på den vårdnivå, som svarade mot de resursanspråk vederbörandes tillstånd kräver under varje fas av vårdperioden. Kravet på förstärkning av primärvården får ses bl. a. mot bakgrund av denna princip.

De förändringar i sjukvårdslagstiftningen, som ägt rum under senare år, har bl. a. haft som inriktning att underlätta möjligheterna av en upprustning av den öppna vården. I samband med att den nya distriktsorganisationen infördes fr. o. m. 1973-01-01 underströks i den bakomliggande propositionen 1972:104, att denna åtgärd avsåg en förstärkning av allmänläkarvården och en decentralisering av specialistvården, så att

denna i viss utsträckning även skulle bli tillgänglig i distrikten. Härigenom möjliggjordes även en bättre närhetsservice inom den öppna hälso- och sjukvården.

För att ge ett underlag för bl. a. den långsiktiga planeringen inom hälso- och sjukvården redovisade socialstyrelsen under hösten 1973 ett inom styrelsen utarbetat förslag till *principprogram för den totala vårdstrukturen* i rapporten "Hälso- och sjukvård för 80-talet" (socialstyrelsen 1973). Huvudsyftet med det framlagda utredningsmaterialet var att klara ut hur hälso- och sjukvårdsresurserna skall struktureras och lokaliseras. Väsentliga komponenter i detta program utgörs av diskussioner om patienternas behov av närhet till och kontinuitet och säkerhet i de medicinska omsorgerna.

Närhetsbehovet framstår som väsentligt, då det gäller att få hjälp med akuta infektioner, lätta olycksfallsskador, psykiska kriser och långvariga sjukdomar. Härtill kommer behovet av närhet till sociala omsorgsresurser i anslutning till sjukdomar och störningar, som för med sig "sociala konsekvenser".

Behovet av kontinuitet i vård och omsorg är särskilt framträdande för barn och barnens familjer, i första hand mödrarna samt för åldringarna. Denna kontinuitet avser icke blott nyssnämnda sjukdomstillstånd utan även kontinuitet vid ett och samma vårdtillfälle.

Behovet av säkerhet har att göra med kvaliteten i den medicinska omsorgen. Medborgarna måste uppleva tryggheten av att alla deras problem får en kvalitativt tillfredsställande behandling.

För att tillgodose närhets-, kontinuitets- och säkerhetskraven föreslås primärvården, dvs. hälso- och sjukvården utanför sjukhusen, få tillgång till allmänläkare, som samverkar i vårdcentraler med i första hand barnläkare, gynekologer och psykiater samt med en differentierad grupp anställda med annan utbildning. I primärsjukvården ingår också hemsjukvårdare och större delen av sjukhemmen för långtidssjuka.

Bedömningar har gjorts att primärvårdens personal bör klara av mellan 70 och 85 % av de problem, som för patienten till vårdorganisationen.

Det förutsätts i rapporten, att primärvården skall få stöd från övriga sjukvårdsresurser inom landstingsområdet – *länssjukvården.* För de akuta vårdsängskrävande tillstånden, såsom infarkt, hjärnblödning, olycksfallsskador och akuta bukfall, erfordras ett i förhållande till befolkningen närbeläget relativt lågt differentierat sjukhus med främst medicinska och kirurgiska enheter. Detta sjukhus kallas i utredningsförslaget *länsdelssjukhus* (motsvarande nuvarande normallasarett). För komplicerade fall kan ytterligare stöd behövas främst då det gäller utredning och inriktning av behandlingar. För denna funktion bör rikt differentierade *länssjukhus* med ett tjugotal specialiteter svara. Dessa motsvarar nuvarande centrallasarett.

Regionsjukvården ansvarar för det fåtal patienter, som erbjuder speciellt svårbemästrade behandlingsproblem och som kräver samverkan mellan ett högt antal specialiserade läkare samt kanske också särskild utrustning, som är dyrbar eller svårskött. För närvarande pågår en utredning om regionsjukvårdens inriktning och omfattning.

Enligt socialstyrelsens strukturförslag skall primärvården åläggas ett primäransvar för invånarnas hälsa och ha skyldighet att se till att alla får erforderlig hälso- och sjukvård. Hälso- och sjukvård integreras helt. Hälsovården och preventiva insatser förväntas få en ökad uppmärksamhet i primärvårdsarbetet. Bl. a. förutsätts skolhälsovården och företagshälsovård ingå i dess uppgifter. Genom samordningen hälso- och sjukvård vinnes fördelar genom att kontakten patient–personal får ökad kontinuitet.

Patienternas problem inom primärvården har ofta ett inslag av sociala svårigheter. Många av de människor, som socialvårdsorganen kommer i kontakt med har å andra sidan medicinska problem. Det är därför uppenbart att primärvården måste ha en bred kontaktyta med socialvården. Behovet av samverkan mellan hälso- och sjukvård samt socialvård på primärvårdsnivå är mot den bakgrunden utomordentligt starkt.

En utgångspunkt för socialstyrelsens förslag om ansvarsfördelning mellan de olika vårdnivåerna är sålunda, att primärvården skall erhålla en betydande kvalitativ och kvantitativ upprustning. I principprogrammet räknas bl. a. med att en stor del av de snabbt växande läkarresurserna m. m. skall kanaliseras mot den öppna vården utanför sjukhus. I tabell 4.1 redovisas den förväntade utvecklingen i avseende på den totala tillgången på läkare och sjuksköterskor i landet fram till 1985.

Tillgången på yrkesverksamma sjuksköterskor förväntas komma att öka relativt sett snabbare som en följd av den ökade kvinnliga yrkesverksamhetsgraden.

År 1985 beräknas över 7 000 specialistkompetenta läkare samt härtill ett icke obetydligt antal läkare under vidareutbildning vara verksamma inom primärvården mot ca 2 500 för närvarande, varvid även inräknats privatpraktiserande läkare och företagsläkare. Detta beräknas möjliggöra en besöksfrekvens i primärvården av minst fyra besök per invånare och år, varav ca ett besök för hälsovårdande insatser av olika slag.

Samtidigt med förslaget till vårdstruktur redovisade socialstyrelsen en inom styrelsen verkställd expertutredning om *"Den psykiatriska vårdens målsättning och organisation"* (Socialstyrelsen 1973). En ökad samordning mellan psykiatrisk och social vård är därvid ett av de allmänna mål, som mest eftertryckligt poängteras i utredningen. Som andra allmänna mål anges bl. a. ökad inriktning åt förebyggande åtgärder, kontinuitet i vården, vårdens förankring i den lokala miljön samt ökad inriktning på familjeterapi.

Den kvantitativt största delen av vårdansvaret för psykiska problem och störningar kan enligt utredningen hänföras till den icke-specialiserade personalen i primärvården – distriktssköterskor, allmänläkare, social-

Tabell 4.1 Förväntad total tillgång på läkare och sjuksköterskor

Kategori	1970	1980	1985
Läkare	10 900	20 500	25 600
Sjuksköterskor	51 000	78 000	85 000

assistenter. Det specialiserade psykiatriska primärvårdsteamet, bestående av psykiater, psykolog, socialassistent och sjuksköterska förutsätts få ansvaret för öppen men även viss halvöppen vård av patienter med psykoser samt vissa neuroser och andra speciella problemgrupper. Ett allt viktigare inslag förutsätts också bli att ge handledning och konsultservice åt andra vårdområden.

Det psykiatriska arbetslagets olika medlemmar förutsätts utöva skilda expertfunktioner beroende på deras yrkestillhörighet. För att bli effektivt bör lagarbetet utformas så, att patientens primärkontakt kan bli vem som helst av arbetslagets medlemmar. Detta innebär ett stort mått av självständighet samtidigt som en maximal kommunikation och ett intensivt samråd i laget måste eftersträvas. Ledarskapet inom ett öppenvårdsteam förutsätts tillfalla den som är mest erfaren och kunnig, oavsett dennes yrkestillhörighet.

Socialstyrelsens vårdstrukturförslag liksom expertförslaget om den psykiatriska vårdens målsättning och organisation har under våren 1974 varit föremål för remissbehandling. Socialstyrelsen väntas under 1975 själv ta ställning till förslagen.

Den offentliga öppna hälso- och sjukvårdens växande inriktning åt hälsovårdande och förebyggande aktiviteter har redan fått ett klart uttryck i det beslut om ny *abortlagstiftning,* som togs av 1974 års riksdag (prop. 1974:70, SoU 1974:21, rskr 1974:268). I samband härmed beslöt riksdagen även att verksamheten med preventivmedelsrådgivning starkt skulle byggas ut liksom andra förebyggande åtgärder på detta område. För att få till stånd en utbyggnad av de förebyggande åtgärderna har införts en lagfäst rätt till ersättning från den allmänna försäkringen för dem som tillhandahåller preventivmedelsrådgivning, abortrådgivning m. m. Rådgivningen skall vara kostnadsfri för den enskilde och preventivmedel skall i viss omfattning tillhandahållas kostnadsfritt i samband med preventivmedelsrådgivningen. P-piller skall vidare omfattas av sjukförsäkringens läkemedelsrabattering, även då de föreskrivits i enbart födelsekontrollerande syfte.

I detta sammanhang må även erinras om att Kungl. Maj:t uppdragit åt socialstyrelsen att verkställa en *utredning om utvecklingen av hälsoundersökningar och annan förebyggande hälsovård* samt att därvid undersöka hur denna verksamhet kan samordnas och författningsmässigt och organisatoriskt inordnas i det system, som gäller för den av samhället bedrivna sjukvården (Kungl. brev 1969-05-29). I samband härmed skall socialstyrelsen i samråd med riksförsäkringsverket överväga avgränsningen av de sjukvårdsåtgärder, som ersätts från den allmänna försäkringen. Enligt vad som inhämtats från socialstyrelsen befinner sig denna utredning i sitt slutskede.

I de *sjukvårdsplaner,* som olika sjukvårdshuvudmän redovisat avseende hälso- och sjukvårdsutvecklingen inom sina respektive områden fram till i mitten av 1980-talet, har i stort beaktats ovan angivna riktlinjer för utbyggnaden av den öppna vården. Av särskilt intresse för studerandehälsovårdens del är emellertid därvid att notera, att de sjukvårdshuvudmän som svarar för sjukvården på universitetsorter (motsvarande) och

som hittills avgivit sjukvårdsplaner, vid sina bedömningar om befolkningsunderlaget för öppen vård på berörda orter inte i något fall tagit hänsyn till de studerande, som stadigvarande vistas på dessa orter utan att vara skrivna där. Samtliga inom vederbörande landsting skrivna studenter ingår givetvis i ifrågavarande befolkningsunderlag.

4.3 Företagshälsovård

Under det senaste decenniet har arbetsmiljöfrågor kommit att ägnas en starkt växande uppmärksamhet. En rad åtgärder har vidtagits för att förbättra arbetarskyddet och för att tillförsäkra de anställda ökat inflytande över dessa frågor på den egna arbetsplatsen. Skyddsombud finns sålunda numera på alla arbetsplatser med minst fem anställda. Deras lagfästa befogenheter har utvidgats. Yrkesinspektionen har förstärkts. Starkt ökade resurser har vidare ställts till förfogande för utbildning och forskning för att på olika sätt förbättra arbetsmiljön.

I linje härmed pågår nu en kraftig utbyggnad av företagshälsovården i vårt land. Den internationella arbetsorganisationen ILO antog 1959 en rekommendation beträffande företagshälsovården, vari bl. a. anfördes:

"Med uttrycket företagshälsovård avses i denna rekommendation en på eller i närheten av arbetsplatsen upprättad verksamhet, som har till syfte

a) att skydda arbetstagarna mot varje hälsorisk, för vilken de kunna bli utsatta till följd av sitt arbete eller de förhållanden, under vilka detta utföres;

b) att medverka till arbetstagarnas fysiska och psykiska anpassning, särskilt genom arbetets anpassning till arbetstagarna samt genom anvisning av arbetsuppgifter, för vilka de äro lämpade samt

c) att medverka till att för arbetstagarna skapa och vidmakthålla högsta möjliga grad av fysiskt och psykiskt välbefinnande".

Enligt företagshälsovårdsutredningen (SOU 1968:44) och i överensstämmelse med angiven rekommendation bör företagshälsovårdsverksamheten utövas av teknisk och medicinsk expertis i samverkan med företagens övriga funktioner och anpassas till behoven vid varje enskilt företag. Företagsläkaren skall ansvara för de arbetsmedicinska problemen samt därvid utöva förebyggande medicinsk hälsovård, rehabilitering och viss sjukvård ävensom medverka i arbetshygien och ergonomi. Sjukvården bör begränsas och huvudsakligen omfatta första hjälpen vid olycksfall och akuta insjuknanden, behandling av bagatellåkommor, skador och sjukdomar med nära relation till arbetet, sjukvård med anknytning till hälsoundersökningar, viss eftervård samt beredskap. I övrigt bör man för sjukvård söka repliera på samhällets vårdresurser.

Företagshälsovårdens organisation måste enligt företagshälsovårdsutredningen anpassas till förhållanden vid arbetsplatser av mycket skiftande typ. Hänsyn måste sålunda tas till arbetsplatsens storlek och produktionens art men också till förekomsten av yrkesrisker, personalens sammansättning, företagets belägenhet och närheten till andra företag samt till de lokala hälso- och sjukvårdande resurserna i samhället.

År 1967 träffades en överenskommelse mellan Svenska arbetsgivareföreningen och landsorganisationen om riktlinjer för företagshälsovården. Enligt parternas mening bör en princip vara, att kostnaderna skall bäras av arbetsgivaren. Kostnaderna skall vara inkalkylerade i produktionskalkylerna och avse säkerhet och hälsa för de anställda.

I propositionen 1971:23 preciserades vissa riktlinjer för företagshälsovården i enlighet med bl. a. företagshälsovårdsutredningens förslag. Därvid underströks bl. a. den nära samordning och samverkan mellan företagshälsovården samt samhällets hälso- och sjukvård, som måste komma till stånd för att nå bästa möjliga fördelning och utnyttjande av tillgängliga resurser. Föredragande statsrådet framhöll även, att den starka inriktning på öppen vård, som karakteriserat de senaste årens utveckling på sjukvårdsområdet i hela landet, underlättade möjligheterna till en sådan samordning. Vad sålunda anförts föranledde ingen riksdagens erinran (SoU 1971:11, rskr 1971:157).

I enlighet med vad som angivits i propositionen har senare en till arbetarskyddsstyrelsen knuten företagshälsovårdsdelegation tillsatts med uppgift att fortlöpande följa och främja utvecklingen av företagshälsovården i landet för att underlätta en samplanering mellan denna verksamhet och samhällets hälso- och sjukvård.

Företagshälsovårdsutredningen räknade i sitt betänkande med en genomsnittlig tjänstgöringstid för företagsläkare av två och för företagssköterskor av tre timmar per vecka och 100 anställda. Därvid avsågs såväl den förebyggande verksamheten som den i anslutning härtill utövade sjukvården. För skyddsingenjörer räknades med två veckotimmar per 100 anställda liksom även för andra tekniker med uppgifter inom företagshälsovården. Detta motsvarar en heltidsanställd läkare per ca 2 000 anställda. I företag med särskilda hälsorisker kan det emellertid finnas anledning, ansåg utredningen, att ha en företagsläkare per ca 1 500 anställda.

På grundval av dessa uppgifter och antaganden uppskattades nyrekryteringsbehovet för företagshälsovården till 1 300 läkare, 1 950 sjuksköterskor, 1 300 ingenjörer och 1 300 andra tekniker med uppgifter inom företagshälsovården.

En beräkning av personalbehovet med hänsyn till enbart företagshälsovårdens förebyggande verksamhet reducerade nyrekryteringsbehovet till 650 företagsläkare och 975 företagssköterskor.

I sitt betänkande "Företagshälsovårdens läkarresurser m. m." (socialdepartementets stencil 1970:4) uppskattade socialstyrelsen behovet av företagsläkartjänster under den närmaste framtiden till storleksordningen 700 heltidstjänster. För att tillgodose detta behov föreslog styrelsen, att då gällande läkarfördelningsprogram t. o. m. 1975 skulle utökas med 45 tjänster per år för läkare med särskild utbildning i företagshälsovård, dvs. sammanlagt 225 tjänster under perioden 1971–1975. Vidare räknade socialstyrelsen med ett totalt motsvarande läkartillskott för företagshälsovård inom ramen för den offentliga hälso- och sjukvårdens läkarresurser. Läkartillskottet för företagshälsovård, omräknat i heltidsverksamma läkare, skulle därmed under femårsperioden uppgå till omkring

450. Tillsammans med de redan då verksamma läkarna skulle företagshälsovården därmed förfoga över läkarresurser, som svarade mot ca 650 heltidstjänster.

I den ovan nämnda propositionen 1971:23 framlades ett program för ökad utbildning i företagshälsovård vid arbetsmedicinska institutet. Avsikten var att vid institutet årligen skulle utbildas bl. a. 45 läkare, 50 skyddsingenjörer och 60 sjuksköterskor i företagshälsovård.

Företagshälsovården är nu föremål för utbyggnad enligt angivna riktlinjer och på grundval av den tidigare omnämnda överenskommelsen mellan arbetsmarknadens parter. Tillsynsmyndighet för företagshälsovården är arbetarskyddsstyrelsen.

För närvarande (augusti 1973) beräknas ca 400 läkare vara sysselsatta inom företagshälsovård, varav ca 320 på heltid ("Företagshälsovårdens personalresurser: Läkarna" Arbetarskyddsstyrelsen 1974, sid. 8). Verksamheten kan därvid vara helt knuten till ett enskilt företag, vilket givetvis endast kan ske vid mycket stora företag, eller ske inom ramen för en företagshälsovårdscentral, som är gemensam för flera företag. Till sådana centraler kan även kommuner eller kommunala organ vara anslutna. Små företag och särskilt sådana på mindre orter förutsätts för sitt företagshälsovårdsbehov repliera på offentliga vårdcentraler. Vid pågående utbyggnader av sådana beaktas i viss utsträckning företagshälsovårdens intresse. Lokaler för företagshälsovårdscentraler planeras också i viss utsträckning i anslutning till eller inom befintliga eller planerade vårdcentraler.

I enlighet med företagshälsovårdsdelegationens beräkningar uppgår sjukvårdens andel inom företagshälsovårdsverksamheten till minst 50 % ("Företagshälsovårdens resurser: Läkarna", sid. 5). Kostnaderna för företagshälsovårdens medicinska del (läkare och sjuksköterskor) uppskattas för närvarande till ca 85 kr per arbetare och år, utöver ersättning för sjukvård från sjukförsäkringen. Kostnaderna för den tekniska delen beräknas härutöver till ca 50–60 kr per år.

Den ökade kapaciteten för utbildning av företagsläkare m. fl. samt den relativt vida ram för företagshälsovård, som socialdepartementets sjukvårdsdelegation anvisat i gällande läkarfördelningsprogram, ger underlag för en omfattande utbyggnad av företagshälsovården på sätt som redovisats i företagshälsovårdsutredningen och i proposition 1971:23.

I Spri-rapporten 14/72 om den öppna vårdens organisation framhålls, att för att underlätta den i bl. a. proposition 1971:23 förutsatta samplaneringen och samordningen av företagshälsovården med den offentliga hälso- och sjukvården kan regionala organ med företrädare för arbetsmarknadens parter, yrkesvägledare och sjukvårdshuvudmannen komma ifråga. Inom organ av detta slag kan överläggningar föras och överenskommelser träffas om utbyggnadstakt och verksamhetsformer. Under en uppbyggnadsperiod, då knapphet på utbildad arbetskraft råder, bör det vidare enligt Spri-rapporten vara angeläget att områden och företag med relativt hög grad av yrkesrisker prioriteras.

Socialstyrelsen har såsom tidigare nämnts räknat med ett betydande läkartillskott för företagshälsovård inom den offentliga hälso- och sjuk-

vården. Detta förutsätter givetvis, framhålls i Spri-rapporten, överenskommelser om sådan samverkan mellan sjukvårdshuvudmannen och berörda företag. Vidare förutsätts, att aktuella läkare m. fl. kan beredas tillfredsställande kompletteringsutbildning för uppgifter inom företagshälsovården.

I en av landstingsförbundets styrelse under våren 1974 utgiven rapport "Demokrati och förvaltning. Grunddrag i ett landstingspolitiskt handlingsprogram" framhålls, att för att garantera också de mindre och medelstora företagen en tillfredsställande företagshälsovård, är det naturligt att landstingskommunerna tar på sig ett direktansvar för utbyggnad av företagshälsovårdsresurserna i anknytning till utbyggnad av vårdcentraler över landet. En avgiftsfinansiering för detta åtagande synes mest naturlig. I rapporten framhålls också, att på sikt synes de anställdas rätt till företagshälsovård böra lagskyddas.

4.4 Privatläkarverksamhet

Privatläkarvård bedrivs väsentligen som öppen sjukvård. Det finns enbart några få enskilda slutna sjukvårdsinrättningar i privat regi för akut vård. Härutöver finns ett relativt stort antal små privata sjukhem för långtidssjukvård. Privatläkarvårdens andel av totalantalet besök hos läkare i öppen vård uppgår för närvarande till ca 25 %, vilket motsvarar drygt 5 milj. besök årligen. Privatläkarna tillgodoser sålunda en ganska betydande del av allmänhetens behov av öppen sjukvård. Studerandehälsovården – i den mån det är fråga om läkarvård – betraktas som privatverksamhet.

Det bör erinras om att huvuddelen av privatläkarverksamheten för närvarande är koncentrerad till de större samhällena i riket. Privatpraktiserande läkare finns huvudsakligen att tillgå i Stockholm, Göteborg och Malmö samt på en del andra större orter i landet, bl. a. universitetsorterna.

Privatläkarvård meddelas för närvarande dels av läkare, som kan betraktas som enbart privatpraktiker, dels av läkare som vid sidan av en tjänst i offentlig vård ägnar sig åt privat praktik. Ungefär 70 % av all privatläkarvård under år 1971 meddelades av sådana som enbart var verksamma som privatpraktiserande läkare. 10 % av privatläkarvården ombesörjdes av sjukhusläkare, 3 % av provinsial- och stadsdistriktsläkare (numera distriktsläkare). Resterande 17 % meddelades av läkare med annan anställning.

Av de ungefär 3 600 år 1971 privat verksamma läkarna ägnade ca 1 250 sig enbart åt privatpraktik. I stor utsträckning är det härvid fråga om läkare i högre åldrar. De läkare som jämte egen tjänst ägnar sig åt privat läkarverksamhet har en motsatt åldersfördelning. Över hälften av den är under 45 år. Den totala arbetstidsinsatsen av privatpraktiserande läkare beräknas för närvarande översiktligt motsvara ca 1 000 heltidsanställda läkare.

Privatläkarvården är i relativt högre grad specialiserad än den offentliga öppna vården utanför sjukhus. Detta är särskilt fallet i de s. k. läkar-

husen, som drivs i bolagsform av privatpraktiserande läkare. Denna öppenvårdsverksamhet kan ha en likartad utformning som den öppna vården vid en vårdcentral och utgör på detta sätt ett komplement till den offentliga verksamheten på detta område.

4.5 Nya ersättningsregler vid privatläkarvård

I avsnitt 2.6.3 har redogjorts för gällande regler för ersättning från försäkringskassor vid privatläkarvård. På grundval av förslag i proposition 1974:104 har 1974 års riksdag fastställt nya ersättningsregler inom sjukförsäkringen för den läkarvård som lämnas av privatpraktiserande läkare (SfU 1974:23, rskr 1974:260). Reformen innebär, att ett nytt ersättningssystem skapas, som ger patienten hos privatpraktiserande läkare ett ekonomiskt skydd, som är likartat med det som gäller i offentlig öppen vård (det s. k. 12-kronorssystemet).

Enligt det nya ersättningssystemet, som träder i kraft 1975-01-01 skall det finnas en fast arvodestaxa med enhetliga patientavgifter. Patientavgiften blir högst 20 kr hos de flesta privatpraktiserande läkare. Vissa läkare får möjlighet till förhöjd patientavgift på 25 eller 30 kr. För läkarhusen blir patientavgiften generellt 30 kr.

Tabell 4.2 Gruppindelning samt ersättningar från försäkringskassor vid privatläkarvård[a]

Grupp	Innehåll	Ersättning		
		enklare	normalt	svårare
1.	Enkel konsultation som ej sker per telefon eller för enkel undersökning och behandling av läkaren personligen eller under dennes överinseende (t. ex. kontroll av patienten i samband med injektion, omläggning och därmed jämförlig vård)	–	0	–
2.	Konsultation som påkallar behandling eller undersökning, som är mer omfattande eller tidsödande än till grupp 1 hänförlig åtgärd, men som ej är att hänföra till grupperna 1–6	8	15	23
3.	Konsultation hos läkare med specialistkompetens eller allmänläkarkompetens, då besöket ej är att hänföra till grupperna 4–6. Till gruppen får ej räknas sådana fall, då läkaren undersökt eller behandlat patienten under den senaste tolvmånadersperioden	18	28	42
4.	En eller flera särskilt krävande undersökningar eller behandlingar enligt särskild förteckning	40	56	77
5.	”	93	120	164
6.	”	153	196	261

[a] Meddelas vården vid läkares besök hos den sjuke höjs ovan angivna ersättningar med 20 kr per hembesök.

I det nya systemet betalar patienten sin avgift till läkaren. Resten av arvodet betalas ut direkt till läkaren av vederbörande försäkringskassa i form av läkarvårdsersättning. Arvodestaxan bygger på en gruppering av besöken med hänsyn till undersökningarnas eller åtgärdernas innehåll och omfattning. Taxan indelas i sex grupper (1–6). Besök, som hänförs till grupp 4–6, framgår av en särskild av riksförsäkringsverket fastställd förteckning. I grupperna 2–6 kan högre respektive lägre arvode än normalt utgå vid svårare respektive enklare fall än normalt inom gruppen. Normalarvodet skall användas i övervägande antalet fall (65 % av besöken). Detta bör även gälla med avseende på den enskilde läkaren.

Av tabell 4.2 framgår gruppindelningen samt återbäringens storlek.

I likhet med vad som gäller för den offentliga läkarvården omfattar patientavgiften också laboratorie- och röntgenundersökningar. Om läkaren remitterar patienten till den öppna vård, som bedrivs i samhällets regi, blir det första besöket där avgiftsfritt.

Enligt riksdagens beslut förutsätts, att privatpraktiserande läkare med minst 2 000 patientbesök årligen, allmänt ansluter sig till det nya försäkringssystemet. Även privatpraktiserande läkare med ett mindre antal patientbesök om året skall dock kunna ansluta sig till försäkringen.

I fråga om öppen privatläkarvård som meddelas av offentligt anställda läkare vid sidan av tjänsten, gäller vissa övergångsbestämmelser under den nya läkarvårdstaxans två första giltighetsperioder. Förutsättningen för anslutning i dessa fall är, att läkaren erbjuder sig att i motsvarande utsträckning tjänstgöra på s. k. särskild arbetstid hos den sjukvårdshuvudman han är anställd hos, men att huvudmannen avböjer detta. En sjukvårdshuvudman, som inte har möjlighet att acceptera erbjudanden om förlängd tjänstgöring, bör årligen ta upp denna fråga till förnyad prövning.

4.6 Tandvård

Tandvård meddelas genom *privatpraktiserande tandläkare* och genom *folktandvården.* På samma sätt som beträffande övrig hälso- och sjukvård förutsätts en stark utbyggnad ske av folktandvårdens resurser. Landstingen och de landstingsfria kommunerna är genom folktandvården ålagda ansvaret för all tandvård för barn och ungdomar i åldrarna till och med 19 år. Under en övergångstid har de dock inte skyldighet att erbjuda och organisera tandvård åt barn, som är fem år eller yngre, och åt ungdomar fr. o. m. 17 år. Det räknas vidare med att folktandvården i slutet av 1970-talet skall kunna svara för åtminstone 35 % av vuxentandvården.

Genom beslut av 1973 års riksdag på grundval av förslag i proposition 1973:45 har en allmän tandvårdsförsäkring införts fr. o. m. 1974-01-01 (SFS 1973:638, ändrad senast 1974:73). Försäkringen, som är inordnad i den allmänna sjukförsäkringen, omfattar alla försäkrade över 19 år, i ett inledningsskede också åldersgrupperna 17–19 år. Försäkringen omfattar alla former av tandvård såväl inom folktandvård och odontologisk

fakultet som hos privatpraktiserande tandläkare. I regel ersätter försäkringen hälften av beloppen i en taxa, som Kungl. Maj:t fastställt. För vissa förebyggande åtgärder utgår emellertid ersättning med 75 % av taxans belopp. För särskilt kostsamma behandlingar ersätter försäkringen 75 % av taxans belopp till den del detta under en behandlingsomgång överstiger 1 000 kr.

För att säkerställa att tandvårdsförsäkringen från början fungerar i full utsträckning har alla privatpraktiserande tandläkare automatiskt anslutits till försäkringen. Riksförsäkringsverket kan dock bevilja undantag när särskilda skäl finns.

4.7 Skolhälsovård

4.7.1 *Målsättning*

I skollagens § 1 (SFS 1962:319, 1970:1026) framhålls bl. a. om målsättningen för skolan att den har till uppgift att "i samarbete med hemmen främja elevernas utveckling till harmoniska människor och till dugliga ansvarskännande samhällsmedlemmar". Att hjälpa varje elev till en allsidig utveckling är sålunda riktpunkten i skolarbetet. För att kunna göra det behövs god kännedom om elevens situation i dess helhet och ett gott samarbete med hemmet.

Den elevvårdande verksamheten intar en central plats i skollagen och i läroplanerna. Den skall utföras i ett lagarbete. Ansvaret för verksamheten åvilar i första hand rektor och vederbörande lärare, men i arbetslaget ingår också skolläkare, skolsköterska, speciallärare samt i flertalet skolor skolpsykolog, skolkurator och SYO-konsulent/yrkesvalslärare. Skolhälsovården är således en integrerad del av skolans totala elevvård.

I fjärde kapitlet skolstadgan (SFS 1971:235) återfinns de grundläggande bestämmelserna om skolhälsovården. Sådan hälsovård skall anordnas för elever i grundskolan samt för elever i gymnasieskolan och i studieväg, som omfattar minst ett läsår. Ansvaret för skolhälsovården åvilar huvudmannen för vederbörande skola, dvs. för grundskolan och för flertalet gymnasiala linjer, primärkommunerna.

Skolhälsovårdens uppgift är att bevara och förbättra elevernas själsliga och kroppsliga hälsa och att verka för sunda levnadsvanor hos dem. Härvid skall de fysiska, psykiska och sociala faktorernas betydelse för hälsotillståndet beaktas. Skolhälsovårdens främsta mål är att förebygga sjukdom. Samtidigt skall givetvis sjukvård i viss utsträckning kunna meddelas inom verksamhetens ram.

Insatt i ett större sammanhang är skolhälsovården att betrakta som en fortsättning av den förebyggande vård, som genom samhällets försorg ges på mödravårdscentraler och barnavårdscentraler. Skolhälsovården utgör emellertid även – som ovan nämnts – en viktig del av skolans elevvård och skall därvid vara en hjälp för lärarna att få kännedom om elevernas fysiska och psykiska hälsa, så att de kan ta hänsyn till detta i sin undervisning.

Den medicinska personalen skall i samarbete med all annan personal i skolan bidra till att skapa en gynnsam arbetsmiljö. För verksamhetens huvudsakliga medicinska funktioner fordras tillgång på skolläkare och skolsköterskor samt lämpliga lokaler med adekvat medicinsk utrustning.

4.7.2 *Organisation*

Skolstyrelsen effektuerar kommunens skyldigheter för skolhälsovård liksom landstingets utbildningsnämnd för de skolor landstinget är huvudman för. Skolstyrelsen har därvid bl. a. att anställa läkare och sköterskor för skolhälsovården. Sedan 1973-01-01 kan nya tjänster för skolläkare med en arbetstid av 16 veckotimmar eller mer inte inrättas utan att socialstyrelsen först lämnat medgivande därtill.

De i skolhälsovården engagerade läkarna har i stor utsträckning denna uppgift som del i sin totala läkarverksamhet eller som bisyssla. Enligt en undersökning, utförd av 1974 års skolhälsovårdsutredning, var under våren 1974 825 läkare anställda inom skolhälsovården, varav 16 på heltid, 32 på halvtid (16–39 vt), och resten (777) arvodesanställda för någon eller några timmar i veckan.

Enligt samma undersökning var våren 1974 1 674 skolsköterskor anställda inom skolhälsovården, varar 747 på heltid, 520 på halvtid (16–39 vt) och de övriga (407) timanställda för någon eller några timmar. En större del av de timanställda och en mycket liten del av de halvtidsanställda skolsköterskorna utgörs av distriktssköterskor som respektive landsting ställer till skolstyrelsens förfogande. Dessa sjuksköterskor har därför uppgifter både inom distriktssjukvården och inom skolhälsovården, ett förhållande som självfallet gäller också för många skolläkare.

Som ovan genom den angivna målsättningen antytts kan skolhälsovården icke ses som en isolerad funktion. Den utgör en integrerad del av skolans elevvård, till vilken också insatser från hemmens och föräldrarnas sida måste medräknas. I överensstämmelse med denna helhetssyn är skolöverstyrelsen (SÖ) f. n. tillsynsmyndighet för skolhälsovården.

4.7.3 *Verksamhet*

På varje heltidsanställd skolsköterska skall enligt skolstadgan ankomma högst 1 500 elever i grundskolan och högst 1 000–1 200 elever i gymnasieskolan. Enligt SÖ:s målsättning bör läkartiden per 1 000 elever uppgå till 5 timmar per vecka, vilket ger en genomsnittstid av 12 minuter per elev och år.

Ett genomgående moment i verksamheten är de regelbundet återkommande, för alla elever obligatoriska läkarundersökningarna, innefattande bl. a. mätning av längd och vikt, syn och hörselprövning samt kontroll av ryggar och leder. I samband härmed kan i förekommande fall föranstaltas om särskilda åtgärder, t. ex. remiss av skolelev för kompletterande undersökning m. m. I enlighet med SÖ:s anvisningar sker årskursundersökningar i grundskolans årskurser 1, 4, 7 och 9.

För gymnasieskolans del gäller, att varje elev skall läkarundersökas under det första läsåret, om han tillhör denna skolform, och därefter högst vartannat år enligt bestämmelser, som skolöverstyrelsen meddelar. I samband med dylika årskursundersökningar skall de elever noteras, som bör följas med särskild uppmärksamhet, och de som av medicinska och psyko-sociala skäl behöver återkommande kontroll samt för vilka elever speciella åtgärder inom eller utom skolan bör vidtas eller redan är vidtagna.

Skolhälsovården har även att medverka i skolans studie- och yrkesorientering. Den medicinska yrkesvägledningens mål anges vara att ge råd åt ungdomarna, när deras planer på fortsatt utbildning och yrke börjar ta fastare form. Skolläkarens och skolsköterskans medverkan i denna verksamhet är särskilt ämnad för elever, vilkas yrkesval på grund av svaghet, sjukdom eller andra omständigheter kräver speciell rådgivning. I synnerhet gäller detta elever i yrkesinriktad utbildningsgång, främst med tanke på sådana brister i hälsotillståndet, som kan påverka yrkesvalet. Skolläkarens och skolsköterskans medverkan i studie- och yrkesvägledningen är med andra ord främst avsedd för enskilda elever, vars hälsotillstånd anses kunna få betydelse för studiernas bedrivande eller kan förmodas inverka på yrkesvalet.

Ovan angiven plikt för skolans huvudman att tillhandahålla skolhälsovård motsvaras sålunda av en skyldighet för eleverna att låta sig läkarundersökas. Varje elev äger härutöver rätt att utan kostnad anlita hälsovårdens resurser i hela dess omfattning. Till skolhälsovården hör också fri tandvård.

SÖ har utfärdat särskilda bestämmelser avseende de uppgifter, som åvilar skolläkare och skolsköterska. För båda gäller i stort sett samma principiella grundregler. De skall med uppmärksamhet följa elevernas själsliga och kroppsliga utveckling, ge akt på deras hälsotillstånd samt i samarbete med skolans ledning och övriga befattningshavare jämte föräldrar vidtaga åtgärder för bevarande och förbättrande av elevernas hälsa och för deras fostran till sunda levnadsvanor med beaktande av miljön i skola och hem. Särskilt utsägs, att skolläkarens verksamhet främst skall vara av förebyggande natur och inte innebära sjukvård i egentlig mening. Skolsköterskan å sin sida skall, förutom självständigt arbete, också biträda skolläraren i hans verksamhet.

Även om *skolläkarens* uppgifter sålunda primärt är hälsovårdande, har han att – i mån av tillgång på resurser – meddela erforderlig sjukvård, t. ex. vid i skolan inträffande olycksfall eller fall av plötslig sjukdom.

Skolläkaren har att lämna rektor, lärare och föräldrar råd rörande elever, som visat påfallande psykisk särart eller har särskilda svårigheter att följa undervisningen. Han har också att avge utlåtande rörande sådana elever vid t. ex. föreslagen specialundervisning. Vidare skall han minst en gång årligen besiktiga skollokalerna och hålla vederbörande rektor underrättad om besiktningens resultat samt lämna skolstyrelsen råd i hygieniskt avseende rörande skolanläggningen. Det åligger honom också att i samarbete med skolsköterskan planlägga och organisera den hälsovårdande verksamheten.

Skolsköterskan åligger det, förutom visst självständigt arbete, att förbereda och biträda vid skolläkarens klassundersökningar och regelbundet återkommande skolläkarmottagningar samt om möjligt närvara vid övriga skolläkarmottagningar. Vidare skall hon till skolläkaren hänvisa elever, eller sjukdomshotade, samt verkställa på henne ankommande utredningar rörande dessa elevers miljö i skola och i hem samt ägna uppmärksamhet åt att givna råd beträffande vården följs. Det kan också nämnas, att hon från hälsovårdande synpunkt har att medverka vid uttagning av elever till kolonivistelser.

Några särskilda föreskrifter med avseende på uppgifter för *skolpsykologer* och *skolkuratorer* finns icke. Av vad ovan anförts om skolhälsovårdens målsättning framgår, att psykologer och kuratorer har viktiga uppgifter när det gäller att förebygga eller tillrättalägga störningar i studierna, i elevernas relationer till lärare och föräldrar samt till samhället etc.

Skolhälsovård skall i enlighet med vad tidigare angivits även tillhandahållas elever inom vårdlinjen, tillhörande gymnasieskolan, samt elever vid sjuksköterskeskolor. Hälsovården vid dessa skolor är enligt vad utredningen inhämtat betydligt mer omfattande än vid vanliga skolor med hänsyn till bl. a. elevernas praktiska sjukvårdande verksamhet i samband med studierna.

4.7.4 *Kostnader*

Enligt från SÖ inhämtade uppgifter har de totala kostnaderna för skolhälsovården för läsåret 1972/73 beräknats till ca 40 milj. kr för löner och till ca 10 milj. kr för material. I dessa siffror har dock inte medräknats kostnaderna för kuratorer, psykologer och övriga sociala anordningar. Kostnaderna för skolhälsovården per elev och år beräknas för 1974 till 66:20 kr. Kostnaderna är i stort desamma för elev i grundskola och i gymnasieskola, dock med undantag för skolhälsovården vid vårdyrkesskolorna, som mot bakgrund av vad ovan anförts om denna verksamhet ställer sig något dyrare.

4.7.5 *Utvecklingstendenser*

Kritik har under senare år riktats mot skolhälsovården. Orsaken härtill torde i mycket hög grad ha hängt samman med den begränsade läkartillgången och de korta tjänstgöringstiderna för läkare vid skolmottagningarna. Från olika håll har framhållits att ett effektivt utnyttjande av läkararbetskraften förutsätter att skolhälsovården funktionellt knyts samman med annan förebyggande barnavård och med den öppna barnsjukvården. Socialstyrelsen har bl. a. i skrivelse till SÖ (1970-06-11) framhållit betydelsen av att frågor om teknisk samordning av olika aktiviteter inom hälso- och sjukvården för barn och ungdom penetreras i syfte att åstadkomma en rationell organisation med löpande information rörande

varje individs hälsa och genomgångna sjukdomar m. m. av betydelse för bedömning av den aktuella hälso- och sjukdomssituationen. En av målsättningarna borde därvid enligt styrelsen vara en samordning av de preventiva och kurativa åtgärderna i vidaste bemärkelse för att säkerställa kontinuiteten mellan åtgärder inom mödrahälsovård, förlossningsvård och barnhälsovård till skolhälsovård och övrig barn- och ungdomsvård.

Enligt socialstyrelsens uppfattning skulle ett samlat huvudmannaskap för all hälso- och sjukvård för barn och ungdom vara fördelaktigt. Förutsättningarna för en bättre integration och ett effektivare utnyttjande av tillgängliga resurser med sikte på områdesbaserad hälsovård—öppen sjukvård samt en helhetssyn på barnets situation med beaktande av såväl medicinska som psykiska och sociala synpunkter skulle härigenom öka.

Så länge det primärkommunala huvudmannaskapet för skolhälsovården består är det enligt Spri-rapporten 14/72 angeläget att en funktionell samverkan med vårdcentraler för öppen hälso- och sjukvård av närhetsservicekaraktär äger rum. För de olika verksamheternas framtida utformning är det av stor betydelse, framhålls vidare i rapporten, att skolhälsovården samplaneras med övrig hälso- och sjukvård inom respektive kommun, särskilt vad gäller läkarfunktioner.

Frågan om skolhälsovården har nyligen behandlats i riksdagen med anledning av motion 1973:298, vari hemställdes 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 enligt motionärerna underlätta personalrekryteringen, lösa gränsdragningsproblemen mellan hälso- och sjukvård och få möjlighet att utnyttja samhällets samlade resurser effektivare.

SÖ och socialstyrelsen tillstyrkte vid remissbehandlingen motionsyrkandet om en utredning om skolhälsovårdens organisation och huvudmannaskap. SÖ 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. Enligt socialstyrelsens uppfattning var ett samlat huvudmannaskap för all hälso- och sjukvård för barn att föredra. Landstingsförbundet och Svenska kommunförbundet avstyrkte dock i sina yttranden motionsyrkandet.

Utbildningsutskottet hänvisade i sitt ställningstagande (UbU 1973:32) över motionen bl. a. till att socialstyrelsen framhållit att enighet synes råda om att den nuvarande skolhälsovården fungerar otillfredsställande samt att de förslag till förbättringar, som framförts under senare år varit så divergerande, att de måste anstas bottna i skilda uppfattningar, om vilken form av hälsovård för barn och ungdom, som bör eftersträvas inom skolhälsovårdens ram. Utskottet ansåg sig ha blivit övertygat om att frågorna om skolhälsovårdens innehåll, organisation och huvudmannaskap förutsättningslöst borde utredas och yrkade bifall på motionen, vilket också blev riksdagens beslut (rskr 1973:273).

Med anledning härav tillkallade utbildningsministern 1974-02-07 tre

sakkunniga med uppdrag att genomföra en utredning i angivet ärende. I direktiven anges bl. a. följande

"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. Särskild uppmärksamhet bör därvid ägnas eventuella förändringar i 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."

Vidare anges i direktiven att de sakkunniga skall i utredningsarbetet samråda med bl. a. utredningen rörande studerandehälsovården.

I den tidigare omnämnda av landstingsförbundets styrelse under år 1974 utgivna rapporten "Demokrati och förvaltning. Grunddrag i ett landstingspolitiskt handlingsprogram" föreslås, att det primärkommunala skolhälsovårdsansvaret överförs på länskommunerna mot bakgrund av behovet av ett samlat ansvar för barnens hälso- och sjukvård. Detta får givetvis, framhålls i rapporten, på samma sätt som inom företagshälsovården inte innebära, att kontakten bryts mellan elevernas arbetsplats skolan och de hälso- och sjukvårdande organen.

4.8 Militärsjukvård

4.8.1 *Målsättning*

Försvarets sjukvårdsstyrelse har utfärdat grundläggande föreskrifter för hälso- och sjukvården inom krigsmakten. Med hälso- och sjukvård avses i dessa föreskrifter sådan medicinsk verksamhet inom krigsmakten, som har till ändamål att främja hälsotillståndet hos krigsmaktens personal eller ge medicinskt underlag för uttagning eller bedömning av denna personal i dess militära funktion.

Målsättningen för krigsmaktens hälso- och sjukvårdsverksamhet är att verka för ett gott hälsotillstånd och förebygga sjukdomar. Verksamheten skall bedrivas med syfte att bidraga till att upprätthålla krigsmaktens effektivitet. Den präglas av en strävan att även i fred, i den mån så är möjligt, fungera med tanke på krigets krav.

Enligt sjukvårdsstyrelsens anvisningar skall den militära hälso- och sjukvården på ett från medicinsk synpunkt godtagbart sätt kunna svara för allmän hälsovård, första hjälpen vid akutfall, behandling av sjukdomar, som icke kräver sjukhusvård, tandvård m. m.

Den slutna vården omfattar vård av okomplicerade sjukdomar, som inte fordrar civil sjukhusvård, samt enklare eftervård av militärpersonal, som vårdats på civilt sjukhus m. m. Sjukvården inom krigsmakten spelar en mer framträdande roll än hälsovården.

4.8.2 *Verksamhetens organisation och omfattning m. m.*

Vid krigsmaktens förband skall finnas förbandsläkare, tjänsteläkare och anvisningsläkare. Vid krigsmaktens förband tjänstgör också sjuksköterskor.

Förbandsläkare och tjänsteläkare anställs av försvarets sjukvårdsstyrelse genom särskilt avtal med vederbörande läkare för en tid av längst sex år i taget. Förbandsläkaren, som är civilmilitär och ingår i försvarets medicinalkår har, beroende på storleken av det förband vid vilket han tjänstgör, en fastställd arbetstid av 6–10 timmar per vecka. Tjänsteläkaren är civil och erhåller prestationsersättning enligt en särskild taxa.

Vad anvisningsläkarmottagningen angår, ankommer det på envar förbandschef, att med en eller flera läkare på den ort där förbandet är beläget, överenskomma om tid och plats härför. Önskvärt är att också anvisningsläkarmottagningen sker vid förbandets sjukvårdsavdelning. För anvisningsläkarvården erhåller krigsmakten återbäring från den allmänna sjukförsäkringen med 3/4 enligt nu gällande taxa.

Krigsmaktens hälso- och sjukvårdsansvar omfattar ca 50 000 värnpliktiga per år och ca 50 000 anställda, varav ca 30 000 civila och 20 000 militära befattningshavare. Den hälso- och sjukvård, som tillhandahålls de värnpliktiga, har delvis andra förutsättningar än den som är avsedd för de anställda i krigsmakten.

De *värnpliktiga* skall jämlikt värnpliktsavlöningskungörelsen (SFS 1970:676, ändrad 1973:597) erhålla fri hälso- och sjukvård under sin

tjänstgöring, under in- och utryckningsdagar samt under färd till och från tjänstgöringen. Om värnpliktig vid tid för utryckning vårdas på militär sjukvårdsavdelning, erhåller han fri sjukvård där under högst 90 dagar efter utryckningsdagen.

Hälso- och sjukvården för värnpliktiga omfattar:

a) hälsoundersökningar vid läkarmottagning på förband,
b) sjukvård vid läkarmottagning på förband eller – om förbandets läkare godkänner det eller olycksfall inträffar och kräver det – vid annan läkarmottagning,
c) sluten vård vid förband eller allmänt sjukhus,
d) läkemedel och tekniska hjälpmedel,
e) transporter i samband med sjukdom och olycksfall,
f) läkarintyg som är nödvändigt för tjänsten eller för att styrka laga förfall samt
g) viss tandvård enligt särskilda bestämmelser.

Värnpliktiga som är i behov av sjukvård skall anlita läkare vid det förband där han tjänstgör. När han icke befinner sig vid sitt förband eller i dess närhet får han söka vård hos annan läkare eller vid allmänt sjukhus. I sistnämnda fall skall han om möjligt söka läkare i allmän tjänst. Under sjötjänstgöring erhåller värnpliktiga sjukvårdsförmåner enligt bestämmelser, som Kungl. Maj:t meddelar särskilt.

Den värnpliktiges fria sjukvårdsförmåner kan sålunda meddelas i form av öppen eller sluten vård. Det kan härvid bli fråga om vård antingen på militär sjukvårdsavdelning eller civil sjukvårdsinrättning. Kostnaderna för vården spelar i detta sammanhang en icke oväsentlig roll. Den värnpliktige kan söka vård vid civil sjukvårdsinrättning och t. o. m. hos privatpraktiserande läkare på krigsmaktens bekostnad. Den värnpliktiges hemlandsting svarar i huvudsak för kostnaderna för sluten vård, som genom landstingets försorg meddelas den värnpliktige inom det egna sjukvårdsområdet eller som meddelas av annan sjukvårdshuvudman i enlighet med särskilda överenskommelser, t. ex. regionsjukvårdsavtal. Om värnpliktig i annat fall erhåller vård på sjukhus utom hemlandstingets sjukvårdsområde, erläggs patientavgift av staten i enlighet med bestämmelserna i det s. k. utomlänsavtalet.

Antalet besök hos läkare vid förbanden uppgick 1971/72 till ca 650 000, vilket motsvarar ca 12 besök per värnpliktig under grundutbildningstiden. I genomsnitt 5,1 % av personalstyrkan värnpliktiga besökte läkare per kalenderdag.

Krigsmaktens hälso- och sjukvårdsorganisation har också den angelägna uppgiften att under den värnpliktiges tjänstgöring fullfölja den medicinska prövningen av dennes tjänsteduglighet, som inleds vid inskrivningsprövningen.

Den anställda vid krigsmakten är liksom övriga statsanställda tillförsäkrade sjukvårdsförmåner på grund av anställning. Detta innebär i princip kostnadsfri sjukvård genom anvisningsläkare (jämför kapitel 5). Inom rätten till hälso- och sjukvård för de anställda ligger också den hälsotillsyn av personalen som är nödvändig för upprätthållande av den militära

tjänstens krav i dess specifika arbetsmiljö.

Möjligheten för ifrågavarande militärpersonal att erhålla sluten sjukvård på det egna förbandets sjukrumsavdelning är praktiskt sett mycket begränsad. Sådan vård meddelas endast i undantagsfall. Sjukvård på hemortens civila sjukhus är för personalen i stället det naturliga alternativet till vård på förbandets sjukavdelning.

Totalkostnaderna för förbandssjukvården, exklusive kostnader för hyror, fastighets- och lokaldrift uppgick budgetåret 1972/73 till ca 57 milj. kr. Någon möjlighet att relatera kostnaderna för förbandssjukvården till antalet fast anställda och till antalet värnpliktiga har inte förelegat.

4.8.3 *Utredning om den framtida förbandssjukvården*

Kungl. Maj:t uppdrog 1972-06-16 åt försvarets sjukvårdsstyrelse att utreda förbandssjukvårdens organisation. Utredningen redovisade 1973-12-07 resultaten av sitt arbete i form av betänkandet "Förbandssjukvård – hälso- och sjukvård vid krigsmaktens fredsförband", (Sjv S dnr 302–53/71).

Utredningen anser, att hälso- och sjukvårdsverksamheten vid krigsmaktens förband inte kan bedrivas på ett tillfredsställande sätt inom ramen för nuvarande organisation. Den främsta anledningen härtill anges vara, att möjligheterna att rekrytera erforderligt antal läkare till förbanden varit alltför små. Därigenom har långsiktiga men väsentliga arbetsuppgifter måst anstå till förmån för mera påträngande akuta sjukvårdsåtgärder, vilka emellertid inte heller kunnat genomföras på önskvärt sätt.

Utredningen har funnit, att stora likheter föreligger mellan den civila företagshälsovården och förbandssjukvården. Den har därför med de modifikationer, som föranletts av krigsmaktens speciella förhållanden, försökt anpassa läkarens anställningsförhållanden till företagshälsovårdens. Utredningen föreslår mot den bakgrunden, att man skall gå ifrån systemet med prestationsersatta, timanställda läkare och i stället anställa läkare på hel- eller deltid för att fylla de funktioner, som angetts för förbandssjukvården.

Flera skäl talar enligt utredningen för en ökad samordning med civilsidans sjukvårdsorganisation när det gäller sjukvård för värnpliktiga. All kvalificerad sjukvård av värnpliktiga överlåts redan nu genom remiss på civilsjukvården. Ett ökat samgående med civilsidans sjukvårdsorganisation torde ge ökade möjligheter att möta variationer i besöksbelastningen. Genom en samordning med civilsidan erhålls även enligt utredningen den effekten, att krigsmakten får möjlighet att forma tjänsteinnehållet för förbandsläkarna i enlighet med företagshälsovårdens normer.

Vidare har utredningen konstaterat, att arbetsuppgifterna inom förbandssjukvården liksom beräkningsnormerna för erforderlig tillgång till läkare och övrig sjukvårdspersonal står i mycket god överensstämmelse med motsvarande verksamheter och normer inom företagshälsovården.

För de *värnpliktiga* finner utredningen det angeläget, att resurserna för personalvårdande verksamhet byggs ut ytterligare. Väsentligt som komplement till förbandssjukvården uppges vara att personalvårdsaktiviteter-

na på förbandsnivå tillgodoses, så att åtminstone de större förbanden får disponera en tjänsteman med erforderlig utbildning för socialvårdande uppgifter bland de värnpliktiga i nära samarbete med förbandets läkare och övrig sjuk- och hälsovårdspersonal. Om de värnpliktiga i större utsträckning får stöd och hjälp med sin sociala situation under pågående tjänstgöring, vilket företrädesvis kan gälla förhållanden utanför det militära och på hemorten, kan enligt utredningens mening många anledningar till påfrestningar med åtföljande läkarbesök sannolikt undanröjas eller påfrestningarna i varje fall mildras. Utredningen anser, att behovet av utbyggnad av den kurativa delen av försvarets personalvård bör studeras i särskild ordning.

Utredningen menar att de *anställda* vid krigsmakten, oberoende av tillgång till anvisningsläkarvård, alltid skall ha tillgång till sjukvård för behandling av skador och sjukdomar, som är relaterade till arbetet och arbetsplatsen.

Utvecklingen på personalhälsovårdsområdet bör på samma sätt som sker på arbetsmarknaden i övrigt följas även inom krigsmakten med sikte också på de anställdas speciella arbetssituation. Vid förbandssjukvården, där läkare och övriga sjukvårdsresurser dagligen finns till hands, bör anställningshavaren därför enligt utredningens mening få i varje fall den vård vid sjukdom och skador, som uppkommer på arbetsplatsen och har samband med arbetsmiljö och arbetsprestation samt som ingår i begreppet företagshälsovård.

Utredningen föreslår att 74 heltidstjänster för förbandsläkare inrättas inom krigsmakten successivt med början fr. o. m. 1974-07-01. Utöver detta föreslår utredningen köp av läkartjänster från civilsjukvården, motsvarande 18 läkarår.

Det av försvarets sjukvårdsstyrelse framlagda förslaget om förändringar av den fredsmässiga förbandssjukvården har ännu inte föranlett något statsmakternas ställningstagande.

5 Hälso- och sjukvård för statligt anställda

5.1 Inledning

Under förutsättning, att utredningen rörande studerandehälsovård skulle finna att mycket starka skäl talar för att det även i framtiden bör finnas en särskild organisation för studerandehälsovård, skall utredningen enligt sina direktiv som en särskild fråga pröva möjligheterna för en samverkan mellan studerandehälsovården och den för personalen vid de berörda statliga läroanstalterna anordnade hälso- och sjukvården.

I detta kapitel ges därför en kort översikt över de sjukvårdsförmåner, som i statens tjänst anställda åtnjuter (5.2 och 5.3). I ett särskilt avsnitt behandlas nuvarande organisation för hälso- och sjukvård för personal vid universiteten och högskolorna (5.4). Vidare redogör utredningen för en av statens personalnämnd upprättad promemoria angående företagshälsovården vid tolv statliga myndigheter eller verk (5.5). En kort redogörelse lämnas för den försöksverksamhet med företagshälsovård hos vissa statliga myndigheter och institutioner, som påbörjades under augusti 1972 och som bedrivs i regi av statens personalnämnd (5.6). Slutligen redovisas ett nyligen av statens personalnämnd framlagt förslag till riktlinjer för framtida statlig personalhälsovård (5.7). För övrig företagshälsovård hänvisas till avsnittet 4.3.

5.2 Sjukvårdsförmåner för statligt anställda

Sedan lång tid tillbaka har staten i stor utsträckning medgivit sina anställda rätt till fri sjukvård. Detta var också länge en förmån exklusiv för statsanställda. Arbetare och tjänstemän inom den privata sektorn hade långt fram i tiden som regel inga motsvarande rättigheter. Staten som arbetsgivare kunde sålunda med skäl betraktas som föregångare på detta område. I 41 § statens allmänna avlöningsreglemente (SAAR, 1948-06-30), som tillkom efter förslag av 1945 års lönekommitté för att råda bot för vissa brister i det statliga lönesystemet, inskrevs de allmänna och grundläggande bestämmelserna om rätten till fri sjukvård i den omfattning och under de villkor, som stadgades i reglementet eller som Kungl Maj:t för särskilt fall bestämde. Detta reglemente gällde dock enbart för tjänstemän. Ekonomiska och andra förmåner för de statligt anställda, som icke berördes av reglementet, reglerades genom särskilda

förordnanden och andra reglementen, t. ex. tjänstepensionsreglementet för arbetare (SFS 1947:422).

Vid mitten av 1960-talet övergick staten till nu gällande avlöningssystem, enligt vilket anställnings- och arbetsvillkor regleras i kollektivavtal. Närmare bestämmelser härom återfinns i Kungl Maj:ts kungörelse om vissa statliga kollektivavtal m. m. 1965-06-30 (SFS 1965:465). SAAR har härigenom kommit att till sin huvudsakliga del ersättas av bestämmelser i kollektivavtal. Andra erforderliga bestämmelser är införda i en särskild statstjänstemannalag och därtill anknuten stadga. Genom kollektivavtalsformen har större enhet kunnat nås i det statliga anställnings- och lönesystemet, som gäller för flertalet statsanställda. Bestämmelserna om sjukvårdsförmåner åt statligt anställda återfinns i kollektivavtalets kapitel 12. De har i stort sett samma innehåll som motsvarande bestämmelser i SAAR.

5.3 Verks- och anvisningsläkare

En särskild organisation för att ombesörja sjukvården för statsanställda skapades tidigt. För att icke tynga framställningen med en alltför lång tillbakablick, nöjer sig utredningen med att konstatera, att den historiska traditionen i förevarande avseende manifesterades bl. a. i bestämmelserna i 18 § 1930 års allmänna läkarinstruktion (SFS 1930:422), enligt vilka varje provinsialläkare skulle vara skyldig att efter förordnande av vederbörande myndighet tjänstgöra som verksläkare vid bl. a. den civila statsförvaltningen. Det var för övrigt naturligt att anlita just provinsialläkare för sjukvården åt statligt anställda, eftersom provinsialläkarna vid den tiden själva var statstjänstemän i motsats till flertalet andra läkare.

Detta system hade dock en stor nackdel. Provinsialläkarna var huvudsakligen verksamma på landsbygden. I de större städerna och på andra orter utan provinsialläkare fanns knappast någon möjlighet för där befintliga myndigheter att erhålla verksläkare. De största statliga myndigheterna var dessutom förlagda just till sådana orter. Det blev därför nödvändigt att komplettera verksläkarsystemet. Så skedde genom introducerandet av möjligheten att engagera s. k. anvisningsläkare. Enligt kungörelsen om anvisningsläkare m. fl. (SFS 1955:666) skall statlig myndighet, då lämplig verksläkare inte kan erhållas, hänvisa sina tjänstemän till anvisningsläkare. Såsom sådana läkare skall i första hand ifrågakomma läkare anställda av staten eller av kommun samt i andra hand privatpraktiserande läkare. Enligt anvisningsläkarkungörelsen, som fortfarande gäller fast med delvis ändrade bestämmelser, engageras anvisningsläkare genom avtal mellan myndigheten och vederbörande läkare.

1963-07-01 övertog landstingen huvudmannaskapet över provinsialläkarväsendet från staten. Ett femtiotal provinsialläkare kvarstod dock då i statens tjänst. Samtidigt trädde en ny, alltjämt gällande allmän läkarinstruktion (SFS 1963:341) i kraft. Härigenom kom också den tidigare nämnda skyldigheten för provinsialläkare att vara verksläkare att upphöra för de landstingsanställda provinsialläkarna. För de provinsialläkare, som

kvarstod i statens tjänst, gällde dock alltjämt den tidigare stadgade skyldigheten. Allt eftersom de statliga provinsialläkarna minskade i antal aktualiserades frågan, om det överhuvudtaget var praktiskt att bygga på en verksläkarkår, som med tiden skulle få allt färre medlemmar och täcka allt mindre del av landet. Till följd härav förordnade Kungl. Maj:t i brev 1969-11-21, att den ovannämnda kungörelsen angående verksläkare vid den civila statsförvaltningen skulle upphöra att gälla vid utgången av år 1969. Läkarvården för de statligt anställda har därefter praktiskt taget uteslutande ombesörjts av anvisningsläkare.

Det kan här tilläggas, att sjuksköterskor givetvis också medverkar i sjukvården för de statligt anställda.

5.4 Hälso- och sjukvård för anställda vid universitet och högskolor

Studerandehälsovårdsutredningen har genom en särskild enkät till de läroanstalter, vars elever äger tillgång till den nuvarande statsunderstödda studerandehälsovården, sökt kartlägga, hur hälso- och sjukvården för de anställda vid dessa läroanstalter är organiserad och fungerar. Enkäten ingår som ett led i undersökningarna om förutsättningarna för en eventuell samordning mellan den läroanstaltsanknutna företagshälsovården och studerandehälsovården. En redogörelse för enkäten och dess resultat lämnas i bilaga 3.

Enkäten riktade sig till ett 60-tal läroanstalter med sammanlagt 33 001 anställda, varav 28 280 heltidsanställda. Samtliga heltidsanställda med mer än sex månaders tjänstgöring åtnjuter som regel fri sjukvård genom respektive läroanstalts försorg. De, som ej har denna förmån, tillhör någon av grupperna tim- eller deltidsanställda, vissa anställda vid forskningsråd, beredskapsarbetare och arkivarbetare.

I enlighet med de författningsmässiga förutsättningarna för hälso- och sjukvård åt statligt anställda tillhandahålls denna förmån – dock med vissa undantag – av anvisningsläkare. Alla läroanstalter har dock inte egen anvisningsläkare. Det är relativt vanligt, att flera utbildningsanstalter på samma ort gemensamt utnyttjar en läkare för sina anställda. Uppskattningsvis är cirka 60 läkare engagerade i verksamheten.

Några av lärosätena har dock sin hälso- och sjukvård anordnad på annat sätt, t. ex. genom att de anställda får utnyttja den lokala offentliga läkarstationen eller själva välja läkare, som de vill konsultera. I ett fall är hälso- och sjukvården för de anställda knuten till en offentlig företagshälsovårdscentral.

Beträffande den hälsovårdande verksamheten kan nämnas att det som regel icke ingår några allmänna eller riktade hälsoundersökningar i verksamheten.

Vad beträffar besöksfrekvens, remisser och väntetider vid anvisningsläkarmottagningarna hänvisas till bilaga 3.

Utredningen fann det också vara av intresse att undersöka i vad mån motionsverksamhet (motsvarande) för de anställda förekommer vid

ifrågavarande läroanstalter. Enkäten utvisar, att sådan verksamhet endast fanns ordnad på ett fåtal platser.

På grundval av enkätsvaren kan inte dras någon annan slutsats än att hälso- och sjukvården för de anställda vid universitet och högskolor fungerar varken sämre eller bättre än den som finns vid andra statliga myndigheter och institutioner.

5.5 Företagshälsovård vid vissa myndigheter och affärsdrivande verk m. m.

I en av statens personalnämnd år 1974 utgiven stencil redovisas företagshälsovårdens uppbyggnad vid tolv statliga myndigheter och verk av skiftande natur (SPN, enheten för personalhälsovård och personalsocial verksamhet: "Anslutningsformer för hälsovårds- och personalsocial funktion inom statsverket"). De tolv är Domänverket, Förenade fabriksverken (FFV), Försvarets sjukvårdsstyrelse, Karolinska sjukhuset, Luftfartsverket, Postverket, Rikspolisstyrelsen, Utrikesdepartementet-SIDA, Statens järnvägar, Televerket, Vattenfallsverket och Vägverket.

Liksom vid all annan företagshälsovård indelas verksamheten i en medicinsk, en teknisk och en social del.

Medicinsk del

De myndigheter, som har sin verksamhet förlagd till ett flertal arbetsplatser organiserar vanligen den medicinska verksamheten dels i en central del, dels i regionala delar. En chefläkare, vars arbetsuppgifter huvudsakligen är av administrativ karaktär, är regelmässigt centralt ansvarig för verksamheten. *Domänverket* (år 1972 fanns 6 170 fast anställda samt 4 000 icke-fast anställda skogsarbetare fördelade på ca 1 000 arbetsplatser) har sålunda en centralt anställd förtroendeläkare med enbart administrativa funktioner. *Postverket* (54 000 anställda vid ca 3 000 arbetsplatser) har en heltidsanställd chefläkare, som är medicinsk chef för postverkets personalhälsovård. I denna egenskap svarar han för planering, ledning och utveckling av den medicinska verksamheten och för dess anpassning till verkets organisation samt för medverkan vid planering av arbetsmiljön och genomförande av åtgärder av arbetshygienisk och ergonomisk art och till förebyggande av yrkesskador. *Televerket* (42 100 anställda vid 41 arbetsställen) har en deltidsanställd överläkare som konsult, med placering på administrativa avdelningen.

Regionalt bedrivs företagshälsovården under varierande former. Anvisningsläkare, företagsläkare och hälsocentraler i egen regi eller i samverkan med andra företag/myndigheter är de vanligaste verksamhetsformerna.

För centralförvaltningens personal vid *Domänverket* finns en hälsocentral inrättad, som också betjänar två andra myndigheter. Vid hälso-

centralen, som totalt betjänar ca 500 anställda, finns en deltidsanställd läkare (12 tim/vecka) och en deltidsanställd sjuksköterska (20 timmar/-vecka). Eftersom verket i övrigt har en stor spridning av sina arbetsplatser, vill man organisera företagshälsovården tillsammans med andra – i första hand i samarbete med företag i skogsbranschen.

Postverket har regionalt tretton deltidsanställda konsultationsläkare (högst 20 timmar/vecka). Deras huvudsakliga arbetsuppgifter är att vara medicinska rådgivare åt verket. Vid SJ (42 700 anställda vid ca 1 500 arbetsplatser) förekommer kontaktläkare, undersökningsläkare, konsultationsläkare och anvisningsläkare samt olika kombinationer härav.

Teknisk del

Företagshälsovårdens tekniska del består vanligen av hel- eller deltidsanställda skyddsingenjörer. Verksamhetens inriktning och omfattning varierar kraftigt, vilket givetvis sammanhänger med olikheter i arbetsmiljö och därmed förknippade hälsorisker.

Domänverket har centralt två skyddsingenjörer och regionalt 6–8 hel- eller deltidsarbetande distriktsskyddsledare.

Förenade fabriksverken (8 500 anställda vid 36 arbetsställen) har en centralt placerad skyddsingenjör, som är ansvarig för mer kvalificerade miljöfrågor samt för kontakter med andra myndigheter. Härutöver finns fyra heltids- och fyra deltidsanställda skyddsingenjörer regionalt placerade.

SJ har en heltidsanställd skyddsingenjör med placering på det centrala hälso- och personalvårdskontoret. Vidare finns en heltidsanställd skyddsingenjör i var och en av de sex verkstadsregionerna.

Statens vägverk (11 600 anställda vid 400 arbetsplatser) har centralt tre heltidsanställda skyddsingenjörer och regionalt sju heltids- och 31 deltidsanställda skyddsingenjörer. Vid *Karolinska sjukhuset* (4 769 anställda på fasta tjänster och nästan lika många på extra medel) och *Postverket* finns ingen skyddsteknisk expertis knuten till företagshälsovården.

Social del

Även företagshälsovårdens sociala del uppvisar en mycket splittrad struktur. I den mån särskilt anställd personal finns, består den genomgående av personalkonsulenter.

Domänverket har två heltidsanställda personalkonsulenter, vilka båda är placerade centralt. *Förenade fabriksverkens* grundinställning är, att hela personaladministrationen skall ha en personalvårdande inställning och kunna göra personalsociala insatser. Någon särskilt anställd personal för social eller kurativ rådgivning finns därför icke. *Karolinska sjukhuset* har två personalkonsulenter med kuratorsfunktioner. Vid *Luftfartsverket* (1 600 anställda vid 25 arbetsplatser) avdelas lämplig tjänsteman för rådgivande personalvårdsfunktioner. För närvarande finns totalt tre

tjänstemän avdelade för denna verksamhet, varav en är placerad centralt. *SJ* har centralt en personalkonsulent, med placering på hälso- och personalvårdskontoret. Vid de regionala hälso- och personalvårdsgrupperna finns totalt 12 heltidsanställda personalkonsulenter. Arbetsuppgifterna domineras av rehabiliteringsproblem, men även personlig rådgivning och hjälp vid t. ex. bostadsproblem förekommer.

Vattenfallsverket (10 688 anställda vid 30 arbetsställen) har anställt en kurator på heltid vid Ringhals. Denna kurator uppges ha ett naturligt samarbete med läkare, sköterska och skyddsingenjör genom att de samarbetar i lokaler. Detta samarbete uppges vara mycket värdefullt. Vid *vägverket* svarar chefen för arbetskraftskontoret och en personalkonsulent för samordning av verkets personalvårds- och fritidsfrågor samt för personalvårdsfrågor vid centralförvaltningen. Regionalt finns sju personalkonsulenter, dvs. en i varje planläggningsområde.

5.6 Försöksverksamhet med statlig företagshälsovård

Det är en allmänt utbredd uppfattning, att det nuvarande anvisningsläkarsystemet inte fungerar särskilt väl. Personalen sägs enligt kritiken icke alltid kunna uppfatta anvisningsläkaren som "sin" läkare. De blir patienter bland andra patienter. Detta beror på att anvisningsläkarna ofta inte avsätter någon särskild mottagningstid för sina statsanställda patienter. Anvisningsläkaren i gemen påstås dessutom som regel sakna erforderlig kännedom om vederbörande personals arbete och arbetsplats, dvs. om de miljöförhållanden som kan vara orsak till ohälsa. Dessa omständigheter har försämrat förutsättningarna för meningsfulla nyanställningsundersökningar, liksom för anvisningsläkarnas möjligheter att lämna adekvata råd för underlättande av återgång till arbetet m. m. De nackdelar, som den nuvarande hälso- och sjukvårdsverksamheten för statligt anställda är behäftade med, anses ha sin grund i sådana förhållanden som införandet av nya löneformer för offentligt anställda läkare med hård schemaläggning av deras arbetstider m. m. Framför allt torde dock svårigheterna enligt studerandehälsovårdsutredningens uppfattning kunna hänföras till den sedan länge rådande bristen på läkare, som starkt begränsat myndigheternas möjligheter att för sin personal uppbringa och engagera anvisningsläkare, särskilt läkare anställda hos offentlig sjukvårdshuvudman. Visserligen finns, som tidigare nämnts, möjligheten att anlita privatpraktiserande läkare för den aktuella funktionen. Här föreligger dock bl. a. den stora begränsningen, att sådana läkare praktiskt taget utan undantag endast är etablerade i de större orterna i landet.

Samtidigt som man sålunda med visst fog kan säga, att hälso- och sjukvården för de statligt anställda med åren blivit mindre tillfredsställande ordnad, har företagshälsovården inom den privata sektorn starkt utvecklats, särskilt på senare tid. Det är givetvis angeläget, att de statligt anställda får hälso- och sjukvårdsförmåner, som ligger åtminstone i paritet med dem som gäller för privatanställda. På senare tid har också initiativ tagits i den riktningen.

1970-07-01 påbörjade statens personalnämnd (SPN) sin verksamhet. Denna nämnd har samma centrala funktioner vad gäller statlig personal som riksrevisionsverket har när det gäller statens ekonomi och som statskontoret har i fråga om statens organisation. Inom nämnden finns en enhet för personalhälsovård och personalsocial verksamhet, som i detta sammanhang särskilt skall uppmärksammas. Vid nämnden handläggs bl. a. frågor om arbetsmiljön för statsanställda och deras psykiska, fysiska och sociala arbetsförhållanden, inbegripet arbetarskydd, ergonomi och stressproblematik samt frågor om hälso- och sjukvård för statsanställda.

I syfte att skapa en rationell och tillförlitlig organisation för hälso- och sjukvård åt statligt anställda har personalnämndens enhet för personalhälsovård och personalsocial verksamhet påbörjat en försöksverksamhet med företagshälsovård vid vissa statliga myndigheter och institutioner. Försöksverksamheten påbörjades i augusti 1972 vid Kungliga Tekniska Högskolan i Stockholm (KTH) och under 1973 i Östersunds kommun. I övrigt kan nämnas pågående eller planerade försöksprojekt i Motala samt i Malmöhus och Stockholms läns landsting. Slutmålet för försöken – enkannerligen den statliga företagshälsovård som kan bli en följd av försöksverksamheten – har angivits vara att envar statsanställd skall kunna meddelas hälso- och sjukvård av god kvalitet. Med uttrycket "god kvalitet" avses inte bara att verksamheten tillförs resurser som svarar mot det lokala behovet, utan jämväl att berörd personal har förtroende för verksamheten, tar aktiv del i hälsovårdsarbetet och tillför den sitt eget kunnande.

Försöksverksamheten är programmässigt knuten till de tidigare angivna riktlinjerna för företagshälsovård. Detta innebär att avsikten

för det första är att skydda arbetstagarna mot varje hälsorisk, för vilka de kan bli utsatta till följd av sitt arbete eller de förhållanden, under vilka detta utförs,

för det andra är att medverka till arbetstagarnas psykiska och fysiska anpassning, särskilt genom arbetets anpassning till arbetstagarna samt genom anvisning av arbetsuppgifter, för vilka de är lämpade samt

för det tredje är att medverka till att för arbetstagarna skapa och vidmakthålla högsta möjliga grad av fysiskt och psykiskt välbefinnande.

Försöksverksamheten med statlig företagshälsovård går ut på att försöka fastställa den lämpliga sammansättningen av och den kvalitet på resurser, som hälsovårdsverksamheten i varje arbetsmiljö kräver. Härför fordras bl. a. social expertis. Man ämnar också söka fastställa ekonomiska och organisatoriska former för geografiskt närbelägna myndigheter på mindre orter att gå samman inbördes och på så sätt skapa tillräckligt underlag för en god företagshälsovård. Vidare avser man försöka ställa upp kriterier för omfattning och inriktning av hälsokontroller av riktad typ. Man vill slutligen också försöka skapa former för ett reellt medinflytande över verksamheten från den berörda personalens sida.

Enligt de skisserade planerna bör sjukvården inte uppta mer än högst 50 % av verksamheten vid ifrågavarande personalhälsovårdscentraler. Där bör i första hand behandlas åkommor som har påtagligt samband med arbetssituationen, dvs. sådana besvär som kan misstänkas ha förorsakats

eller försvårats av arbetet. Vidare vill man genom försöksverksamheten också få klarhet i hur hälsovårdscentralerna skall kunna fungera som rådgivningsinstitutioner i hälso- och arbetsanpassningsfrågor för personal, arbetsledare, personalavdelningar och arbetsföreståndare. Det betyder att man vill skapa kanaler för regelbundna kontakter mellan å ena sidan hälsovårdscentralerna och å andra sidan personalavdelningarna, skyddskommittéerna och företagsnämnderna för att därigenom skapa rutiner, avseende åtgärder för att påverka personalpolitik, planering, liksom utformningen av installationer och nybyggnader. Det kan till sist också nämnas, att försöksprogrammet omfattar aktivering av rehabiliteringsverksamheten och åtgärder för att underlätta en återgång till arbetet efter sjukdom.

Med hänsyn till det intresse den statliga försöksverksamheten med företagshälsovård har i förevarande utredningssammanhang lämnas i det följande en redogörelse för denna. Av naturliga skäl kommer därvid i första hand försöksverksamheten vid Kungliga Tekniska Högskolan (KTH) att belysas.

5.6.1 *Försöksverksamhet vid KTH*

Försöksverksamheten vid KTH påbörjades i augusti 1972. KTH representerar med sina 2 500 anställda en typ av myndighet med tillräckligt underlag för en egen hälsovårdscentral.

Arbetsmiljön vid KTH rymmer en mångfald riskfaktorer. Förhållandena vid högskolan liknar därvid snarare de inom industrin än de inom högskoleväsendet i övrigt. Bortsett från vanliga principer ifråga om företagshälsovårdens innehåll såsom 50 % sjukvård och 50 % hälsovård har verksamheten vid KTH fått en särskild profil genom tillskapandet av en likvärdig personalsocial verksamhet.

För ledningen av verksamheten svarar ett hälsoråd, vars ledamöter utgörs av företrädare för personalorganisationerna samt högskolans ledning. Hälsorådet är numera en del av den centrala skyddskommittén. Hälsocentralens representanter är adjungerade till hälsorådet. Hälsocentralens löpande administration handläggs av administrationen vid KTH.

Vid hälsocentralen finns följande befattningar (november 1974) 1,5 läkare, 2 sjuksköterskor, 0,5 sjukvårdsbiträde, 1 personalkonsulent, 1,5 skyddsingenjör samt 1,5 sekreterare. Hälsocentralens arbete bedrivs inom tre sektorer: en medicinsk, en teknisk och en personalsocial.

Vid akuta sjukdomsfall och olyckor har de anställda möjlighet att omedelbart få vård vid läkarmottagningen (centralens laboratorium är utrustat för vissa vanligare undersökningar och analyser). Vid icke-akuta besvär är väntetiden hos läkare 3–4 dagar. Cirka 5–10 % av patienterna remitteras vidare. Läkaren har ett nära samarbete med personalkonsulenten, hos vilken väntetiden för besök uppgår till 3–4 dagar.

Personalen på hälsocentralen gör regelbundna arbetsplatsbesök, varvid särskilt intresse ägnas åt olika riskfaktorer. Anställda, som bedöms utsättas för speciella risker är föremål för riktade hälsokontroller,

prioriterade i hälsorådet. Det är här främst fråga om kemiska och fysikaliska hälsorisker i olika laboratoriemiljöer. Med stöd av principuttalande i hälsorådet utför hälsocentralen däremot ej allmänna åldersrelaterade hälsokontroller.

De studerande vid KTH har inte tillgång till den verksamhet som meddelas vid hälsocentralen. Genom att de studerande har möjlighet till representation i skyddskommittéerna har de på dessa vägar vissa men begränsade möjligheter för bevakning av en del av de för dem relevanta arbetsmiljöfrågorna. Hälsorådet är nu rådgivande med avseende på utformningen av olika arbetsmiljöer men då enligt nuvarande direktiv med syfte att skydda de anställdas säkerhet och hälsa. De studerande är därvid för närvarande inbegripna endast i de sammanhang de utgör en del av ett arbetsplatskollektiv.

De totala nettokostnaderna för den försöksvisa företagshälsovården vid KTH beräknas enligt inhämtade uppgifter till ca 230 kr. per anställd och år samt till ca 150 kr. per anställd och år om kostnaderna för de tekniska och sociala delarna exkluderas.

5.6.2 *Övrig försöksverksamhet*

Ett i *Östersund* relativt nystartat projekt tar sikte på att skapa en modell för företagshälsovård på en ort med flera statliga myndigheter, där den enskilda myndigheten inte är tillräckligt stor för att ensam till fullo kunna utnyttja en hälsovårdscentrals resurser.

I *Motala* syftar försöksverksamheten till att belysa problemen inom de små orterna, där samarbete med utomstående organ – i detta fall kommunen – är nödvändigt.

I samarbete med *Malmöhus läns landsting* prövas möjligheterna för små anställningsenheter på landsbygden att nå en samordning av företagshälsovården med landstingets sjukvårdande verksamhet.

Planer föreligger slutligen att starta ett femte statligt företagshälsovårdsprojekt i samarbete med *Stockholms läns landsting*. Därvid skulle landstingets externa hälsovårdsservice även komma att utnyttjas.

5.7 SPN:s förslag till riktlinjer för statlig personalhälsovård

Med anledning av ett Kungl. Maj:ts uppdrag 1974-05-10 har SPN nyligen avlämnat ett inom nämnden utarbetat förslag till riktlinjer för statlig personalhälsovård (SPN:s stencil, November 1974).

Enligt förslaget skall arbetstagare hos staten äga rätt att åtnjuta personalhälsovård. Denna rätt motsvaras av en skyldighet för staten, representerad av sina myndigheter, att sörja för personalhälsovård åt sina anställda.

Med personalhälsovård avses en på eller i närheten av arbetsplatsen upprättad verksamhet med syfte att

a. skydda arbetstagarna mot varje hälsorisk, för vilken de kan bli utsatta till följd av sitt arbete eller de förhållanden under vilka detta utförs,

b. medverka till arbetstagarnas fysiska och psykiska anpassning, särskilt genom arbetets anpassning till arbetstagarna samt genom anvisning av arbetsuppgifter, för vilka de är lämpade samt
c. medverka till att för arbetstagarna skapa och vidmakthålla högsta möjliga grad av fysiskt och psykiskt välbefinnande.

Avsikten är att personalhälsovård skall meddelas vid särskilda personalhälsovårdscentraler, vid vilka verksamheten skall omfatta en medicinsk, en teknisk och en personalsocial del. Detta innebär bl. a. att den sjukvård som i dag meddelas av s. k. anvisningsläkare skall upphöra. Detta syns emellertid vara en fråga på sikt och bero bl. a. på de resurser, som kan ställas till personalhälsovårdens förfogande.

SPN anser att varje personalhälsovårdscentral skall ha ett underlag av ca 1 500 statsanställda för sin verksamhet. För inrättande av sådan hälsovårdscentral krävs enligt förslaget SPN:s medgivande. Om statlig myndighet har ensam mer än 1 500 anställda inom en ort och dess närhet, får den – efter SPN:s medgivande – inrätta egen hälsovårdscentral. Är antalet statligt anställda inom ett sådant område mindre än 1500, kan avtal träffas om gemensam personalhälsovård för anställda vid statsmyndigheter, landsting, primärkommun eller privat företag.

Enligt SPN:s förslag skall det för varje personalhälsovårdscentral finnas ett *hälsoråd,* vars storlek och sammansättning bestäms efter överenskommelse mellan berörd myndighet och lokal facklig organisation. Hälsorådet förutsätts leda och samordna verksamheten samt inom fastställda ekonomiska ramar besluta om verksamhetens inriktning och prioritering.

Verksamheten vid den *medicinska delen* inom varje personalhälsovårdscentral ombesörjs av företagsläkare, företagssjuksköterskor och sjukvårdsbiträden. En viktig delfunktion är självfallet att meddela sjukvård åt de anställda och i det hänseendet sålunda överta de nuvarande anvisningsläkarnas uppgifter.

I överensstämmelse med vad som bör gälla inom företagshälsovård i allmänhet har SPN understrukit vikten av sjukdomsförebyggande åtgärder i sammanhanget. Häri ingår utförande av läkarundersökningar av nyanställda, av arbetstagare som skall omplaceras samt av sådana anställda, som har särskilt påfrestande och farliga arbetsförhållanden. Ett betydelsefullt hjälpmedel anses – särskilt när det gäller sistnämnda arbetstagarkategori – riktade hälsokontroller vara.

I linje härmed ligger SPN:s förslag att läkarna och sjuksköterskorna vid personalhälsovårdscentralerna skall ha att bedöma de hälsorisker som finns på de olika arbetsplatserna och vidta åtgärder för att eliminera sådana risker. Häri ligger också att läkarna och sjuksköterskorna skall medverka i informationsverksamhet och utbildning avseende hälsofrågor.

Slutligen föreslås de medverka i arbetet med att underlätta anställdas återgång till arbete efter arbetsoförmåga på grund av ohälsa och att vidta åtgärder, som är ägnade att underlätta rekryteringen av partiellt arbetsföra bl. a. genom att undanröja arbetsmiljöfaktorer, som förhindrar eller försvårar deras möjligheter att arbeta.

Personalhälsovårdscentralernas *tekniska del* består av tekniskt arbetarskydd, arbetshygien och ergonomi och omfattar åtgärder mot ohälsa och olycksfall i arbetet samt åtgärder till underlättande av arbetsutövningen. För denna verksamhet krävs medverkan av bl. a. skyddsingenjörer.

Den föreslagna *personalsociala delen* av personalhälsovårdsverksamheten syftar till att genom psykologiska, socialmedicinska och sociala åtgärder främja hälsa, effektivitet och arbetstillfredsställelse samt att åstadkomma rehabilitering av partiellt arbetsföra. Härför fordras medverkan av bl. a. kurator.

Bland de tänkta, närmare specificerade uppgifterna nämns i SPN:s förslag personlig rådgivning åt anställda med arbetsanpassningsproblem. SPN anser vidare, att de som verkar inom den personalsociala delen av verksamheten vid ifrågavarande hälsocentraler skall medverka vid planering av organisationsförändringar och därvid särskilt beakta de personalsociala konsekvenserna för den anställda och, om så bedöms erforderligt, föreslå förändringar i myndighetens personaladministration och organisation.

Som exempel på hur en personalhälsovårdscentral bör vara bemannad nämner SPN att det vid en sådan hälsocentral, som betjänar 1 500 anställda bör finnas

1 läkare
2 sjuksköterskor
1 skyddsingenjör
1 personalkonsulent och
1 sekreterare.

SPN beräknar att organisationen fullt utbyggd skulle omfatta ca 400 läkare för de ca 400 000 statligt anställda. Nämnden har dock framhållit, att det härvidlag inte kan vara fråga om någon mer exakt beräkning, eftersom personalhälsovårdsverksamheten kan tänkas anordnad på annat sätt, t. ex. genom samverkan med landstingskommunal hälso- och sjukvårdsverksamhet.

Kostnaderna för verksamheten, om den kan realiseras i enlighet med förslaget, beräknas av SPN till 75 000 000 kr per år efter återbäring från den allmänna försäkringen.

6 Högre utbildning samt framtida förändringar

6.1 Inledning

En i och för sig självklar yttre avgränsning av studerandehälsovårdens verksamhetsområde utgörs av universitets- och högskoleväsendets omfattning. Som tidigare visats (kapitel 3) har utbyggnaden och decentraliseringen av den akademiska utbildningen medfört en utvidgning också av studerandehälsovårdsorganisationens arbetsfält, i första hand geografiskt sett. I föreliggande kapitel (6.2) redovisas några av huvuddragen i denna utveckling samt den elevvårdande verksamhet i form av studie- och yrkesvägledning (6.3), som bedrivs. Med tanke på den framtida utvecklingen lämnas i detta kapitel vidare en redovisning av de förslag rörande den framtida högre utbildningens dimensionering och lokalisering, som framlagts av 1968 års utbildningsutredning i dess betänkande "Högskolan" (SOU 1973:2 – 6.4). Den särskilt tillsatta parlamentariska U 68-beredningens förslag berörs därvid även kortfattat. I ett särskilt avsnitt (6.5) redovisas vidare kortfattat några av de förslag, som nyligen framlagts av kompetenskommittén och som är av särskilt intresse för studerandehälsovårdsutredningen.

Av stor betydelse för olika verksamheter inom studentvärlden är det ganska vittförgrenade organisationsväsende, som etablerats och utvecklats inom de enskilda studentkårerna. Det obligatoriska medlemskapet i dylika sammanslutningar har satts under debatt, vilket resulterat bl. a. i tillsättandet av den s. k. kårobligatorieutredningen och obligatoriekommittén. Då obligatoriefrågan har sitt givna intresse i förevarande sammanhang, skall de för dessa utredningar gällande förutsättningarna och deras hittillsvarande arbeten även något behandlas (6.6). Slutligen redovisas ett förslag till införande av ett särskilt studiestöd för vuxenstuderande, framlagt av kommittén för studiestöd åt vuxna (SVUX) (6.7).

6.2 Några huvuddrag i universitets- och högskoleväsendets hittillsvarande utveckling

Antalet nyinskrivna vid universitet och högskolor ökade mycket kraftigt under hela 1960-talet fram t. o. m. läsåret 1968/69. Den viktigaste bakomliggande faktorn var gymnasiets expansion. Fr. o. m. 1968/69 har

emellertid tillströmningen minskat kontinuerligt. Största minskningen inträffade mellan 1970/71 och 1971/72, från ca 29 000 till ca 24 000. Tendensuppgifter för hösten 1973 avseende de fria fakulteterna tyder på en fortsatt minskning med ca 5 % per läsår.

Den höga tillströmningen 1968/69 har två förklaringar:

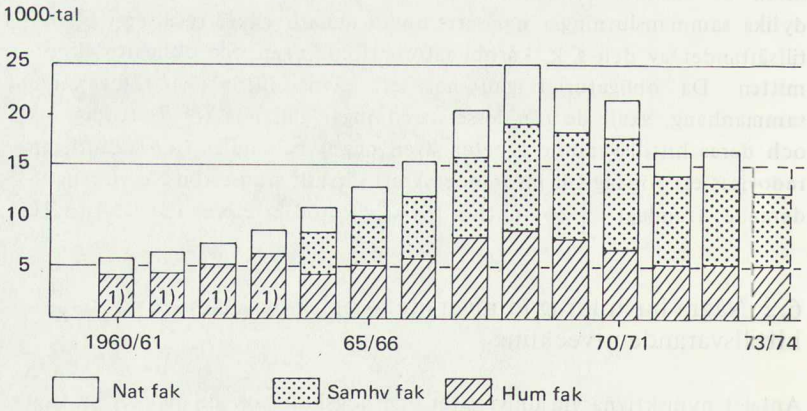
1. År 1968 fullbordade ungefär 36 000 elever sina gymnasiestudier jämfört med 32 000 året före och 28 000 året efter.
2. Åtskilliga studerande skrev in sig våren 1969 för att på så sätt undvika den nya och mer bundna studieordning som skulle tillämpas fr. o. m. höstterminen 1969.

Minskningen i den totala tillströmningen till universitet och högskolor, som skett de senaste åren, faller nästan helt på de filosofiska fakulteterna. Antalet nyinskrivna vid de spärrade utbildningarna har som nyss nämnts undergått tämligen små förändringar. Dock kan noteras, att intresset (dvs. antalet sökande) minskat för vissa av dessa utbildningar.

Antalet nyinskrivna vid matematisk-naturvetenskaplig fakultet 1972/73 var nästan exakt hälften så stort som 1968/69. För de filosofiska fakulteterna som helhet har tillströmningen 1973/74 preliminärt beräknats bli 60 % av tillströmningen 1968/69. Utvecklingen redovisas i diagram 6.1.

Diagrammen 6.2 och 6.3 ger en samlad bild av utvecklingen vad gäller antalet nyinskrivna och närvarande studerande vid universitet och högskolor. De visar, att nettoantalet nyinskrivna i grundutbildningen sjunkit sedan slutet av 1960-talet. Kurvan för antalet närvarande studerande steg däremot brant under ytterligare ett par år fram till 1970/71, innan en nedgång märktes.

Sedan verksamhetsåret 1969/70 gäller särskilda bestämmelser om försöksverksamhet med vidgat tillträde till högre utbildning (SFS 1969:68, ändrad senast 1973:675). Under de senaste läsåren har

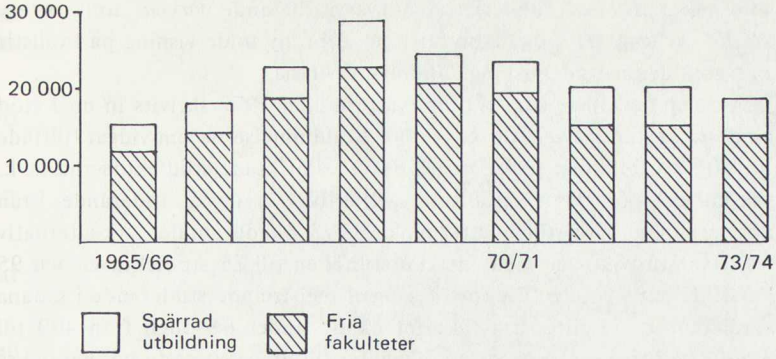


1) Inklusive studerande i samhällsvetenskapliga ämnen

Källa: SCB-rapport 1974:6

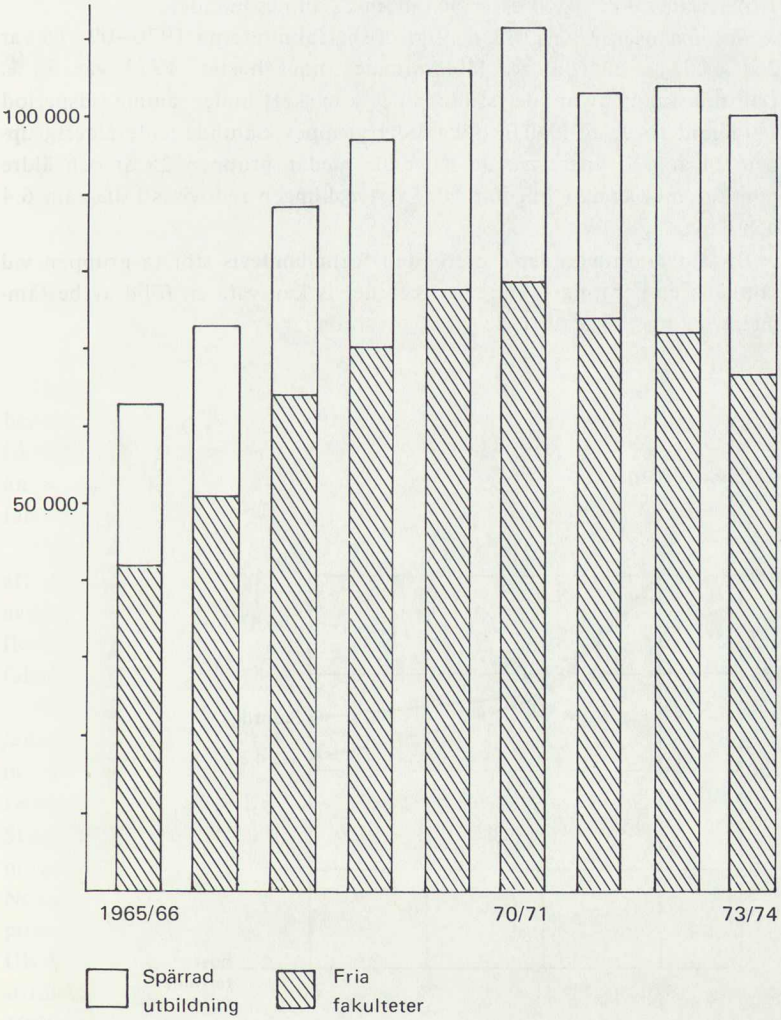
Diagram 6.1 Antal första gången inskrivna studerande vid de filosofiska fakulteterna 1960/61–1973/74

Uppgifterna för 1972/73 är preliminära och sannolikt något tusental för höga. Uppgifterna för 1973/74 är skattade.



Källa: UKÄ:s petita 1975/76

Diagram 6.2 Nettoantal nyinskrivna vid universitet och högskolor 1965/66–1973/74



Källa: UKÄ:s petita 1975/76

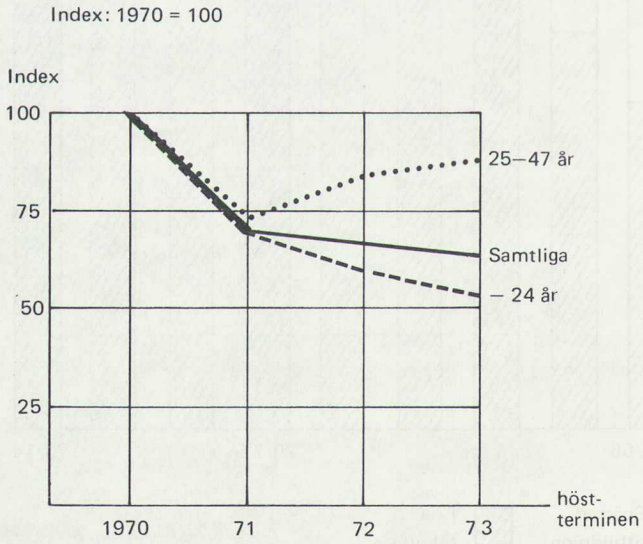
Diagram 6.3 Antal närvarande studerande inom grundutbildningen

universiteten också underlättat förvärvsarbetande *vuxnas universitetsstudier* genom att i ökad omfattning anordna undervisning på kvällstid och göra denna undervisning känd bland vuxna.

Antalet personer, som t. o. m. vårterminen 1972 skrivits in med stöd av dessa bestämmelser, var ca 4 600. Bestämmelserna om vidgat tillträde till högre utbildning gäller också de yrkesinriktade studiekurserna (s. k. yrk-kurser), som visat sig alltmer attraktiva för dessa studerande. Från höstterminen 1969 till höstterminen 1973 ökade antalet yrk-alternativ från två studiekurser med fem kurstillfällen till 25 studiekurser och 95 kurstillfällen. Antalet för första gången registrerade studerande i sådana studiekurser vid filosofisk fakultet ökade under perioden från 400 till 3 600. De förvärvsarbetandes möjligheter till universitetsstudier har också underlättats av att den decentraliserade universitetsundervisningen under senare år utvecklats mycket starkt. Denna omfattade höstterminen 1973 1 690 studerande på 24 orter och inom 22 ämnesområden.

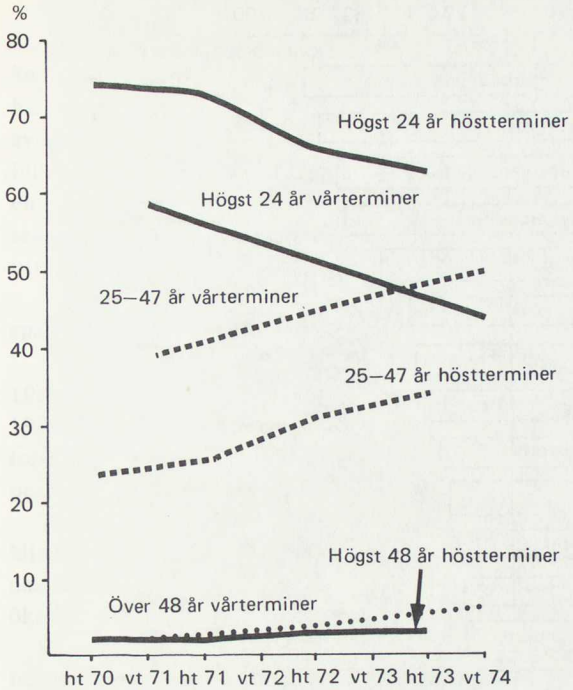
Av alla nyinskrivna vid de filosofiska fakulteterna 1970–09–15 var 26 % 25 år eller äldre. Motsvarande andel hösten 1973 var 38 %. Den minskning av antalet studerande, som skett under samma tidsperiod är ojämnt fördelad mellan olika åldersgrupper. Sålunda hade åldersgruppen 24 år och yngre nästan halverats medan gruppen 25 år och äldre minskat med endast ungefär 10 %. Utvecklingen redovisas i diagram 6.4 och 6.5.

De äldre studerandena utgör den förhållandevis största gruppen vid samhällsvetenskaplig fakultet, vilket delvis kan vara en följd av bestämmelserna om vidgat tillträde till högre studier.



Källa: UKÄ:s petita 1975/76

Diagram 6.4 Index för antal nyinskrivna vid de filosofiska fakulteterna per 15 september höstterminerna 1970–1973. Fördelning på ålder



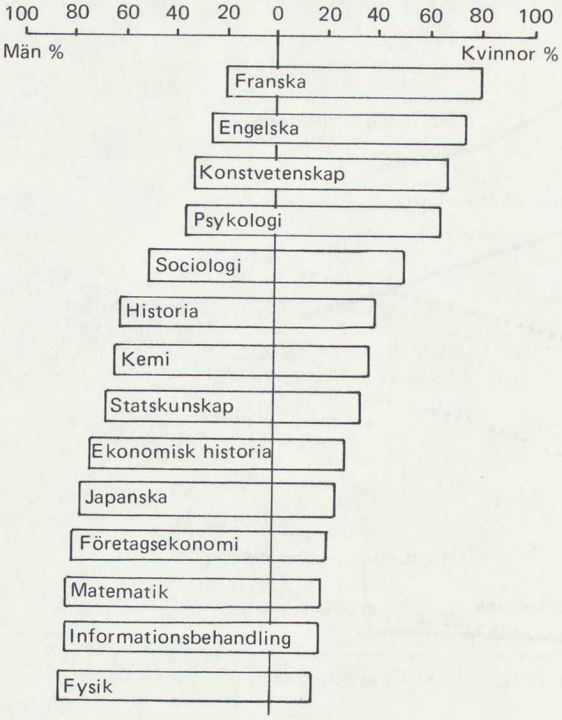
Källa: UKÄ:s petita 1975/76

Diagram 6.5 Åldersfördelning för nyinskrivna vid filosofisk fakultet. Procentuell andel av olika ålderskategorier under höst- och vårterminen ht. 1970–vt. 1974

Den traditionellt sneda könsfördelningen i rekryteringshänseende består i stort sett oförändrad. I diagram 6.6 återges den procentuella fördelningen mellan kvinnor och män, som registrerats inom skilda ämnesområden på grundutbildningsnivå inom några ämnen vid filosofisk fakultet höstterminen 1973.

Fr. o. m. hösten 1972 tillfrågades de nyinskrivna om de hade för avsikt att *avlägga examen* eller ej. Andelen studerande som sade sig ha sådan avsikt var endast 47 % ht 1972 och 40 % ht 1973. Av dessa tillhörde de flesta de yngre åldersgrupperna och de nyinskrivna vid naturvetenskaplig fakultet. Siffrorna redovisas i tabell 6.1.

Fr. o. m. 1969/70 genomfördes en *ny studieordning vid filosofisk fakultet* – det s. k. PUKAS-systemet. Ett antal fasta utbildningslinjer, inom vilka vissa ämnen skulle läsas i en fastställd ordning inrättades. Dessa allmänna utbildningslinjer förutsattes väljas av flertalet studerande. Studerande kunde också efter särskild prövning beviljas särskild utbildningslinje, bestående av den ämneskombination studeranden föredrog. Normalt förväntades en studerande genom en termins studier avlägga 20 poäng, varvid 1 poäng beräknades motsvara en veckas studier. I UKÄ-rapport 1974:5 lämnas en redogörelse för studerandeutveckling, studieprogram, studieresultat och arbetsformer vid filosofisk fakultet 1969–1973. Av rapporten framgår bl. a. att allt färre väljer de inom PUKAS-systemet inrättade allmänna utbildningslinjerna.



Källa: UKÄ:s petita 1975/76.

Diagram 6.6 Andel kvinnor resp. män av registrerade studerande inom vissa ämnesområden vid filosofisk fakultet ht. 1973.

Tabell 6.1 Studieavsikter för nyinskrivna vid de filosofiska fakulteterna per 15 september höstterminerna 1972 och 1973. Fördelning på ålder.

Fakultet	1972			1973		
	–24	25–	Samtliga	–24	25–	Samtliga
Humanistisk						
Examen	50	28	43	40	23	34
Ej examen	50	72	57	60	77	66
Samtliga	100	100	100	100	100	100
Samhällsvetenskaplig						
Examen	57	23	44	54	23	41
Ej examen	43	77	56	46	77	59
Samtliga	100	100	100	100	100	100
Naturvetenskaplig						
Examen	74	23	63	63	21	52
Ej examen	26	77	37	37	79	48
Samtliga	100	100	100	100	100	100
Alla fakulteter						
Examen	58	25	47	51	23	40
Ej examen	42	75	53	49	77	60
Samtliga	100	100	100	100	100	100

Källa: SCB-rapport 1974:6.

Under hela 1960-talet och fram till de allra senaste åren har antalet *sökande till olika spärrade utbildningar* i allmänhet varit väsentligt större än antalet tillgängliga utbildningsplatser. Under de senaste två–tre åren har emellertid – som också tidigare påpekats – intresset minskat för vissa av de spärrade utbildningarna, t. ex. teknisk utbildning och receptarieutbildning. Vid ansökningstillfället höstterminen 1974 konstaterades även en minskning av intresset till läkar- och tandläkarstudier. På vissa sektioner inom de tekniska högskolorna har inte ens alla intagningsplatser utnyttjas. Framförallt är detta fallet vid högskolan i Linköping.

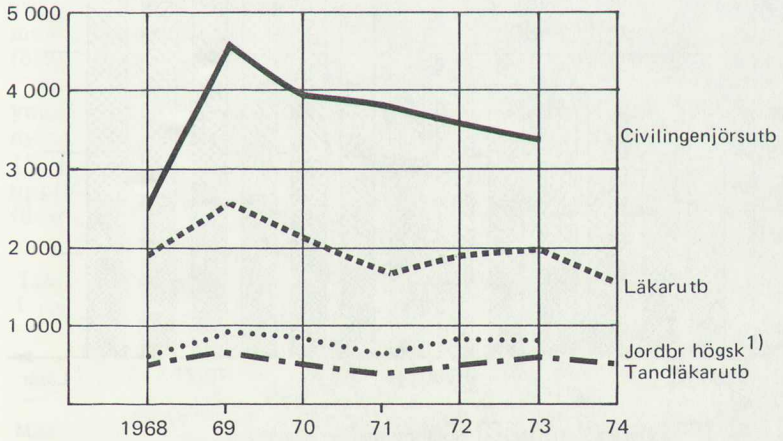
I diagram 6.7 redovisas antal förstahandssökande till några av de spärrade utbildningarna 1968–1974 (siffrorna avser höstterminerna).

Examinationen vid de fria fakulteterna ökade kontinuerligt under hela 1960-talet och fram t. o. m. läsåret 1971/72. Under första hälften av 1960-talet var ökningen ganska måttlig. Från 1965/66 till 1971/72 trefaldigades expansionen. Mest markant var ökningen under denna period vid samhällsvetenskaplig fakultet, från ca 800 till ca 4 500.

Läsåret 1972/73 har dock en viss nedgång i examinationen inträffat. Minskningen faller på de humanistiska och naturvetenskapliga fakulteterna. Examinationen vid de samhällsvetenskapliga fakulteterna fortsatte att öka även 1972/73.

En bearbetning av SCB:s register över studerande vid universitet och högskolor visar, att andelen examinerade av första gången inskrivna studerande vid de filosofiska fakulteterna varit förvånansvärt stabil under 1960-talet.

De senaste årens nybörjare har inte kunnat följas tillräckligt lång tid, för att det skall vara möjligt att avgöra om några nämnvärda förändringar i examinationsfrekvensen ägt rum. Däremot visar registerbearbetningen,



1) Utbildning av agronomer, hortonomer, landskapsarkitekter, jägmästare och veterinärer.

Källa: SCB-rapport 1974:6

Diagram 6.7 Antal förstahandssökande till vissa spärrade utbildningar höstterminerna 1968–1974.

att den andel, som slutat studera utan att avlägga examen, ökat påtagligt under andra hälften av 1960-talet. Till en del kan detta förklaras av att genomsnittsåldern hos de nyinskrivna successivt höjts. Undersökningen visar emellertid, att även bland de unga nybörjarna har andelen som slutat studera ökat. Den påtalade ökningen är genomgående för de tre filosofiska fakulteterna med den högsta andelen vid samhällsvetenskaplig fakultet.

Sammanfattningsvis skulle man kunna säga, att andelen examinerade efter tre års studier vid de filosofiska fakulteterna för närvarande är ungefär densamma som under 1960-talet. Däremot är den andel, som är kvar i studier klart mindre. Detta torde innebära, att den andel som till slut kommer att ta examen blir lägre än under 1960-talet.

Vid de spärrade utbildningarna har nämnda utveckling givetvis inte varit lika påtaglig, beroende på att tillströmningen är reglerad. Under de senaste två–tre åren har utvecklingen varit ganska ojämn, vilket dock främst har tekniska förklaringar (avskaffandet av spärrad ekonomutbildning i Lund, Umeå och Göteborg samt den förkortade läkarutbildningen 1966/67). Utvecklingen redovisas i diagram 6.8.

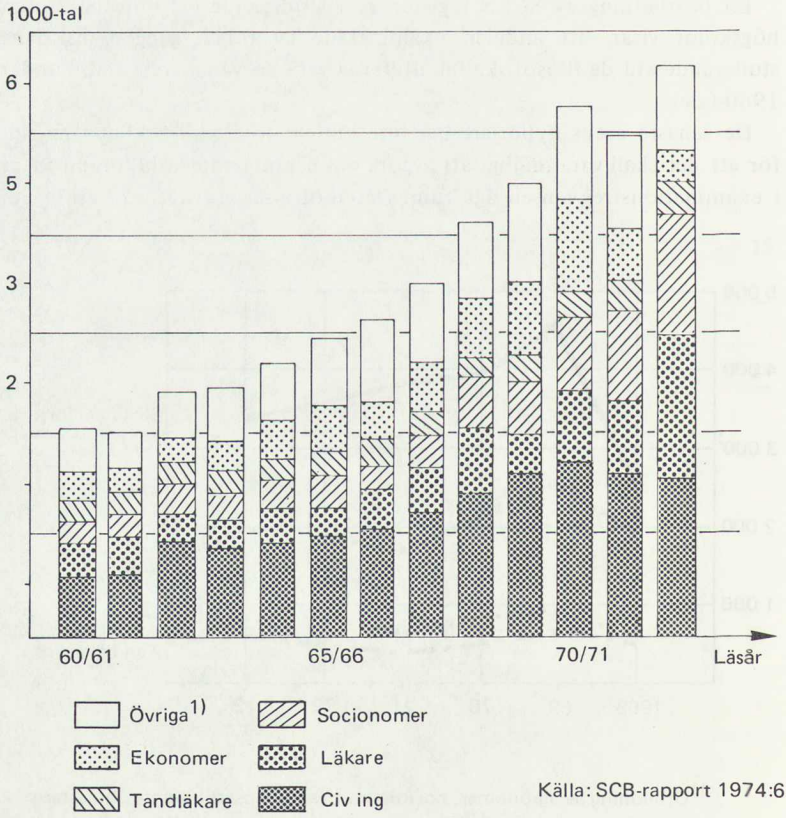


Diagram 6.8 Antal examinerade vid spärrade utbildningar vid universitet och högskolor 1960/61–1972/73

Källa: SCB-rapport 1974:6

[1)] Tekniska magistrar, apotekare, receptarier, jägmästare, agronomer, hortonomer, veterinärer, gymnastik- och idrottslärare, journalister

Rekryteringen till högre utbildning har även uppmärksammats i en av UKÄ publicerad skrift "Gymnasieutbildning och social skiktning" (B. Gesser–E. Fasth, UKÄ Juli 1973). I denna redovisas vissa uppgifter rörande rekrytering till eftergymnasial utbildning perioden 1968–72. Författarna har bl. a. genomfört en undersökning av nyinskrivna vid universitetet i Lund samt vid universitetsfilialen i Växjö höstterminen 1972. Av det enligt författarna bristfälliga materialet som finns tillgängligt dras följande tentativa slutsatser.

"En viss minskning av andelen nyinskrivna kvinnor vid universitet och högskolor synes ha ägt rum under perioden. Fortfarande är skillnaden stor mellan kvinnliga och manliga studerandes val av annan än filosofisk utbildning vid universitet och högskolor, om vi utgår ifrån att förhållandena på övriga universitetsorter liknar dem som föreligger i Lund–Växjö-regionen. Andelen män som går till icke-filosofisk fakultet är här nästan dubbelt så stor som andelen kvinnor, vilket leder till att endast något över 20 procent av nyinskrivna vid dessa fakulteter utgörs av kvinnor.

Andelen nyinskrivna i ålder 24 år eller äldre synes under perioden ha ökat från en femtedel till närmare en tredjedel, vilket innebär, att ungdomsutbildningen vid universitet och högskolor minskat kraftigt under de senaste fem åren. Enligt den av oss framförda åsikten utgör ökningen av andelen äldre nyinskrivna en positiv utveckling, vars betydelse dock minskas av att man finner att denna trend i stort sett är begränsad till de filosofiska fakulteterna till stor del beroende på kompetensbestämmelserna. Av Lund-Växjö-materialet framgår, att skillnaden i åldersfördelning mellan filosofisk och icke-filosofisk fakultet är betydande.

Under 1960-talet ökade andelen barn från arbetarhem vid universitet och högskolor. Antalsmässigt vann emellertid ungdomar från andra sociala skikt flera platser än ungdomar från arbetarhem. Under den period då antalet nyinskrivna vid universitet och högskolor minskade synes ökningen av andelen manliga studerande från arbetarhem ha avstannat, medan andelen kvinnor från samma skikt tycks ha minskat med ett par procent. Antalsmässigt har arbetarskikten som helhet förlorat minst i absoluta tal på nedgången.

Den sociala snedrekryteringen är betydligt större i vårt material bland yngre än bland äldre studerande. I Lund och Växjö var andelen nyinskrivna från arbetarhem bland dem som var födda 1950 eller senare 18 procent mot 30 procent i den äldre gruppen. Denna skillnad uppträder både hos män och kvinnor samt bland nyinskrivna vid både filosofisk och vid icke-filosofisk fakultet.

Tabell 6.2 Andel från arbetarhem av de nyinskrivna vid filosofisk fakultet i procent

		1962/63	1968/69	1971/72
Män	>23 år	16	21	22
	⩾24 år	24	25	30
Kvinnor	>23 år	14	19	20
	⩾24 år	15	21	21

Källa: SCB; Utvecklingstendenser inom den högre utbildningen. PM 1973-03-07.

Uppgifter rörande nyinskrivna vid filosofisk fakultet i Lund 1960–72 pekar på, att det i synnerhet är ungdomar från arbetarhem, där fäderna tillhör de mindre privilegierade arbetarskikten, som mer eller mindre elimineras av det svenska utbildningssystemet."

I tabell 6.2 redovisas antalet nyinskrivna från arbetarhem i procent åren 1962/63, 1968/69 samt 1971/72 vid filosofisk fakultet.

6.3 Studie- och yrkesvägledning vid universitet och högskolor

Vid de större läroanstalterna finns särskilda studievägledartjänster inrättade. Målet för den studievägledande verksamheten är att ge individen underlag för studievalet, såväl med hänsyn till dennes inriktning och egna intressen som samhällets behov av arbetskraft, bistå den studerande vid studiernas uppläggning och genomförande, ersätta eventuell bristande kontakt mellan lärare och studerande samt utnyttja erfarenheterna i studievägledningsarbetet för en fortlöpande revidering av undervisningen.

Studievägledning bedrivs dels på central nivå (förvaltningsnivå), dels på institutionsnivå (vid teknisk fakultet sektionsnivå). En av de viktigaste uppgifterna för studievägledaren på institutionsnivå är uppsökande studievägledning. Sådan uppsökande verksamhet bedrivs vid praktiskt taget alla institutioner, dock i olika former och med olika intensitet. Omfattningen av studievägledarverksamheten på institutionsnivå (läsåret 1974/75) i form av tjänster för sådan verksamhet redovisas i tabell 6.3.

Förvaltningarna vid universiteten har för budgetåret 1974/75 ca 25 befattningshavare sysselsatta med studievägledning.

För att erhålla yrkesvägledning, för vilken ansvaret åvilar arbetsmarknadsstyrelsen (AMS), finns huvudsakligen två vägar. En eller ett par dagar i veckan har en yrkesvägledare mottagning vid universitet eller universitetsfilial. Antalet sådana yrkesvägledningstimmar uppgick läsåret

Tabell 6.3 Fördelning av studievägledartjänster på institutionsnivå 1974–1975

	Uppsala univ.	Lunds univ.	Göteborgs univ.	Stockholms univ.	Umeå univ.	Linköping univ.	Totalt
Humanistisk fakultet	7,5	7,5	6,5	10,0	2,5	1,5	35,5
Juridisk fakultet	1,0	1,0	–	1,5	–	–	3,5
Samhällsvetenskaplig fakultet	10,0	10,5	10,0	11,5	5,5	3,5	51,0
Matematisk fakultet	3,5	2,5	3,5	4,0	2,0	1,0	16,5
Teologisk fakultet	0,5	0,5	–	–	–	–	1,0
Totalt	22,5	22,0	20,0	27,0	10,0	6	107,5

1973/74 totalt vid läroanstalterna till ca 40 per vecka. Dessutom kan länsarbetsnämndernas yrkesvägledningsrespektive arbetsförmedlingsenheter uppsökas. Någon statistik över antalet sådana besök av studerande vid de olika kårorterna finns inte att tillgå.

Vidare har UKÄ i samarbete med AMS bedrivit en försöksverksamhet med s. k. arbetsmarknadsseminarier på olika institutioner. Seminarierna, vilka omfattat sex timmar, har letts av studievägledare, i vissa fall i samarbete med yrkesvägledare. Syftet med verksamheten har varit att öka de studerandes kunskaper om arbetsmarknaden och deras möjligheter att aktivt påverka sin situation vid utträdet på arbetsmarknaden.

6.4 1968 års utbildningsutredning (U 68) och U 68-beredningen

Av de frågor beträffande den framtida universitets- och högskoleutbildningen, som *1968 års utbildningsutredning (U 68)* (SOU 1973:2) behandlat, tilldrar sig från studerandehälsovårdsutredningens synpunkt dimensionerings- och lokaliseringsproblematiken det största intresset.

För att rätt kunna förstå vidden av U 68:s förslag måste först och främst slås fast, att utredningen givit begreppet högskoleutbildning en helt annan innebörd än vad som inbegrips i den nuvarande utbildningen vid universitet och högskolor. Med högskoleutbildning i U 68:s mening förstås i princip all eftergymnasial utbildning eller – om man så vill – högre utbildning. Inom högskoleutbildningen i den av U 68 föreslagna omfattningen kommer att inrymmas sådana vårdyrkesutbildningar som sjuksköterskeutbildning, sjukgymnastutbildning och arbetsterapeututbildning samt medicinskt teknisk assistentutbildning. Sådana högre specialkurser, som utgör en direkt, inte sällan i tiden omedelbar fortsättning på viss tvåårig linje i gymnasieskolan skall dock även framdeles betraktas som gymnasieutbildning.

U 68 prioriterar samtidigt en ny utbildningsform – s. k. återkommande utbildning – vilken till sitt väsen är en utveckling av den nuvarande vuxenutbildningen. Denna utbildningsväg är avsedd för dem som vill varva studieperioder med perioder av yrkesverksamhet och skall vara öppen för såväl studerande med gymnasiekompetens som för elever som saknar konventionell studiebakgrund. Studieformen återkommande utbildning ingår givetvis också i den nya vidgade högskolan.

En konsekvens av ett införande av den föreslagna nya ordningen kan förmodas bli ett väsentligt tillskott av högskolestuderande. Å andra sidan kan expansionen icke drivas för långt på grund av risken för överproduktion av högutbildad arbetskraft. U 68 har därför formulerat den principen för dimensioneringen av högskoleutbildningen, att högskolan skall tillgodose såväl samhällets behov av högskoleutbildad arbetskraft som individens behov av eller önskemål om sådan utbildning, så långt dessa två behovsaspekter går att förena. U 68 har för den skull föreslagit, att antagningen till högskoleutbildning skall vara baserad på dels en långsiktig planeringsverksamhet med behovs- och utflödeskalkyler som

väsentliga avvägningselement, dels årligen återkommande beslut om antagning av antalet studerande till olika utbildningslinjer – med undantag av den återkommande utbildningen. I praktiken innebär förslaget, att alla utbildningslinjer inom högskolan kommer att bli spärrade.

För närvarande finns omkring 140 000 studerande vid våra universitet och högskolor. U 68 kalkylerar med två planeringsgränser för den framtida högskolans dimensionering. Den övre gränsen svarar mot en antagning 1976/77 av cirka 42 000 studerande, vilket antal därefter årligen ökas med 2 % under den aktuella planeringsperioden, dvs. fram t. o. m. läsåret 1983/84. Den nedre gränsen svarar mot en antagning 1976/77 av cirka 37 000 studerande samt en motsvarande 2 %-ig årlig ökning av studerandeantalet. Härutöver räknar utredningen med att antalet studerande på enstaka kurser och studiekurser kommer att motsvara 1976/77 ca 20 000 och 1983/84 ca 35 000 heltidsstuderande. Det betyder, att man läsåret 1983/84 i studiesystemet på en gång skulle ha mellan 190 000 (enligt det högre alternativet) och 170 000 (enligt det lägre alternativet) studerande. Här bör dock understrykas, att prognoserna dels är behäftade med stor osäkerhet, dels starkt kritiserats i flera av remissvaren på betänkandet.

Införandet av den återkommande utbildningen kan vidare väntas medföra en stark ökning av antalet äldre studerande inom högskoleutbildningen.

Den föreslagna nya innebörden av begreppet högskoleutbildning torde också medföra, att ett antal nya läroanstalter måste beredas plats i utbildningsorganisationen. Samtidigt blir huvudmannaskapet för denna utbildning inte längre en enbart statlig angelägenhet. Det kommer sålunda att finnas läroanstalter på högskolenivå även under landstingskommunalt och primärkommunalt huvudmannaskap. Detta utgör en av grunderna för U 68:s förslag i lokaliseringsfrågan. En annan är strävan till decentralisering av utbildningen. Den framtida högskoleutbildningen kan uppenbarligen icke förläggas enbart till de nuvarande universitetsorterna och orterna med s. k. universitetsfilialer.

U 68 har föreslagit, att riket skall indelas i sex utbildningsregioner, grupperade kring vart och ett av de nuvarande universiteten i Lund/Malmö, Göteborg, Linköping (högskola), Stockholm, Uppsala och Umeå. Inom varje sådan region är det meningen, att det skall finnas ett fullständigt utbildningsutbud inklusive forskning.

Härunder skall landet vara indelat i 19 högskoleområden med permanenta resurser i vart och ett av dem för grundläggande högskoleutbildning. Härtill kommer en föreslagen avsevärd ökning av enstaka kurser och studiekurser, som i betydande utsträckning är avsedd att ges som decentraliserad utbildning utanför orterna med permanenta högskoleresurser. Nya högskoleutbildningsorter blir enligt förslaget bl. a. Sundsvall, Härnösand, Falun, Borlänge, Kalmar, Kristianstad och Halmstad. U 68:s förslag till lokalisering och dimensionering av högskoleutbildningen, framgår av tabell 11.3 sid. 199.

Vid remissbehandlingen har bl. a. U 68:s förslag till decentralisering

och lokalisering av högskoleutbildningen blivit föremål för stark kritik. Med anledning härav tillkallade chefen för utbildningsdepartementet genom beslut 1974-03-14 sex riksdagsledamöter att som sakkunniga inom utbildningsdepartementet medverka i beredningen av U 68:s förslag. *Beredningsgruppen* (i fortsättningen benämnd U 68-beredningen) presenterade 1974-08-20 sina överväganden i en promemoria ("Högskolereform" Ds U 1974:6). I det följande skall redogöras för U 68-beredningens ställningstaganden i de avseenden dessa har anknytning till studerandehälsovårdens framtida utformning samt avviker från U 68:s förslag.

I fråga om högskoleväsendets lokalisering ansluter beredningen sig till U 68:s principiella ställningstaganden. Beredningen anser dock, att det inte är ändamålsenligt att nu genom centrala beslut binda ordning och tidpunkter för utbyggnad av olika slag av utbildningar på de berörda orterna.

När det gäller den institutionella organisationen föreslår beredningen, att en regional styrelse för högskoleutbildningen upprättas i var och en av de av U 68 föreslagna sex utbildningsregionerna. Den regionala organisationen bör i princip förbehållas sådana planerings- och samordningsuppgifter, som bör eller måste fullgöras över gränserna mellan enheter och högskoleområden. En huvuduppgift för en regionstyrelse bör vara att svara för planering av regionens samlade utbud av lokala och individuella utbildningslinjer samt enstaka kurser och studiekurser. För att styrelsen skall kunna fullgöra sitt övergripande planeringsansvar, är det enligt U 68-beredningen nödvändigt att den förses med kansliresurser som formellt och reellt är fristående från de olika berörda enheterna och deras förvaltningar.

För flertalet högskoleområdens del utgår beredningen från att U 68:s förslag bör genomföras i vad avser sammanförande av befintlig statlig högskoleutbildning – med enstaka undantag – i en administrativ enhet under en styrelse.

För de med avseende på verksamhetens omfattning största högskoleområdena föreslår beredningen, att det dock skall kunna finnas flera i princip självständiga enheter, var och en utgörande en myndighet med egen styrelse. Indelningen i enheter bör enligt beredningen närmare utredas av de särskilda organisationskommittéer U 68 föreslagit för var och en av de sex utbildningsregionerna.

Oavsett om den separata organisationen för studerandehälsovård i framtiden kommer att finnas eller inte, vill utredningen här blott konstatera, att U 68:s förslag – om de genomförs utan ytterligare modifikationer – kommer att medföra en icke oväsentlig ökning av antalet högskolestuderande samt en förhöjning av antalet äldre studerande, vilken sistnämnda omständighet i sin tur betyder fler studerande i mer sjukdomsfrekventa åldrar. Om lokaliseringsförslagen realiseras, kommer högskoleverksamheten att få en större geografisk spridning, vilket redan i sig innebär tidigare icke förutsedda problemställningar med anknytning till frågan om hur studerandenas behov av tillgång på hälso- och sjukvård för framtiden bör lösas.

Enligt vad som meddelats av utbildningsdepartementet avses en

proposition med anledning av U 68:s och U 68-beredningens förslag komma att presenteras riksdagen under våren 1975.

6.5 Kompetenskommittén

Statsrådet och chefen för utbildningsdepartementet tillkallade 1972-06-30 fyra sakkunniga för utredningsarbete om gymnasieskolans kompetensvärde. De sakkunniga, som antog namnet kompetenskommittén, överlämnade ett slutbetänkande i september 1974 ("Om behörighet och antagning till högskolan", SOU 1974:71).

Utformningen av de allmänna behörighetsvillkoren är huvudsakligen fastslagna genom beslut av riksdagen 1972 (prop. 1972:84, UbU 1972:31, rskr 1972:240), vilket innebär krav på avslutad minst två-årig linje i gymnasieskolan med fullständig studiekurs samt förkunskaper i svenska och engelska motsvarande lägst två årskurser på social linje. Kompetenskommitténs uppgift har huvudsakligen varit att lägga fram förslag om den allmänna behörigheten beträffande gymnasieskolans specialkurser och utbildningar utanför gymnasieskolan.

Kommittén föreslår bl. a. att den som är 25 år eller äldre skall få allmän behörighet till *all* högskoleutbildning (i det följande betecknas universitets–högskoleutbildning som *högskoleutbildning*) genom minst fem års arbetslivserfarenhet. Därutöver skall de sökande kunna redovisa förkunskaper i engelska motsvarande den lärokurs i ämnet, som gäller för gymnasieskolans sociala linje. Detta krav skall primärt gälla sökande till fullständiga utbildningslinjer. För sökande till enstaka kurser skall en mera informell prövning av förkunskaperna i engelska kunna göras.

Utöver de ovan föreslagna allmänna förkunskaperna bör enligt kommittén särskilda förkunskaper gälla för olika utbildningslinjer. För dessa fall föreslår kommittén, att de sökande skall ha ett betygsmedelvärde, som uppgår till lägst 3,0 eller motsvarande i de ämnen, där särskilda förkunskaper fordras.

Förslagen om särskilda förkunskapskrav är uttryckta i gymnasieskolans ämnen och årskurser. Kompetenskommittén betonar dock, att de sökande, som har kompetens för en högskoleutbildning men som saknar gymnasieskolbetyg i föreskrivna ämnen, inte får hindras från att antas av sådana formella skäl. Kunskaper som redovisas exempelvis genom annan utbildning, genom icke skolmässiga studier och genom speciell yrkesverksamhet skall således generellt eller efter individuell prövning kunna ge behörighet. Kommittén anser, att behörighetsbedömningen bör kunna bli i hög grad informell beträffande sökande till enstaka kurser. Personer, som söker sådan utbildning efter en relativt lång yrkesverksamhet, bör själva med ledning av förkunskapskraven och – om så behövs – i samråd med studievägledare, kunna avgöra om de är behöriga eller inte.

När det gäller urval bland behöriga sökande bör enligt kommittén det första kriteriet vara de studerandes förväntade lämplighet för de avsedda studierna. Vid antagning till fullständiga utbildningslinjer föreslås en

kvotering komma till stånd. De sökande delas vid urvalet in i följande fyra grupper:

I Sökande från tre (fyra-)-årig linje i gymnasieskolan och från motsvarande, huvudsakligen avvecklade skolformer
II Sökande från tvåårig linje eller linjekonstruerad specialkurs i gymnasieskolan och från motsvarande, huvudsakligen avvecklade skolformer
III Övriga behöriga sökande, som ej tillhör grupp IV
IV Sökande med utländsk behörighetsgivande utbildning. Ej svenska medborgare, som är 25 år och har minst fem års yrkesverksamhet.

De urvalsinstrument, som används, skall vara betyg från behörighetsgivande skola, resultat av studielämplighetsprov samt arbetslivserfarenhet. Betyg används endast i grupp I och II. Arbetslivserfarenheten måste för att vara meritgivande vara minst 15 månader lång. Studielämplighetsprov föreslås vara frivilligt att genomgå.

Urvalsreglerna för enstaka kurser föreslås utformade på ett annat sätt. Speciell hänsyn skall här tas till dem som söker fortbildning eller vidareutbildning.

Kommitténs förslag kan tidigast träda i kraft vid antagning av studerande inför höstterminen 1976. De föreslagna åtgärderna, som avser att ytterligare stimulera nya grupper till högskolestudier, torde inte medföra några drastiska förändringar av studerandepopulationens sammansättning. På lång sikt kan emellertid förslaget – om det genomförs – komma att ytterligare öka inslaget av vuxna studerande inom denna population.

Kompetenskommitténs betänkande är nu föremål för remissbehandling och väntas bli föremål för riksdagsbehandling våren 1975.

6.6 Kårobligatorieutredningen och obligatoriekommittén

De studerande vid universiteten och flertalet av landets högskolor är skyldiga att vara medlemmar i och erlägga avgift till studentsammanslutningar av olika slag. Denna skyldighet avser medlemskap i studentkår eller elevkår och i förekommande fall dessutom i nation eller studentförening för fakultet. Sammanslutningarna i fråga har till ändamål att främja medlemmarnas studier och vad därmed äger sammanhang; i första hand sker detta genom s. k. studerandefacklig verksamhet. Härutöver bedrivs ofta kurativ verksamhet och studiesocial service, hälso- och sjukvård för studerande, restaurangrörelse för studerande samt idrotts- och motionsverksamhet m. m. Sådan verksamhet bedrivs mestadels indirekt genom särskilda service- och samarbetsorgan, ekonomiska föreningar och stiftelser m. fl. i anslutning till studerandesammanslutningarna.

Detta organisationsväsende, som i sina ursprungsformer har mycket gamla anor, har under de senaste decennierna expanderat kraftigt. Samtidigt har frågan väckts om lämpligheten av nuvarande föreskrifter om obligatoriskt medlemskap såväl från principiella utgångspunkter som med hänsyn till de olikheter, som föreligger i detta avseende mellan

skilda läroanstalter. År 1968 tillsatte SFS en utredning om kårobligatoriet, som 1969 avgav betänkandet "Obligatoriskt medlemskap i studentkår". Vissa studentkårer började våren 1970 att själva avveckla den egna verksamheten och begärde att det obligatoriska medlemskapet skulle avskaffas.

För att få underlag för en närmare diskussion om det obligatoriska medlemskapet tillkallade statsrådet och chefen för utbildningsdepartementet med stöd av Kungl. Maj:ts bemyndigande 1970-07-15 en sakkunnig med uppdrag att bl. a. kartlägga studerandesammanslutningarnas verksamhet och deras ekonomiska och rättsliga förhållanden, att klarlägga vilken betydelse olika delar av verksamheten har för den enskilde studeranden och olika grupper av studerande samt att analysera i vad mån obligatoriet är en förutsättning för olika delar av verksamheten. Det var däremot *icke* fråga om att avge förslag om obligatoriet borde behållas eller avskaffas eller om lösningen av de problem, som aktualiseras vid ett eventuellt avskaffande av detsamma.

Den s. k. kårobligatorieutredningen avgav 1973-06-15 sitt betänkande "Studentsammanslutningarnas verksamhet" (Utbildningsdepartementet 1973: 78). Utredningens kartläggning baseras på en systematisk undersökning av inemot 200 studerandeorganisationer av olika slag, kompletterat med en riksomfattande enkätundersökning bland de studerande m. m.

Det kan noteras, att kårobligatorieutredningen bland andra aktiviteter också behandlat studerandehälsovården, dess organisation och förutsättningar över huvud.

Här är icke platsen att gå in på en analys av de resultat kårobligatorieutredningen redovisat på grundval av sitt arbete. Kårobligatorieutredningens resultat i avseende på studerandehälsovård redovisas dock kortfattat i avsnitt 8.5.2. I detta sammanhang skall blott noteras den allmänna slutsats obligatorieutredningen dragit när det gäller frågan om vilken betydelse studerandeorganisationernas verksamhet har för den enskilde studeranden.

Den service som tillhandahålls blir självfallet mer uppskattad, om den kan erbjudas till lägre pris än som eljest krävs, framhåller utredningen. Härför behövs t. ex. statligt och/eller kommunalt ekonomiskt stöd. Kårobligatorieutredningen anser sig kunna av sitt arbete möjligen dra slutsatsen, att studerandeorganisationerna genom sin verksamhet kan tillgodose behoven hos de studerande endast förhållandevis marginellt och specialiserat. För att fylla optimala krav skulle med andra ord en betydande breddning och fördjupning av verksamheten vara nödvändig.

För att följa upp den kartläggning som kårobligatorieutredningen gjorde har statsrådet och chefen för utbildningsdepartementet genom beslut 1973-03-09 tillkallat särskilda sakkunniga för att pröva frågan om det obligatoriska medlemskapet i studerandesammanslutningar m. m. I direktiven för utredningen som antagit namnet obligatoriekommittén, erinras om andra pågående utredningsprojekt rörande olika verksamheter inom universitets- och högskolevärlden, bl. a. studerandehälsovårdsutredningen.

Som en hållpunkt för studerandehälsovårdsutredningen kan noteras, att departementschefen i ifrågavarande direktiv framhållit, att enligt hans bedömning kan studerandesammanslutningarnas statligt reglerade ansvar för vissa studiesociala anordningar och serviceanordningar knappast motivera att ett obligatoriskt medlemskap bevaras.

Utredningens prövning av skälen för ett obligatorium bör därför enligt departementschefen utgå från den fackliga delen av studerandesammanslutningarnas verksamhet. Vidare framhålls i direktiven till obligatoriekommittén:

"Att de studerande medverkar i den högre utbildningens lokala planering och förvaltning har länge betraktats som naturligt. Under de senaste åren har, främst genom en omfattande försöksverksamhet med nya samarbetsformer, bl. a. de studerande beretts tillfälle att i väsentligt ökad utsträckning ta del i ledningen m. m. av universitet och högskolor. Denna medverkan är i sig inte att se enbart som uttryck för en intresserepresentation. De studerande fyller också som en av de i utbildningen direkt engagerade grupperna en betydelsefull expertfunktion. Det är emellertid enligt min mening såväl för statsmakterna som för olika centrala och lokala myndigheter väsentligt att det för de studerande i den eftergymnasiala utbildningen – liksom för olika personalgrupper och för andra studerandegrupper – finns representativa organisationer som kan företräda respektive grupp i olika sammanhang.

I detta sammanhang bör emellertid beaktas, att gruppen universitets- och högskolestuderande de senaste åren blivit betydligt mera heterogen i fråga om bl. a. ålder, studiebakgrund, yrkeserfarenhet, anknytning till utbildningsorten samt längden av önskad utbildning. Mot bakgrund av de aktuella strävandena att utnyttja universitets- och högskoleorganisationen för skilda kategoriers utbildningsbehov och att utveckla mönster av återkommande utbildning finns det anledning att utgå från att det kommer att finnas betydande variationer av detta slag bland de studerande på högskolenivå även i framtiden.

De sakkunniga bör mot denna bakgrund allsidigt pröva om det beträffande just universitets- och högskolestuderande föreligger särskilda skäl för en obligatorisk anslutning till fackliga sammanslutningar eller för andra former för samhällelig reglering av eller stöd till sådana sammanslutningar."

Enligt direktiven skall obligatoriekommitténs arbete vara slutfört under hösten 1974. I direktiven till studerandehälsovårdsutredningen framhölls, såsom tidigare nämnts, att den sakkunnige bör beakta det arbete, som pågår inom och de resultat, som kan följa av obligatoriekommitténs arbete.

6.7 Betänkandet "Studiestöd åt vuxna" (SOU 1974:62)

Statsrådet och chefen för utbildningsdepartementet tillkallade 1968-07-11 sju sakkunniga med uppgift att utreda frågan om studiefinansiering inom vuxenutbildningen. De sakkunniga antog namnet Kommittén för studiestöd åt vuxna (SVUX). Kommittén överlämnade 1974-07-03 sitt huvudbetänkande "Studiestöd åt vuxna" (SOU 1974:62).

SVUX föreslår dels vissa mindre förändringar av det nuvarande

studiemedelssystemet, dels införandet av ett särskilt studiestöd för vuxna. I fråga om det nuvarande systemet, för vilket utredningen lämnat en redogörelse i avsnitt 2.3., föreslår kommittén att studiemedel skall beviljas med ett antal halvmånadsbelopp i stället för att som nu beviljas med utgångspunkt från ett nio månaders läsår. Härutöver föreslår SVUX bl. a. en mindre uppjustering av både studiemedlens totalbelopp och bidragsdelen samt förändrade regler för hänsynstagande till den studerandes och makes/makas ekonomiska förhållanden.

Förutom ovannämnda förändringar föreslår SVUX införandet av ett särskilt *vuxenstudiestöd*. De förslag kommittén lägger fram är att se som en utbyggnad av studiemedelssystemet. Till sitt faktiska innehåll utgör vuxenstudiestödet enligt förslaget ett tillägg till vanliga studiemedel i form av ett särskilt bidrag. Den tekniska utformningen skiljer sig emellertid delvis från den som gäller för vanliga studiemedel.

Behörig till särskilt vuxenstudiestöd föreslås den vara, som har förvärvsarbetat i minst fem år och haft pensionsgrundande inkomst enligt lagen om allmän försäkring. Värnpliktstjänstgöring och maximalt högst tre års vård av eget barn under tio år får jämställas med pensionsgrundande inkomst.

SVUX anser att vuxenstudiestödet skall vara ca 50 % större än de nuvarande studiemedlen. Höjningen av studiestödet i dess helhet föreslås få formen av *bidrag*. Vuxenstudiebidraget bör enligt kommittén beviljas med tre olika belopp, vilkas storlek beror på antalet år på arbetsmarknaden. Vidare föreslås, att bidraget skall indexregleras genom anknytning till basbeloppet. Dessutom bör vuxenstudiebidraget räknas som skattepliktig inkomst enligt kommitténs uppfattning. Som en följd härav behöver inga särskilda behovsprövningsregler införas i fråga om detta bidrag. Vuxenstudiebidragets föreslagna omfattning framgår av tabell 6.4.

Studerande som erhåller vuxenstudiebidrag föreslås få rätt till *återbetalningspliktiga studiemedel* med 0,065 basbelopp per halvmånadersperiod. Detta motsvarar ungefärligen den återbetalningspliktiga delen i det nuvarande studiemedelssystemet. Till skillnad från vuxenstudiebidraget bör den återbetalningspliktiga delen enligt SVUX uppfattning behovsprövas. En viktig skillnad i förhållande till vanliga studiemedel ligger dock i att SVUX föreslår att hänsyn inte skall tas till makas/makes inkomst eller förmögenhet. I övrigt överensstämmer de

Tabell 6.4 Vuxenstudiebidragets omfattning enligt SVUX förslag

Antal år med ATP-poäng	Bidrag vid en halv månads studier		Bidrag vid nio månaders studier	
	I basbelopp	I kr[a]	I basbelopp	I kr[a]
5	0,050	425	0,900	7 650
6	0,060	510	1,080	9 180
7	0,070	595	1,260	10 710

[a] Vid i maj 1974 gällande basbelopp; 8 500 kr

föreslagna reglerna för behovsprövning i stort sett med dem som gäller inom det nuvarande studiemedelssystemet.

Kostnaderna för att garantera alla studerande som uppfyller behörighetsvillkoren, rätt till vuxenstudiestöd, skulle enligt SVUX beräkningar bli mycket stora. SVUX föreslår därför att utbyggnaden av studiestödet under en femårsperiod skall ske främst på nivåer som motsvarar grundskolestudier. På högskolenivå föreslås under ett inledande år stödet uppgå till vad som motsvarar heltidsstudier under ett läsår för 2 500 personer. Detta antal bör vid slutet av den föreslagna femårsperioden uppgå till 8 000 personer.

SVUX förslag om utbyggnaden av det särskilda vuxenstudiestödet förutsätter, att ett urval sker bland dem som ansöker om studiestödet. Vid urvalet av personer, som skall få vuxenstudiestöd bör man enligt kommittén inrikta sig på grupper, som är underrepresenterade inom vuxenutbildningen och för vilka det nuvarande studiestödet i särskilt hög grad får bedömas som otillfredsställande. SVUX anger två utgångspunkter för hur detta urval bör ske.

1. Vuxenstudiestöd skall inte beviljas dem som lika gärna eller rent av med större fördel kan bedriva sina studier på fritiden
2. Vuxenstudiestödet skall inte beviljas dem som bedöms kunna bedriva studierna med vanliga studiemedel.

SVUX anger även några andra faktorer, som bör tillmätas stor betydelse vid urvalet: tidigare utbildning, antal år på arbetsmarknaden, ekonomiska förhållanden och utbildningens tillgänglighet. Hänsyn skall ej tas till uppfattningar om den samhälleliga nyttan av olika slag av utbildning. Till skillnad från andra urvalssituationer i liknande frågor skall företräde inte lämnas den som bedöms ha de bästa förutsättningarna att bedriva framgångsrika studier. Vid bedömningen av ansökningar för studier på högskolenivå däremot bör visst hänsynstagande enligt SVUX ske till i vad mån studierna beräknas bli framgångsrika och till graden av yrkesinriktning.

Studiemedelsnämnderna föreslås svara för bevillning av vuxenstudiestöd för högskolestudier.

7 Studerandehälsovård i några främmande länder

7.1 Inledning

Verksamhet med studerandehälsovård är självfallet icke något unikt för Sverige. I detta kapitel förmedlar utredningen för jämförelsens skull en översiktlig bild av studerandehälsovården i några andra länder. Det bör dock understrykas att de basala förutsättningarna för studerandehälsovård och sjukvård samt övrig social verksamhet vad avser uppbyggnad, omfattning och serviceutbud varierar starkt beroende bl. a. på skilda organisatoriska villkor från land till land.

I detta kapitel redovisar utredningen vissa uppgifter rörande studerandehälsovården i Finland (avsnitt 7.2), Norge (7.3), Danmark (7.4), Storbritannien (7.5), Polen (7.6) och Sovjetunionen (7.7). Uppgifterna har hämtats från respektive land.

7.2 Finland

I Finland finns för närvarande ca 65 000 universitetsstuderande, fördelade på 11 "kårorter". På varje sådan ort finns en särskild för studerandena avsedd hälsovårdsbyrå. För verksamheten ansvarar en särskild stiftelse, studenternas hälsovårdsstiftelse, som har sitt huvudkontor förlagt till Helsingfors. Stiftelsens högsta beslutande organ utgörs av en delegation, i vilken ingår representanter för varje studentkår och universitet (högskola) liksom för undervisningsministeriet, social- och hälsovårdsministeriet, medicinalstyrelsen, folkpensionsanstalten och de medicinska fakulteterna m. fl. Genom att ledningen av verksamheten samordnats kan alla studenthälsovårdsbyråer erbjuda samma förmåner och tillhandahålla samma service i fråga om öppen sjukvård och tandvård, oberoende av den enskilda byråns storlek eller populationsunderlag.

Den finska studerandehälsovårdens inriktning framgår indirekt av de verksamhetsgrenar den omfattar, nämligen somatisk och psykiatrisk sjukvård, tandvård och hälsovård.

Inom sjukvården anordnas dagliga sjukmottagningar för allmänläkar- och specialistvård samt röntgen- och laboratorieundersökningar. Specialistvården är uppdelad på följande verksamhetsgrenar, allmän intern-

medicin, lungmedicin, allmän kirurgi, ögonsjukdomar, öron-, näs- och halssjukdomar, gynekologiska sjukdomar och hudsjukdomar. I servicen ingår möjligheter till hembesök av läkare eller sjuksköterska. Inom ramen för den psykiatriska vårdverksamheten bedrivs psykoterapi både av läkare och psykologer. Det finns dessutom en särskild mentalhälsorådgivning vilken ombesörjs av psykologer. I Helsingfors, där antalet universitetsstuderande uppgår till ungefär 30 000, arbetar tre heltidsanställda psykiatriker och tre heltidsanställda psykologer. Härtill kommer viss konsultverksamhet. Av kostnadsskäl försöker man överföra så många patienter som möjligt från individuell terapi till gruppterapi.

Den hälsovårdande verksamheten synes omfatta skärmbildsundersökningar, vissa riktade hälsokontroller, framförallt avsedda för nyinskrivna studerande, vaccinationsverksamhet samt s. k. hälsofostran. Den sistnämnda verksamheten avser att ge studerandena kunskaper om hur man tillägnar sig och iakttar sunda levnadsvanor samt hur man effektivt skall utnyttja hälsovårdstjänsterna. Vidare syftar hälsofostran till att göra studerandena medvetna om "de faror och olägenheter, som hälsan utsätts för av omgivningen".

Röntgenundersökningar som sker efter remiss av läkare eller tandläkare samt laboratorieundersökningar är kostnadsfria liksom besök hos lungspecialist, hembesök av sjuksköterska, vaccinationer, hälsoundersökningar, som utförs efter kallelse från stiftelsen, samt s. k. mentalvårdskonsultationer (kuratorsbesök).

Besök hos allmänläkare eller hos annan specialist än lungläkare liksom hembesök av sådana läkare, enskild terapi och gruppterapi hos psykiatriker eller psykolog samt besök hos stiftelsens tandläkare är belagda med viss patientavgift. Ett besök hos läkare kostar mellan 4 och 5 svenska kr. Patientavgiften för tandläkarbesök är ca 21 svenska kr. Därvid bör uppmärksammas, att kostnader för tandvård inte till någon del ersätts av den finska sjukförsäkringen.

För att ge ett begrepp om studerandehälsovårdens betydelse i Finland kan nämnas, att ungefärligen varannan studerande utnyttjar dess tjänster för sjukvård två gånger per år och ungefär var tredje studerande för tandvård fyra gånger per år. Det förtjänar även i detta sammanhang att påpekas, att studerandehälsovården i Finland omfattar studerandena vid landets samtliga högskolor.

För finansieringen av verksamheten är det föreskrivet, att studerandena förutom patientavgifter skall betala en terminsavgift uppgående till ca 50 svenska kr per år. Patientavgifterna och terminsavgifterna svarar tillsammans för ca 43 % av stiftelsens intäkter för verksamhetens bedrivande. Ungefär 44 % av intäkterna utgörs av återbäring ifrån sjukförsäkringssystemet. Statens bidrag i övrigt uppgår till ca 12 % av intäkterna. Dessa kommer från penningautomatmedel, som enligt finsk lag skall användas för folkhälsoarbete. I övrigt erhåller stiftelsen vissa smärre bidrag från en stödförening, "studenthälsan", samt kontanta understöd från vederbörande universitet.

Under senare år har en eventuell förändring av den finska studerandehälsovårdens omfattning och inriktning diskuterats. Man har emellertid

kommit fram till att den nuvarande verksamheten i stor utsträckning täcker behovet samt att det för närvarande icke finns skäl för en ändring. Det är emellertid möjligt att en ökad integrering av studerandehälsovården med kommunal hälsovård så småningom kommer att genomföras. Diskussioner har också förts om att omvandla studerandehälsovården till företagshälsovård i anslutning till vederbörande universitet eller högskola. Därvid har det förutsatts att den nuvarande studenthälsovårdsstiftelsen skall utgöra bas för verksamheten.

7.3 Norge

I Norge finns ungefär 35 000 studerande vid sammanlagt fyra universitet och en högskola. Merparten av studerandena eller ca 20 000 bedriver studier vid universitetet i Oslo.

Inledningsvis bör påpekas, att studerandehälsovården i Norge egentligen endast är utbyggd i Oslo-området. Där försiggår dock alltjämt en successiv utveckling mot ett ökat serviceutbud. På övriga kårorter är studerandehälsovården klart underdimensionerad. Målsättningen är emellertid att man också på dessa orter skall kunna erbjuda samma hälso- och sjukvårdsservice som i Oslo. Den följande redovisningen avser sålunda främst förhållandena vid Oslo universitet. Organisationen där får tas som en modell för en framtida studerandehälsovård i hela Norge.

Den norska studerandehälsovården eller helsetjenesten karakteriseras av sina egna representanter som en slags företagshälsovård. Organisationen tillhandahåller också hälso- och sjukvårdsservice åt bl. a. de universitetsanställda. Dock är verksamhetsprogrammet icke detsamma för de båda målgrupperna. För de studerande tillhandahåller helsetjenesten huvudsakligen öppen konsultationsverksamhet, omfattande diagnostik och behandling i den utsträckning, som de tillgängliga resurserna medger. För de universitetsanställda är tonvikten i verksamheten lagd på hälsoundersökningar. I det följande beskrivs endast den del av verksamheten, som är avsedd för de studerande.

Till grund för studerandehälsovårdsverksamheten i Norge ligger bl. a. den uppfattningen, att studier och annat intellektuellt arbete i särskild hög grad kan påverkas negativt av psykiska och somatiska störningar. Sjukdom och symptom på sjukdom, som kanske i och för sig kan betraktas som bagatellartade, anses sålunda kunna spoliera studiearbetet. Det uppfattas därför som betydelsefullt, att studerandena får tillgång till hälso- och sjukvård, som meddelas av personal med kännedom om studerandenas speciella situation.

Helsetjenesten administreras av den s. k. "Studentsamskipnanden" med en styrelse, som består av tre studeranderepresentanter samt en företrädare för utbildningsdepartementet och en för vederbörande läroanstalt. I Oslo har dock överläkaren för verksamheten dessutom vid sin sida ett rådgivande organ, bestående av tre personer: en från det akademiska kollegiet, en från studentsamskipnanden i Oslo och en från det s. k. studenttinget (en mer politiskt inriktad studentorganisation).

Studerandena har sålunda ett huvudinflytande i avseende på verksamhetens organisation.

Genom den ovan nämnda öppna konsultationsverksamheten erbjuds service ifråga om somatisk och psykiatrisk hälso- och sjukvård samt tandvård.

Den somatiska sjukvårdsverksamheten omfattar sådan vård, som lämnas i öppen vård av allmänläkare och specialistläkare i invärtesmedicin och gynekologi. I mån av möjlighet förekommer hembesök av läkare. Ambitionen är att läkare inom helsetjenestens ram skall i största möjliga utsträckning kunna behandla de sjukdomstillstånd, som de själva diagnosticerat. Om det skulle vara nödvändigt kan dock remiss till sjukhus för intagning eller till annan specialist ske. Till hjälp i sitt arbete har studerandehälsovården i Norge goda laboratorie- och röntgenresurser.

Liksom i många andra länder har i Norge konstaterats, att psykiska och psykosomatiska åkommor drabbar studerande i betydligt större omfattning än andra personer i motsvarande åldersklasser. Man har därför också riktat uppmärksamheten på de mentalhygieniska problem, som har anknytning till universitetsstudier. Den psykiatriska vårdverksamheten inom helsetjenesten betraktas av dessa skäl som synnerligen betydelsefull. Det kan nämnas, att under 1972 förekom vid helsetjenesten i Oslo 305 besök om vardera en timme hos studentpsykiatern. Härutöver ägde drygt 2 000 konsultationer rum hos studentpsykolog. I det psykiatriska vårdarbetet förekommer bl. a. gruppterapi.

Den rent hälsovårdande verksamheten är också väl utbyggd och omfattar såväl allmänna som riktade hälsokontroller, vaccinationsverksamhet, preventivmedelsrådgivning samt information i hygienfrågor både i fråga om personlig hygien och arbetshygien m. m. Det kan påpekas, att i studerandehälsovårdsorganisationens läkarstab ingår också en yrkeshygieniker.

Behovet av tandvård har visat sig vara mycket stort bland de studerande. Fr. o. m. hösten 1967 är sådan vård också upptagen på studerandehälsovårdens program.

För den service, som studerandena på detta sätt får, erlägger studerandena inte någon patientavgift, med undantag för tandläkarbesök. I stället betalar studerandena vid inskrivningen till universitetet ett belopp om ungefär 100 kr och för varje termin 100 kr. Terminsavgiften går dock icke enbart till helsetjenesten utan också till vissa andra, främst sociala servicefunktioner vid universitetet. Studerandehälsovården i Norge finansieras härutöver genom återbäring från försäkringskassa enligt ungefär samma system som i Sverige. Några särskilda bidrag motsvarande det svenska statsbidraget för studerandehälsovården förekommer däremot inte.

7.4 Danmark

Studerandehälsovården i Danmark – eller studentrådgivningen som den kallas – leds av en styrelse som i huvudsak är ett samarbetsorgan mellan

Landsföreningen för mentalhygien och de danska studerandenas riksorganisation, Danske Studerendes Faellesråd (DSF). Styrelsen är ansvarig inför undervisningsministeriet, som också utser en representant i styrelsen. Av styrelsens övriga nio ledamöter företräder fem de studerande.

Vid en jämförelse mellan de övriga nordiska länderna är den danska studerandehälsovården den minst utbyggda och mest avgränsade. Verksamheten är starkt koncentrerad till Köpenhamn och har till uppgift att ge social, psykologisk och psykiatrisk vägledning.

I Köpenhamn – med 50 000 universitets- och högskolestuderande – omfattar studentrådgivningen tre halvtidsanställda socionomer, tre halvtidsanställda psykologer, nio psykiatertimmar/vecka samt 1,5 administrativ tjänst. Vid de 1972 totalt 356 besöken uppgav sig knappt hälften av patienterna ha problem utan anknytning till studierna. De vanligaste orsakerna till besöken var sexuella problem, ekonomiska problem, depressionstillstånd och koncentrationssvårigheter. Nästan hälften av patienterna remitterades vidare, vanligen till någon social institution.

I Århus består personalstyrkan av 0,5 socionom, 0,5 sekreterare, 6 psykologtimmar/vecka samt 3 psykiatertimmar/vecka. I Odense består den av 0,5 socionom, 0,5 sekreterare, 3 psykologtimmar/vecka samt 3 psykiatertimmar/vecka.

För somatiska, psykosomatiska och psykiatriska sjukdomstillstånd hänvisas studerandena till den offentliga hälso- och sjukvården. Studentrådgivningen ses som en studiesocial angelägenhet. Ett nära samarbete med läroanstalternas studievägledare har därför etablerats.

Verksamheten bekostas helt av statsbidrag – 800 000 kr 1972 – och administreras av DSF. Rådgivningen är kostnadsfri för de studerande. Varken patientavgifter eller kollektiva studerandebidrag förekommer.

7.5 Storbritannien

Studerandehälsovård – University Health Service – anordnas i England, som här får representera Storbritannien, för drygt 200 000 studerande vid 40 universitet och högskolor.

Verksamhetens inriktning och omfattning varierar mycket kraftigt vid de olika läroanstalterna. I princip kan dock studerandehälsovården sägas vara mycket omfattande, vilket får ses mot bakgrund av att de studerande ofta saknar tillgång till annan offentlig hälso- och sjukvård på studieorten. Vid större utbildningsanstalter finns ofta vårdcentraler med vidsträckta behandlingsresurser liksom även vårdplatser inom sluten vård. Vid de många mindre högskolorna är givetvis verksamheten av mer begränsad omfattning.

Studerandehälsovården i England är primärt avsedd för de studerande men omfattar vanligen också den vid vederbörande läroanstalt anställda personalen liksom de anställdas och studerandes familjemedlemmar. Verksamheten kan därför – med undantag för den sjukvårdande delen – sägas vara utpräglat företagshälsovårdsinriktad.

I en av det engelska läkarförbundet 1966 publicerad rapport upp-

skattas behovet av medicinska insatser inom studerandehälsovården till en läkare per 1 500–2 000 studerande. I rapporten anförs om behovet av särskilda studerandehälsovårdande insatser:

"Studenter har medicinska, psykologiska och sociala behov och problem, vilka i vissa avseenden skiljer sig från den genomsnittliga befolkningens. Studierna bedrivs vanligen på annan ort än hemorten. De studerande byter ofta bostad, ibland en gång om året, många gånger ännu oftare. Därför kan de vanligen inte erhålla tillfredsställande kontinuitet i vården genom allmänläkarsystemet (General Practitioner systemet) inom the National Health Service (NHS). Studerandenas vård måste därför meddelas genom allmän medicinsk service, baserad på särskilda studerandehälsovårdsmottagningar."

Hälso- och sjukvården för studerandena i Storbritannien finansieras enligt de principer som gäller för den offentliga öppna sjukvården i detta land. I enlighet härmed ersätts läkarna av NHS för det antal personer, för vilka de åtagit sig att meddela sådan vård. För de studerande har därvid anordnats särskilda sjukvårdsmottagningar med bl. a. läkare som erhåller ersättning på angivna grunder, oavsett de studerandes mantalsskrivningsort. Några patientavgifter i samband med sjukbesök eller några kollektiva avgifter för de studerande förekommer inte.

7.6 Polen

Liksom i övriga östeuropeiska länder satsas i Polen starkt på förebyggande åtgärder, däribland barnhälsovård, skolhälsovård och företagshälsovård. Studerandehälsovården har i linje härmed en prioriterad ställning. Den ingår som en del i en studiesocial verksamhet, som även omfattar bostäder för studerande inom särskilda till högskolorna knutna campusbildningar, mathushållning och motion. Studerandehälsovården står under samma huvudmannaskap som utbildningen, dvs. utbildningsministeriet för flertalet utbildningar och hälsoministeriet för hälso- och sjukvårdsutbildningar.

För närvarande finns ca 238 000 högskolestuderande i Polen, varav en mindre del är deltidsstuderande. All högskoleutbildning är spärrad. Särskilda studentbostäder finns för ca 40 % av de studerande. Enligt ett utbyggnadsprogram skall det år 1980 finnas studentbostäder inom särskilda studentbostadsenheter för ca 60 % av då planerat antal studerande (270 000) samt matplatser för ca 75 % av de studerande. En stark utbyggnad skall också ske av resurserna för studentidrott. 30 nya idrottsplatser och 10 nya simbassänger planeras sålunda bli uppförda i direkt anslutning till universiteten (motsvarande). Fysisk träning ingår som ett obligatoriskt inslag i all högskoleutbildning.

För studerandehälsovården – som även är inriktad på lärarna och deras anhöriga – finns särskilda enheter, knutna till universiteten. Till dessa hör även vårdplatser inom sluten vård, närmast av konvalescentkaraktär. Tidigare har även funnits särskilda tuberkulossanatorier för studerande, vilka emellertid nu håller på att avvecklas i samband med att tuberkulossjukdomarna minskar i omfattning. Under 1973 upptäcktes endast 30

nya fall av tuberkulos bland de studerande mot över 100 per år för tio år sedan.

De studerande har att genomgå obligatorisk hälsokontroll vid inskrivningen och därefter – beträffande medicine och teknologie studerande – varje år eller – beträffande övriga studerande – vart annat år.

Antalet besök i öppen vård inom studerandehälsovården – inklusive vissa tandvårdsbesök – var 1973 totalt ca 900 000, varav ca 715 000 enbart av studerande. Detta motsvarar ca 4,0 besök per studerande och år.

De problem, för vilka de studerande sökte, var i stor utsträckning psyko-neurologiska. Diagnoserna för intagning vid enheterna för sluten vård kunde även till ca 2/3 hänföras till samma sjukdomsområde. Bl. a. förekom i begränsad utsträckning diagnoserna alkoholism och läkemedelsberoende.

Under år 1973 fanns inom studerandehälsovården 97 studerandehälsovårdsmottagningar med sammanlagt 232 läkare, inklusive tandläkare. Av dessa var 138 heltidsarbetande.

Om även de lösa timmarna omräknas i heltidsarbetande, motsvarar den totala läkararbetstidsinsatsen för studerandehälsovård i Polen 175 läkare eller en läkare per ca 1 400 studerande.

7.7 Sovjetunionen

I Sovjetunionen åligger det läroanstalterna att vidta åtgärder för att bevara och stärka studerandenas hälsa. Det för närvarande existerande organisationssystemet föreskriver enligt vad som meddelas av ryska myndigheter:

- "Alla högre utbildningsanstalter skall anslutas till polikliniska inrättningar på platsen. Inom dessa skall bildas läkar- och läkarassistentmottagningar för att i främsta rummet garantera studenterna medicinsk hjälp men också för att de tillsammans med specialister från andra håll skall kunna genomföra profylaktiskt arbete bland studenterna (medicinsk kontroll, dispensär, kontroll av gymnastik- och idrottsutövandet etc.)
- Specialpolipolikliniker för studenter, lärar- och servicepersonal skall finnas vid större (över 10 000 människor) högskolor eller för en grupp närliggande högskolor
- Obligatorisk medicinsk undersökning av alla studenter skall ske i första, andra och sista årskurserna
- Hälso- och sjukvårdsmottagningar för studenterna skall finnas i direkt anslutning till utbildningsanstalterna."

Vid läkarmottagningarna är antalet tjänster för läkare m. fl. dimensionerade på följande sätt:

Befattning	Antalet tjänster på antalet studerande	
	1 200–2 000	Därutöver per 2 000
Läkare	1	1
Medicinska funktionärer (sköterska, läkarassistenter)	1	2
Sanitär personal	1	1

Om läkarmottagning, som organiserats vid läroanstalt med mer än 2 000 studerande, har utrustning för tandvård kan en tandläkartjänst (för stomatolog) separat inrättas.

Läkartjänst för kontroll av idrottsutövande studerande inrättas vid sjukhus eller klinik med en heltidstjänst per 3 000 och en halvtidstjänst per 1 500 studerande. För medicinsk vård av studenter i högskolor med mindre än 800 studerande organiseras mottagningar med läkarassistenter.

Staberna vid högskoleklinikerna (avdelningarna) organiseras enligt normerna för kommunala vuxenkliniker. I städer, där studentkliniker inte finns, handhas studerandehälsovården av de allmänpraktiserande klinikerna och dispensärerna.

Grundläggande för den förebyggande hälsovården är:

- att förvarna om att sjukdomar eller sjukdomssymptom uppstått hos studenterna:
- att genomföra epidemiförhindrande och sanitära åtgärder;
- att ha uppsikt över studenternas fysiska fostran samt
- att öka studenternas sanitära kultur.

Läkarna, som lämnar medicinsk hjälp till studenter vid högskolorna, sammanställer rapporter och analyser av sjukligheten och effektiviteten av vårdåtgärderna samt utarbetar planer för hälsovårdsåtgärder. Högskolorna förfogar vanligtvis över anläggningar för profylaktisk vård samt idrottsläger.

De lokala hälsovårdsmyndigheterna svarar för finansieringen av studerandehälsovården.

III Överväganden och förslag

8 Undersökningar om behovet av studerandehälsovård

8.1 Inledning

Enligt sina direktiv skall studerandehälsovårdsutredningen bl. a. på nytt analysera de skäl, som ledde fram till statsmakternas beslut år 1967 om den nuvarande studerandehälsovården, för att därigenom söka klarlägga, huruvida dessa skäl fortfarande äger giltighet. I direktiven framhålls också, att endast starka skäl kan motivera bibehållandet av en separat organisation för studerandehälsovård. Med tanke härpå är det givetvis i högsta grad angeläget, att analysen av behovet av en särskild organisation för hälso- och sjukvård åt studerande vid universitet och högskolor blir så rättvisande och tillförlitlig som möjligt.

För att få en utgångspunkt för sina överväganden i denna del lämnar utredningen i detta kapitel inledningsvis en redogörelse för de skäl, som låg till grund för 1967 års beslut om en särskild studerandehälsovård (avsnitt 8.2).

Den fortsatta behovsdiskussionen kan därefter inriktas på frågan i vad mån högskolestuderandenas arbets- och miljöförhållanden inrymmer faktorer, som kan utlösa eller förvärra sjukdomar av främst psykisk karaktär, mot vilka den nuvarande studerandehälsovården enligt dess målsättning främst är inriktad. Härtill fogar sig spörsmålet, om dessa riskfaktorer såsom sådana och verkningarna därav kan förebyggas, mildras eller elimineras genom åtgärder inom ramen för den allmänna hälso- och sjukvården eller om det enda realistiska alternativet fortfarande är en separat studerandehälsovårdsorganisation.

Det är inte möjligt att med användande av traditionella sjukvårdsplaneringsmetoder, främst epidemiologiska, mäta människors behov av hälso- och sjukvård, ens i sådana fall då fråga är om en så relativt begränsad och homogent sammansatt grupp av individer, som de studerande utgör. Det är uppenbart, att varje individ har sitt specifika hälso- och sjukvårdsbehov, beroende på personliga, fysiska och psykiska förutsättningar, subjektiva upplevelser, den miljö vederbörande vistas i och andra yttre omständigheter. Behoven påverkas givetvis också av möjligheterna att tillgodose dem, dvs. av hälso- och sjukvårdssystemet

som sådant. Det är också klart att det individuella sjukvårdsbehovet icke är statiskt; det varierar med hänsyn till de för stunden gällande förutsättningarna. En del hälso- och sjukvårdsbehov är vidare dolda för individerna själva och från den utgångspunkten givetvis inte heller mätbara.

Vad som däremot borde kunna mätas är efterfrågan, dvs. det behov av hälso- och sjukvård, som dokumenterar sig i krav på insatser. Genom t. ex. en enkätundersökning omfattande ett urval av alla aktiva studerande vid landets universitet och högskolor borde det vara möjligt att ta reda på de studerandes genomsnittliga efterfrågan på sådana vårdaktiviteter, som ryms inom det nuvarande begreppet studerandehälsovård. För att kunna användas i förevarande utredningssammanhang skulle emellertid samtidigt en jämförande efterfrågeundersökning behöva göras bland en motsvarande population av icke studerande. Detta har utredningen inte ansett vara möjligt.

I stället redovisar utredningen i avsnitt 8.3 en analys av studerandenas konsumtion av hälso- och sjukvård inom studerandehälsovården. I avsnitt 8.4 redovisas vissa undersökningar avseende behovet av psykiatrisk vård hos "normalbefolkningen".

Utredningen övergår därefter till att avhandla de studerandes situation som studerande, deras arbetsförhållanden, arbets- och fritidsmiljö, sociala och ekonomiska omständigheter, framtidsperspektiv m. m. Därvid söker utredningen klargöra, huruvida denna situation rymmer specifika riskfaktorer, vilka i sig skapar ett principiellt behov av hälso- och sjukvård, som endast kan tillgodoses genom en särskild studerandehälsovård. Utredningen har inte haft möjlighet att själv anordna och genomföra någon undersökning med detta syfte utan har valt att belysa ifrågavarande förhållanden – givetvis med särskild inriktning på de hälsorisker, de studerande kan möta i sin studiesituation – utifrån en rad olika studiesociala undersökningar som gjorts i andra sammanhang. I avsnitt 8.5 lämnas en kort sammanfattning av dessa undersökningar jämte utredningens kommentarer härtill.

8.2 Skälen för nuvarande studerandehälsovård

Verksamheten med studerandehälsovård påbörjades – som förut nämnts – under 1930-talet. Initialt riktades den mot ett speciellt mål, nämligen att tidigupptäcka och förhindra spridning av lungtuberkulos bland studerande. Den utbyggnad, som ägde rum under 1940- och 1950-talen, kan icke sägas ha skett med någon annan målsättning än att i dåvarande situation, med bl. a. en allvarlig brist på läkare, ge de studerande en lättillgänglig allmän hälso- och sjukvårdsservice. Någon mer djupgående behovsanalys torde icke ha legat till grund för studerandehälsovårdens dåvarande organisation. Detta medförde självfallet stora variationer i serviceutbudet mellan de studieorter, där studerandehälsovårdsverksamhet etablerades.

Studentsociala utredningen anförde i sitt betänkande "Studentsociala

åtgärder" (SOU 1948:42), att åtgärder från det allmännas sida för att bereda studenterna vid universitet och högskolor ökad möjlighet till fysisk forstran, hälsovård och sjukvård motiverades "främst av studentsociala skäl, då studenterna i regel saknar egna inkomster och dessutom under studieåret i många fall äro skilda från sina hemorter".

Enligt utredningen gällde för studenten den speciella situationen, att vederbörande befann sig under intensiva förberedelser för kvalificerade arbetsinsatser i framtiden. Utredningen framhöll därvid bl. a.:

"Ett insjuknande kan exempelvis innebära ett avbrytande av en kurs eller en tentamensläsning, som sedan måste tagas upp på nytt med tidsförlust i form av väntetid m. m. Bekant är även den relativt långa anpassningstid, som ofta krävs efter en tids bortovaro. Vidare förtjänar nämnas de ekonomiska förluster, som uppstå genom studieskuldernas växande osv. Sjukdom under studietiden innebär tvivelsutan större avbräck än under den tid, då vederbörande befinner sig i sin mera definitiva position i samhället. Ur denna synpunkt kan alltså sägas, att en speciell sjukdomsrisk föreligger för studenterna".

Förutom att studenter enligt utredningens uppfattning på grund av studiearbetets karaktär blev särskilt hårt drabbade vid sjukdom syntes vissa sjukdomar vara särskilt vanliga eller karakteristiska bland studenterna. Dessa sjukdomar var enligt utredningen dels tuberkulos, dels nervösa rubbningar.

Utredningens arbete utmynnade bl. a. i förslag att läkarundersökningar – i första hand inriktade på tuberkulos – skulle göras obligatoriska för samtliga högskolestuderande, samt att studentläkarbefattningar skulle inrättas i Lund, Stockholm, Göteborg och Uppsala (genom bibehållandet på dessa orter av redan befintliga befattningar). Studenthälsovården uppbyggdes i enlighet härmed.

Den arbetsgrupp, som fått i uppdrag att bereda frågan om vissa indirekta stödåtgärder på det studiesociala området – i första hand avseende hälso- och sjukvårdsförhållanden för studerande vid eftergymnasiala utbildningsanstalter – framhöll i sin under år 1966 publicerade promemoria "Studerandehälsovård" (Ecklesiastikdepartementets stencil 1966:14), att de studerande vid postgymnasiala utbildningsanstalter som regel är i en ålder, då allvarliga kroppssjukdomar är sällsynta. Gruppen fann det däremot uppenbart, att psykiska sjukdomar av typerna depression, neuros och insufficiens samt psykosomatiska sjukdomar, dvs. tillstånd där emotionella faktorer och miljöförhållanden anses bidra till uppkomsten av kroppsliga symptom, ligger bakom ett stort antal fall av ohälsa och nedsatt arbetsförmåga hos studerande. Gruppen fann, att frekvensen av dessa sjukdomstillstånd är mycket svår att uppskatta. Några svenska undersökningar på området fanns dock inte. Tillgängliga utländska studier gav mycket växlande resultat. Man kom emellertid till den slutsatsen att det inte är orimligt att anta, att minst en tiondel av de studerande under ett år fick symptom av psykisk eller psykosomatisk natur av så allvarlig art, att det borde föranleda läkarvård.

Gruppen kunde konstatera, att de nervösa sjukdomarna hos stude-

rande inte kan hänföras till någon för dem speciell typ. Man fann, att det härvidlag var fråga om samma symptom som hos andra människor; depression, trötthet, koncentrationssvårigheter, kroppssensationer, oro för allvarlig kroppslig eller psykisk sjukdom, ångest, spänning och osäkerhet etc.

Oberoende av symptomatologin i övrigt fann gruppen, att symptomet nedsatt studieförmåga var synnerligen ofta förekommande. Härigenom ansåg man sig ha kunnat bekräfta erfarenheten att intellektuellt arbete påverkas snabbare och lättare av funktionsnedsättningar än annan – särskilt rutinbetonad verksamhet. Gruppen fann inget skäl för påståendet, att de högre studierna skulle vara den direkta orsaken till nervösa sjukdomar hos de studerande, men att en vid erfarenhet talade för att faktorer i studiesituationen kunde utlösa eller förvärra nervösa symptom. De faktorer man särskilt betonade i detta sammanhang var övergången från hemmets och skolans skyddade och strukturerade miljö till de högre studiernas krav på självständighet och ansvar, en situation som visar sig särskilt svår att klara för de omogna. Vidare hänvisade gruppen till de extra svårigheter universitetsstudier kan innebära för studerande från en icke intellektuell miljö, den press som skuldsättning utövar och den osäkerhet beträffande den egna studieförmågan många med rätt eller orätt upplever.

Gruppen kom mot bakgrund av vad bl. a. ovan anförts till slutsatsen, att en särskild studerandehälsovård borde finnas, vars verksamhet borde vara koncentrerad kring sjukdomar av psykisk och psykosomatisk natur. Det avgörande och runt om i världen accepterade skälet för en sådan studerandesjukvård, framhöll gruppen, är förhållandet att denna sjukvård framstår som en medicinsk specialitet, där kunskaper och erfarenheter beträffande ungdomsårens psykologi och de studerandes miljö- och arbetsförhållanden har avgörande betydelse för en riktig diagnos och för effektivitet och perfektion i terapin. Dessa formuleringar har som tidigare nämnts också använts vid preciseringen av målsättningen för den nuvarande studerandehälsovården.

I sammanhanget framhöll arbetsgruppen, att de studerande i fråga om tillgodoseendet av sitt behov av sjukvård i övrigt borde vara tillförsäkrade samma möjligheter som övriga medborgare på studieorten. Enligt den generösa praxis, som tillämpats av olika kommunala sjukvårdshuvudmän på de olika studieorterna, hade studerandena faktiskt redan fått reella möjligheter att utnyttja i varje fall den slutna sjukvårdens resurser. Härigenom kunde de studerande få tillgång till specialistvård i de avseenden, där studiemiljön och dess inverkan inte utgjorde en betydelsefull faktor i sjukdomsbilden. Detta innebar, att gruppen kunde föreslå en studerandehälsovård, vars verksamhet skulle ha sin utgångspunkt i och vara begränsad till de studerandes miljö- och arbetsförhållanden och därmed få karaktären av ett slags företagshälsovård. Verksamheten borde enligt förslaget vara uppbyggd kring dels en psykiatrisk mottagning, dels en allmänmedicinsk mottagning för i princip psykosomatiska symptom men även lättare psykiska störningar. Härtill borde komma andra aktiviteter såsom exempelvis kuratorsverksamhet, hälsoupplysning,

motionsverksamhet m. m. För övrig sjukvård borde de studerande kunna repliera på studieortens allmänna sjukvård.

I en bilaga till arbetsgruppens promemoria presenterades vissa uppgifter gällande de konsultationsorsaker, som registrerats vid studenthälsovårdens allmänmedicinska mottagningar. Av denna framgick bl. a., att studentläkarmottagningen i Lund år 1965 noterat att 14 % av konsultationerna diagnosticerats som lättare psykiska störningar. Av en redogörelse för verksamheten vid studentpsykiatermottagningen i Stockholm framgick att 24 % av de besökande visat sig ha studie- och koncentrationssvårigheter som huvudproblem. 20 % av de besökande utgjordes av studenter med allmän ängslan, oro och trötthet som symptom. Härtill kom en grupp på 16 % med mer differentierade neurotiska sjukdomstecken.

Inte heller i Kungl. Maj:ts proposition 1967:48 angående hälso- och sjukvård samt motionsverksamhet för studerande fördes någon mer djupgående diskussion angående behovet av en särskild hälso- och sjukvårdsorganisation för studerande vid rikets universitet och högskolor. Departementschefen ansåg som en principiell utgångspunkt vid sitt ställningstagande till de framlagda förslagen, att de studerande skulle tillförsäkras samma möjligheter till sjukvård och motion som övriga medborgare. Liksom arbetsgruppen fann han det således naturligt, att de studerande skulle söka sig till den allmänna sjukvården och till privatpraktiserande läkare etc. vid behov av sjukvård för somatiska åkommor, olycksfall m. m. Även vid behov av annan specialistvård än psykiatrisk vård borde de allmänna vårdresurserna kunna tas i anspråk av dem. Å andra sidan fann departementschefen goda skäl tala för, att de studerande i anslutning till utbildningsmiljön fick speciella möjligheter till vård av psykiatriska och psykosomatiska sjukdomar. Som skäl härför anfördes, att det i studiemiljön finns vissa faktorer, som kan utlösa eller förvärra nervösa symptom.

Sammanfattningsvis kan alltså konstateras, att motivet för den nuvarande självständiga studerandehälsovårdsorganisationen utgörs av den på erfarenheter grundade uppfattningen, att universitets- och högskolestuderandenas arbets- och miljöförhållanden inrymmer bestämda riskfaktorer, som utgör grundorsaken till många sjukdomsfall av psykisk eller psykosomatisk natur hos studerande. Den nuvarande studerandehälsovården förutsätts därför vara uppbyggd kring dels en psykiatrisk mottagning, dels en allmänmedicinsk mottagning för i princip psykosomatiska åkommor men även lättare psykiska störningar. Härtill kommer andra aktiviteter såsom kuratorsverksamhet, hälsoupplysning etc. För övrig sjukvård förutsätts de studerande repliera på studieortens allmänna sjukvård.

8.3 Vissa jämförande undersökningar avseende hälso- och sjukvårdskonsumtionen i normalbefolkningen och hos studerande

Såsom tidigare framhållits saknas säkra metoder att mäta människors behov av hälso- och sjukvård. Det är också förenat med stora svårigheter att analysera efterfrågan. Däremot är det möjligt att mäta konsumtionen av hälso- och sjukvård. Vår kunskap om vilka som blir hälso- och sjukvårdskonsumenter är emellertid mycket begränsad. I den individbaserade sjukvårdsstatistiken finns ingen annan beskrivning av patienterna än uppgifter om ålder, kön och diagnoser samt ibland civilstånd och försäkringskassetillhörighet. Genom stickprovsundersökningar har i viss mån sociala faktorers betydelse för sjukvårdsefterfrågan kunnat belysas men uppgifterna är svåra att bearbeta och analysera.

De demografiska faktorernas betydelse för efterfrågemönstret har i olika sammanhang kartlagts. Skillnaderna i efterfrågan mellan i första

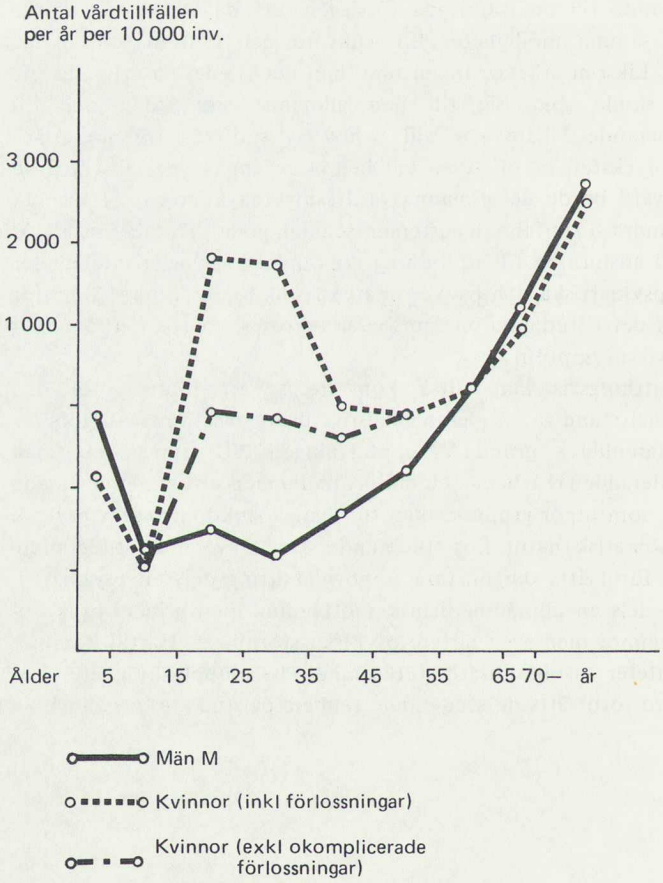


Diagram 8.1. Antal vårdtillfällen per 10 000 män respektive kvinnor i varje åldersgrupp vid kroppssjukhus i Uppsalaregionen år 1965.

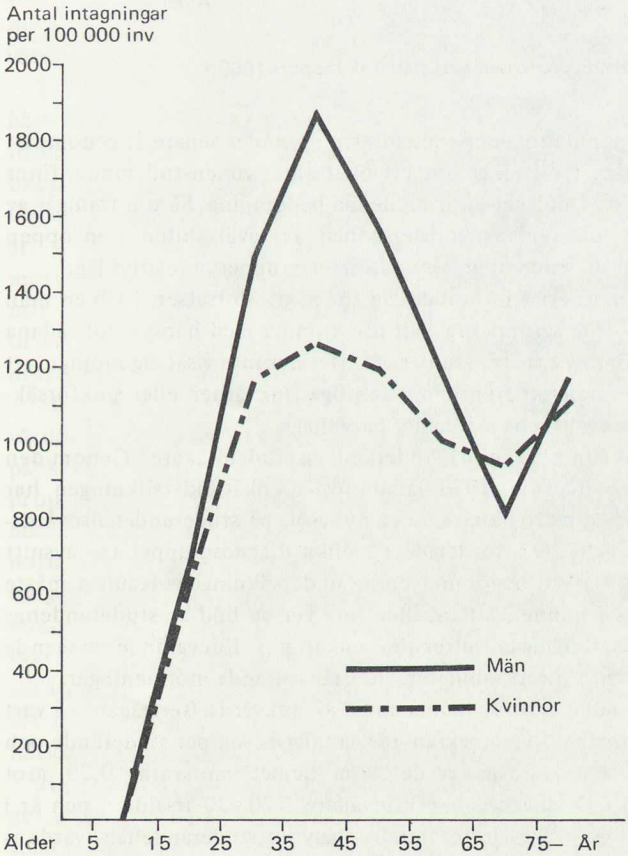
Källa: Socialstyrelsen redovisar. Patientstatistik 1.

hand olika åldersgrupper men även mellan kvinnor och män är många gånger så stort, att förändringar i befolkningens köns- och åldersfördelning starkt påverkar sjukvårdskonsumtionen.

Hur konsumtionen av sluten somatisk vård och sluten psykiatrisk vård varierar med hänsyn till ålder och kön i befolkningen framgår av diagram 8.1 och 8.2. I diagram 8.3 redovisas vidare konsumtionen av öppen vård i förhållande till ålder.

Kurvan för besök i öppen sjukvård visar en lägsta konsumtion vid ca 10 år och ett maximum vid ca 60 år. För de högsta åldrarna sjunker konsumtionen. Detta beror antagligen på att många då tas in för sluten vård. I sluten vård stiger kurvorna i stort sett snabbare med ökande ålder. Inom den somatiska korttidsvården är antalet vårddagar högt under det första levnadsåret och för kvinnor i åldrarna 20–25 år, vilket avspeglar vårdefterfrågan vid födelsen och i samband med förlossningar.

I 1967 års proposition om studerandehälsovård anges, som tidigare nämnts, att de studerande vid eftergymnasiala utbildningsanstalter befinner sig i en ålder, då allvarliga kroppssjukdomar är sällsynta. Även



Källa: Socialstyrelsen redovisar. Patientstatistik 9.

Diagram 8.2. Antal intagningar (exkl. förflyttningar) per 10 000 män respektive 10 000 kvinnor i olika åldersgrupper på psykiatriska kliniker år 1968.

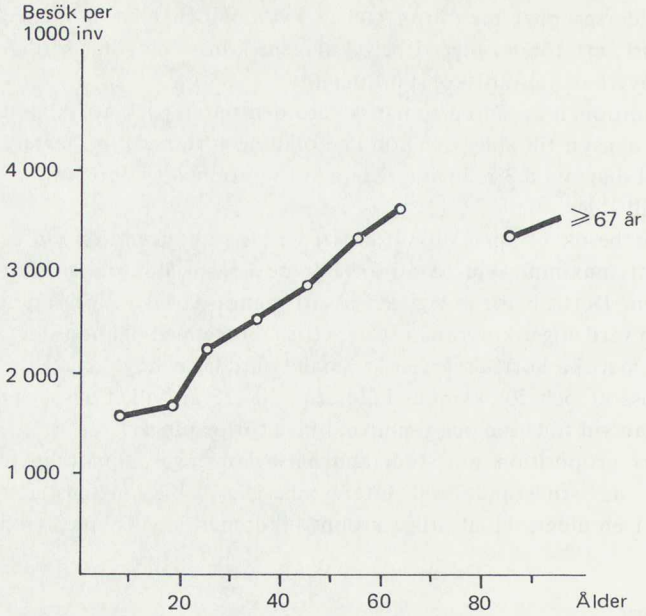


Diagram 8.3. Antal besök i öppen sjukvård per 1 000 invånare och år 1968.

Källa: Riksförsäkringsverket, statistisk rapport 1969:1

om studerandepopulationens sammansättning under senare år genomgått en viss förändring i riktning mot ett ökat antal vuxenstuderande, finns inte anledning att i nuläget gå ifrån denna bedömning. Såsom framgår av nyss redovisade diagram är konsumtionen av såväl sluten som öppen sjukvård i de för de studerande aktuella åldersgrupperna relativt låg.

Materialet ger givetvis inte underlag för några slutsatser, i vilken mån olikheter inom åldersgrupperna kan förekomma med hänsyn till sådana faktorer som förvärvsarbete, studier etc. Det har inte visat sig möjligt, att från tillgängligt material från den offentliga sjukvården eller sjukförsäkringen analysera eventuella skillnader härvidlag.

För vilka sjukdomar söker då studerandena studentläkare? Genom den av utredningen under år 1973 genomförda enkätundersökningen har utredningen fått uppgifter om antalet nybesök på studerandehälsovårdsmottagningarna 1972/73 fördelade på olika diagnosgrupper (se avsnitt 3.3.3., tabell 3.4). Vid bedömningen av undersökningens resultat måste man dock hålla i minnet, att tabellen inte ger en bild av studerandenas totala sjukvårdsefterfrågan, eftersom enkäten i förevarande avseende endast är relaterad till verksamheten vid ifrågavarande mottagningar.

Som tidigare nämnts torde denna andel av sjukvårdsefterfrågan – i vart fall på vissa kårorter – vara begränsad. Antalet besök per studerande och år i studerandehälsovårdsmaterialet som helhet motsvarar 0,29 mot mellan 1,5 och 2,2 läkarbesök per invånare i 20–30-årsåldern och år i landet som helhet. Icke desto mindre belyses studerandehälsovårdens allmänna inriktning. Hur många studerande som söker läkare i offentlig eller privat vård och orsakerna härtill ävensom symptom i dessa fall,

saknar utredningen möjlighet att redovisa. En antydan härom ger dock kårobligatorieutredningens enkät (avsnitt 8.5.2).

Den konstaterade fördelningen av antalet nybesök på diagnosgrupper synes också ge vid handen att studerandehälsovården i praktiken blivit relativt starkt inriktad på sjukvård av somatisk karaktär. Enligt tabell 3.3 utgör ca 76 % av det totala antalet besök hos studentläkare besök för somatisk vård samt resten – ca 24 % – för psykiatrisk vård. Enligt tabell 3.4 ligger endast ca 13 % av antalet nybesök inom diagnosgruppen mentala rubbningar.

En av orsakerna till den tidigare nämnda starka profileringen mot sjukvård kan vara konstruktionen av reglerna om återbäring från den allmänna försäkringen vid läkarvård, innebärande att ersättning endast utgår för sjukvårdande verksamhet. Återbäring utgår sålunda icke för hälsovårdande åtgärder, oavsett om dessa ägt rum i offentlig eller privat vårdverksamhet. Även bristen på läkare inom offentlig hälso- och sjukvård kan vara en viktig orsak till att studerandena föredrar att konsultera studentläkare även vid fall av somatiska åkommer etc. Som ett exempel härpå kan nämnas, att man från kårortsnämnden i Lund framfört, att samtliga studerande inom kårorten – oavsett mantalsskrivningsort – av den offentliga sjukvården hänvisas till studerandehälsovårdsmottagningen, såvida det inte gäller akut vård.

En annan möjlig orsak kan vara att studerandena tack vare studerandehälsovårdsmottagningarna har nära tillgång till läkare. Det är knappast att förvänta annat än att studerande – i synnerhet då det gäller mer bagatellartade somatiska åkommor – föredrar att vända sig till vederbörande studentläkare, hos vilken de snabbt kan få erforderlig vård, mot att ställa sig i vårdkön bland andra vårdsökande på offentliga sjukvårdsmottagningar. På grund av läkarbrist är väntetiderna för besök – såvida inte akut vårdbehov föreligger – för närvarande betydligt längre vid de offentliga läkarmottagningarna än vid studerandehälsovårdsmottagningarna.

Siffrorna i nyssnämnda tabeller tyder således på, att studerandehälsovården inte har utvecklats till den medicinska verksamhet, inriktad på psykiska och psykosomatiska åkommor, som förutsattes i 1967 års proposition samt i socialstyrelsens råd och anvisningar rörande verksamheten. Det bör dock understrykas, att viss somatisk sjukvårdsverksamhet normalt har förutsatts ingå i studerandehälsovården och att förstärkningen av insatserna på detta område till stor del är en följd av nyssnämnda yttre omständigheter. Insatser mot psykosomatiska sjukdomar kommer för övrigt med den grova diagnosgruppering som här använts att återfinnas under somatiska sjukdomsrubriker. Det bör även erinras om att studerandenas brett upplagda motionsverksamhet utgör en betydande hälsovårdande insats.

Härutöver bör ytterligare framhållas, att den statistiska redovisningen ger en något skev bild av verkligheten, eftersom besök för psykisk vård relativt sett tar mer tid i anspråk än besök för somatisk vård. Enligt en av socialstyrelsen publicerad beräkning (Socialstyrelsen, mars 1974, "Sjukvårdsverksamheten 1972", sid. 28) omfattande samtliga verksamheter

inom den offentliga hälso- och sjukvården under perioden 1972-10-13 – – – 20, varierande antalet besök per läkare och timme kraftigt. Sålunda uppgick antalet läkarbesök vid öppenvårdsverksamhet per läkararbetstimme till 2,14 för allmän internmedicin, 2,73 för gynekologi och obstetrik, 2,04 för ögonsjukdomar samt endast 0,79 vid allmän psykiatri. Såsom framgår av tabell 3:2 är inom studerandehälsovården skillnaderna mellan antalet läkartjänster såsom somatiker och psykiater mindre (7,85 respektive 6,07 år 1973) än vad som motsvarar tidigare angiven fördelning mellan somatisk och psykiatrisk vård.

Det har inte varit möjligt för utredningen att göra någon analys av arbetstidsförhållandena för den personal, som är verksam inom studerandehälsovården. Utredningen kan därför inte göra någon exakt bedömning av hur vederbörande läkare fördelar sin totala arbetstid mellan hälsovårdande och sjukvårdande uppgifter. Här bör erinras om att enligt den för företagshälsovården uppställda målsättningen bör minst hälften av läkarnas arbetstid ägnas åt hälsovård. Enligt vad studerandehälsovårdsutredningen inhämtat, torde dock studentläkarna till övervägande del använda sin tid till sjukvårdande åtgärder.

8.4 Vissa undersökningar avseende behovet av psykiatrisk vård hos normalbefolkningen

I ett senare avsnitt kommer att redogöras för vissa undersökningar avseende psykiska problem, suicidier och allvarliga suicidalförsök bland studerande. För att kunna relatera dessa förhållanden till en "normalbefolkning" lämnas i det följande ett kortfattat referat av vissa undersökningar avseende psykiska problem i samhället som helhet.

8.4.1 *Undersökningar av Essen-Möller 1947 och Hagnell 1958*

Professor E. Essen-Möller företog 1947 en undersökning om bl. a. den psykiska hälsan hos befolkningen (2 500 personer) i två skånska kommuner (Essen-Möller, E: Individual Traits and Morbidity in a Swedish Rural Population. Acta Psychiat. et Neurol.Scand. suppl. 100, 1956). Av befolkningen kunde 99 % uppspåras och personligen undersökas av forskaren. Av undersökningen framkom, att "4 % av den vuxna manliga befolkningen och 8 % av den vuxna kvinnliga befolkningen hade neuroser. Tidigt uppträdande astenier (trötthetstillstånd) förelåg hos 2,2 % av männen och 9,5 % av kvinnorna i den vuxna befolkningen samt sent uppträdande astenier hos 4,1 % av männen och 19,7 % av kvinnorna. Kroppsligt-asteniska symptom fanns därtill hos 18,2 % av männen och 30,7 % av kvinnorna. Alkoholism och alkoholmissbruk förelåg i den vuxna befolkningen hos 11,1 % av männen och 2,1 % av kvinnorna. Personer utan psykiatrisk diagnos i hela befolkningen uppgick till 40 % av männen och 33 % av kvinnorna".

10 år senare lyckades docenten O. Hagnell uppspåra 99 % av de överlevande från den tidigare undersökningen av Essen-Möller samt

erhålla information om bl. a. den psykiska hälsan hos alla. (Hagnell, O: Neuroser och andra nervösa rubbningar i en skånsk befolkning, undersökt 1947 och 1957. Föredrag vid XII nordiska psykiaterkongressen i Köpenhamn 1958). Hagnells undersökning var upplagd efter samma mönster som Essen-Möllers men mer omfattande. Materialet grundade sig på såväl personlig undersökning som på informationer inhämtade från sjukhusjournaler, läkaranteckningar, polisrapporter och dylikt. Hagnell fann bl. a. följande frekvenser av psykiska störningar: psykos 1,7 %, neuros 13,1 % samt utvecklingsstörda 1,2 %. Hagnell sökte även klarlägga antalet nyinsjuknade under en viss tidsperiod och den tidslängd varje sjukdomsperiod varade. Han fann då en anhopning av nyinsjuknade neuroser hos män framförallt i åldrarna 30–39 år och hos kvinnor i åldrarna 40–49 år, liksom en brant ökning av "organiska hjärnsyndrom" samt dessa i kombination med ålderspsykos i åldrarna över 75 år. Vad episodlängden på psykiska störningar beträffar sammanfattade Hagnell: "I befolkningen finns ett stort antal psykiska insufficienstillstånd av neurostyp med relativt kort duration. Det verkar också som om många har ett begränsat förlopp, även om de är obehandlade."

8.4.2 *Mentalsjukvårdsdelegationens betänkande III (SOU 1958:38)*

I mentalsjukvårdsdelegationens tredje betänkande "Mentalsjukvården, planering och organisation" (SOU 1958:38) behandlades bl. a. frågan om behovet av psykiatrisk vård för vuxna. Utredningen redogjorde för en av Stockholms läns landsting år 1955 företagen utredning rörande vårdbehov m. m. för mentalsjukvård inom Stockholms län. Vidare genomförde utredningen själv en fältundersökning i Hallands län i syfte att klargöra de aktuella frekvenserna av psykiska sjukdomar inom länet. En annan undersökning avsåg förekomsten av psykiska sjukdomar bland 500 personer i Stockholm med samma ålder, socialgrupp m. m. som en grupp sociala understödstagare, vilka varit föremål för särskild undersökning. Vidare redovisades i betänkandet en undersökning rörande andelen psykiskt sjuka i tjänsteläkarens i Torshälla klientel åren 1948–50. Slutligen genomfördes en intervjuundersökning bland ca 500 stockholmare över 20 år avseende förekomsten av olika nervösa symptom, behovet av konsultation hos psykiater, vård på sjukhus m. m.

Resultaten av de av delegationen redovisade eller genomförda undersökningarna sammanfattades enligt följande:

"Våra undersökningar har vidare givit vid handen, att frekvensen av neuroser och andra lättare psykiska insufficienstillstånd i befolkningen är mycket hög. Uppskattningsvis företer 30–40 % av befolkningen över 20 år sådana tillstånd. Konsultations- och behandlingsbehovet för sådana tillstånd är också betydande. Undersökningar från bl. a. Danmark och Norge tyder på att omkring 30 % av de patienter, som vårdas på internmedicinska avdelningar företer psykiska och nervösa sjukdomar eller somatiska sjukdomar med psykiska komponenter. Vår egen undersökning från Torshälla utvisar, att av de personer, som under en 2-årsperiod sökt provinsialläkaren där, företer 15 % psykiska och nervösa sjukdomstillstånd. Intervjuundersökningen i Stockholm visar, att

omkring 25 % av den vuxna befolkningen (5 % svåra och 20 % lätta fall) är i behov av konsultation hos psykiater eller inom mentalhygienisk rådgivningsverksamhet. De anförda siffrorna är möjligen icke representativa för hela landet. Vid våra beräkningar av personalbehovet har vi därför utgått ifrån, att genomsnittet för hela landet ligger något lägre och uppgår till omkring 20 % av befolkningen".

8.4.3 *Låginkomstutredningens undersökningar m. m.*

Låginkomstutredningen och dess levnadsnivåundersökningar från 1968 är den hittills mest systematiska välfärdsmätningen i Sverige. Här har man försökt beskriva befolkningens levnadsförhållanden inom ramen för ett välfärdsbegrepp, som delats upp i sammanlagt nio olika komponenter. Av särskilt intresse i föreliggande sammanhang är följande resultat från levnadsnivåundersökningen om en av dessa nio komponenter, nämligen om hälsa och vårdkonsumtion. ("Den vuxna befolkningens hälsotillstånd" Låginkomstutredningen, Stockholm, 1970).

Utredningens bedömningar grundades på mätning av nedsättningen i det psykiska välbefinnandet. I det sammanhanget upptogs sådana symptom som allmän trötthet, sömnbesvär, nervösa besvär (ångest, oro, ängslan), depressioner och överansträngning. Utredningen fann, att ungefär 30 % av befolkningen i åldern 15–75 år haft sitt psykiska välbefinnande nedsatt på grund av allmän trötthetskänsla, ungefär 20 % hade haft nervösa besvär, ungefär 10 % sömnbesvär och ungefär 4 % depressioner i förening med trötthet, sömnbesvär och nervösa besvär. Man fann också, att andelarna med olika grader av nedsatt psykiskt välbefinnande steg relativt kontinuerligt med ålder. Intressant är också uppgiften att andelarna med olika grader av nedsatt psykiskt välbefinnande var lägst i socialgrupp 1 och högst i socialgrupp 3. Betraktar man närmast de nervösa besvären angavs de relativt lågt för dem som genomgått universitetsstudier (universitetsstuderande). Dessa hade i detta sammanhang förts till socialgrupp 1. Procentandelen var här 13,3 jämfört med den högsta procentandelen 26 % för pensionärer utan förvärvsarbete och lägst 10,4 % för offentligt anställda högre tjänstemän.

En särskild arbetsgrupp, som haft att utvärdera låginkomstutredningens material och med ledning därav avge förslag till lämpliga åtgärder, presenterade sina överväganden i en särskild rapport i september 1972 (Arbetsgruppen för låginkomstfrågor, rapport Ds In 1972:19).

När det gäller hälsovård föreslog gruppen att särskilda hälsokampanjer, som tog sikte på kostvanor, tobaksförbrukning, motion osv. skulle anordnas som ett led i en fortlöpande hälsovårdsinformation med förankring på många olika håll i samhället. I det allmänna hälsovårdsarbetet ingår som ett viktigt led åtgärder för att tidigt upptäcka sjukdomar. Detta fann gruppen vara inte minst betydelsefullt för de resurssvaga gruppernas möjligheter att tidigt komma i kontakt med hälso- och sjukvårdsorganisationen.

När det gäller hälsokontroller stod enligt arbetsgruppen valet bl. a. mellan allmänna och riktade sådana. Dittillsvarande verksamhet på området tydde på att hälsokontroller, som inriktas på bestämda

åldersgrupper och/eller sjukdomar kan visa sig vara mest effektiva. En viktig del av den förebyggande verksamheten utgörs, framhöll gruppen, av hälsokontroller inom ramen för företagshälsovården.

Inom sjukvården bör utbyggnaden främst inriktas på den decentraliserade öppna hälso- och sjukvården. Ett viktigt demokratiskt krav av betydelse inte minst för låginkomsttagare är, framhöll gruppen vidare, att hälso- och sjukvården – liksom den sociala servicen i övrigt – görs lätt tillgänglig för människorna.

Frågan om en demokratisering av sjukvården var enligt arbetsgruppens uppfattning lika aktuell som för socialvården. Särskilt med tanke på de resurssvaga i samhället betonades den stora betydelsen av att det inom hälso- och sjukvården utvecklas demokrati och öppenhet både inom de olika personalgrupperna inbördes och mellan sjukvårdsinstitutionen i dess helhet och patienterna. Sjukvårdsmiljön måste avdramatiseras och om möjligt ges en mer medmänsklig atmosfär.

8.4.4 *Rapport av Hans Lohman "Psykisk hälsa och mänsklig miljö"*

I april 1970 erhöll socialstyrelsen Kungl. Maj:ts uppdrag att utreda den psykiska hälsovården. För att genomföra uppdraget beslöt styrelsen att i första hand söka kartlägga och sammanfatta den debatt, som förts på området. Uppdraget att göra denna kartläggning gavs åt med lic. och fil. kand. Hans Lohman, som presenterade sina resultat i boken "Psykisk hälsa och mänsklig miljö" (Socialstyrelsen redovisar 1972:30).

I inledningen till sin rapport diskuterade Lohman begreppet "psykisk hälsa". Allmänt kan sägas framhöll Lohman, att psykisk hälsa är ett tillstånd som vanligen uppmärksammas först i det ögonblick den *inte* längre föreligger. Med utförliga referat visade Lohman emellertid, att några allmänt accepterade definitioner inte existerar; "Det finns i fråga om begreppet "psykisk hälsa" intet tillfredsställande sätt att inringa, eller rentav mäta det avsedda tillståndet. Begreppet – av så stor betydelse i praktiken – saknar entydighet" (s. 26).

Lohman framhöll vidare, att olika tidsepoker och samhällen har haft skilda föreställningar om vad som är att anse som "psykiskt friskt". För närvarande råder dock, ansåg Lohman, mellan experterna en vag samstämmighet ifråga om begreppets innebörd.

Lohman framförde i ett efterföljande avsnitt synpunkter på möjligheterna att få fram hållbara indikatorer på existerande psykisk hälsa respektive ohälsa. I detta sammanhang redogjorde Lohman för olika undersökningar avseende problemet psykisk hälsa (bl. a. Essen-Möllers och Hagnells undersökningar, se avsnitt 8.4.1 samt mentalsjukvårdsdelegationens betänkande III, se avsnitt 8.4.2) och konstaterade, att betydande svårigheter föreligger att med tillfredsställande exakthet uttala sig om själva storleksordningen av problemet psykisk ohälsa. "Till en stor del beror detta på att de olika indikatorerna belyser frågeställningen från så olika utgångspunkter. En grundsvårighet ligger i att det genomgående är svårt att avgränsa psykisk ohälsa från psykisk hälsa. Dessutom präglas det statistiska material som finns och här har refererats inte så sällan av

bristande skärpa, som tvingar till största försiktighet vid tolkningen av detsamma" (s. 122).

Att siffrorna är osäkra innebär å den andra sidan inte enligt Lohman att avsevärda problem faktiskt skulle saknas. "De här refererade indikatorerna ger således vid handen att tidigare gjorda uppskattningar, nämligen att 1/3 av alla sjukdagar i landet skulle bero på psykiska påfrestningar, kan kompletteras med konstaterandet att en liknande andel av befolkningen upplever sig ha bristande psykisk hälsa. Det kan inte nog understrykas att dessa siffror är problematiska. Bl. a. måste svårigheterna att exakt precisera vad som skall preciseras som brist och vad som skall definieras som psykisk hälsa respektive ohälsa hållas i minnet. Än viktigare är frågan om bakom dessa siffror ligger ökad vårdefterfrågan eller ökad sjuklighet" (s. 123).

Lohmans åsikt var, att individens psyke spelar en betydelsefull roll i de allra flesta sjukdomstillstånd. Utifrån en sådan syn blir patientens upplevelse av sin situation och andra subjektiva faktorer som har inverkan på hans motståndskraft lika viktiga som de skadliga respektive stimulerande inflytelser han är utsatt för. Inte minst från preventiv synpunkt bör sådana faktorer, enligt Lohmans mening, beaktas i långt större utsträckning än vad som nu sker. "I dag börjar det framstå allt klarare att hälsa och sjukdom inte går att skilja från människans existens: hennes personlighetsstruktur, beteende, stämningar och allmänna befinnande – alltsammans faktorer som djupt präglas av de i samhället förhärskande värderingarna. Det är precis de faktorer som måste beaktas när man vill börja satsa på preventiva åtgärder" (s. 198).

Lohman betonade vidare: "Individens adaptiva krafter har börjat komma i blickpunkten när det gäller att kartlägga både nödvändiga och tillräckliga villkor för insjuknande. Till sådana "riskfaktorer" som det i dag anses befogat att närmare studera, räknas även variabler som personlighet, arbetssituation och upplevelser av stress" (s. 283).

Även om Lohman underströk individens betydelse innebär detta inte att han intagit en uteslutande individcentrerad position – snarare den motsatta. Perspektivet vidgas enligt Lohman till att omfatta även den miljö, i vilken individen existerar och de krafter, som påverkar individens attityder och värderingar.

Lohman som i sin rapport också utförligt behandlade samhällsmiljön menade, att det västerländska samhället genomsyras av en ekonomisk-teknologisk rationalitet, som genom en allt hetsigare förändringstakt och rationalisering av vardagslivet leder till känslokyla, vantrivsel och främlingskap. "Ensidiga krav på effektivitet och produktivitet blir så dominerande och hela tillvaron så genomrationaliserad, att känslor och initiativ kommer i kläm, alltmera trängs bort och inte får komma till uttryck" (s. 284).

8.4.5 *Mätbara och icke-mätbara behov av medicinsk vård och social service*

I en avhandling av Lars Olov Bygren (Met and Unmet Needs for Medical and Social Services, Scandinavian Journal of social medicine, supplementum 8 år 1974) presenteras en under perioden 1969–70 inom Stockholms-området genomförd epidemiologisk undersökning om tillgodosedda respektive icke-tillgodosedda behov av medicinsk vård och social service. I undersökningen tas inte upp några speciella studerandeproblem. Den korta information, som i det följande lämnas av undersökningen är motiverad av det allmänna intresse den kan ha för att belysa de medicinska och sociala behovsfrågorna hos en normalbefolkning.

2.500 personer bosatta i Stockholms län – med undantag för Stor-stockholmsområdet – i åldrarna 18–65 år utvaldes statistiskt. De härigenom utvalda personerna undersöktes vid sjukhus och deras vård- och servicebehov – såväl tillgodosedda som icke-tillgodosedda – bedömdes.

Tillgodosedda vårdbehov definieras i undersökningen som medicinska behov, som är föremål för behandling. Icke-tillgodosedda behov – vilket är svårare att definiera – anses enligt Bygren föreligga, när en individ enligt medicinsk sakkunskap borde vara föremål för vård men inte är det. Definitionen av det sociala servicebehovet avviker endast i ett avseende från ovannämnda. Ett behov sägs här vara icke-tillgodosett, när en person varit i kontakt med relevant institution, men inte erhållit adekvat service.

Det genomsnittligt uppmätta behovet av såväl tillgodosedd som icke-tillgodosedd *medicinsk vård* uppgick i undersökningen till 0,61 behov per person. Enbart tillgodosedda behov uppmättes hos 23 % av individerna och enbart icke-tillgodosedda behov hos 27 % av individerna. 16 % ansågs ha både tillgodosedda och icke-tillgodosedda vårdbehov.

71 % av de tillgodosedda behoven var somatiska och 29 % psykiatriska. Samma fördelning gällde även för de icke-tillgodosedda behoven. Allmänt antas vanligen enligt Bygren, att vårdbehov förorsakade av allvarliga åkommor i större utsträckning tillgodoses än sådana som förorsakas av mindre allvarliga åkommor. Denna hypotes verifieras emellertid inte av undersökningen. Även om vissa skillnader noteras, är differensen mellan tillgodosedda och icke-tillgodosedda behov inte påfallande stor.

De icke-tillgodosedda behoven anses inte kunna förklaras med att de uppkommit så nyligen, att patienterna ännu icke hunnit uppsöka läkare. 27 % av de medicinska (liksom 30 % av de sociala) icke-tillgodosedda behoven ansågs ha förelegat i minst ett år.

Män och kvinnor hade ungefär samma genomsnittliga antal icke-tillgodosedda behov, om gynekologiska vårdbehov exkluderas. Männen hade emellertid ett lägre genomsnittligt antal tillgodosedda behov.

Av särskilt intresse för studerandehälsovårdsutredningen är uppgiften, att i de yngre åldersgrupperna dominerade relativt sett de icke-tillgodosedda vårdbehoven, medan i åldrarna 46–65 år tillgodosedda behov var vanligast. Däremot hade de äldre givetvis ett större genomsnittligt antal icke-tillgodosedda behov.

De individuella *sociala servicebehoven* varierar i avseende på kvalitet, kvantitet och grad av behovsuppfyllelse. De svårare behoven är proportionellt sett i större utsträckning icke-tillgodosedda. Generellt sett återfinns enligt undersökningen individer med icke tillgodosedda sociala servicebehov, särskilt bland de yngre och i de lägre sociala skikten.

Halva populationen i undersökningen hade sociala servicebehov och 30 % hade tillgodosedda behov. Det är angeläget att understryka, att siffrorna för medicinska respektive sociala behov inte är jämförbara.

De icke-tillgodosedda servicebehoven är vanligast bland de yngsta, medan tillgodosedda behov är störst i åldersgruppen 26–35 år. Kvinnorna hade ett större socialt servicebehov.

Avslutningsvis anför Bygren att "alla undersökningens olika delar tyder på, att de sociala problemen förknippade med de icke-tillgodosedda servicebehoven, är allvarliga".

8.4.6 *Socialstyrelsens rapport om den psykiatriska vården*

Ovan har lämnats en redogörelse för olika undersökningar avseende behovet av psykiatrisk vård bland samhällets medborgare. För en nödvändig förståelse av de problem och faktorer, som kan leda till uppkomsten av psykiska problem skall här lämnas en redogörelse hämtad ur en rapport från en av socialstyrelsen tillsatt expertgrupp, som haft till uppgift att utreda den psykiatriska vårdens målsättning och organisation. Expertgruppen avgav 1973 en rapport härom "Den psykiatriska vårdens målsättning och organisation" (Socialstyrelsen, Stockholm 1973). För gruppens förslag har en redovisning tidigare lämnats (avsnitt 4.2 sid. 72).

Följande riskgrupper kunde enligt rapporten särskilt behöva uppmärksammas som målgrupper, när det gäller att förebygga och behandla psykiska problem och störningar

- gravida kvinnor och spädbarnsföräldrar,
- barn och ungdom,
- invandrare,
- individer i psykiska krissituationer samt
- ålders- och förtidspensionärer.

Vad gäller psykiska besvär och störningar, framhölls i rapporten, utlöses dessa ofta av yttre händelser. Sådana krisutlösande situationer är inte sällan början till en långvarig psykisk insufficiens. Den rätta handläggningen är därför av stor vikt för det fortsatta förloppet. Krisutlösande situationer kan vara dödsfall, familjesplittring, reaktioner inför kroppslig sjukdom, sociala skamsituationer, sociala strukturella förändringar etc.

I rapporten underströks, att ett samhälle med ett fungerande socialt nätverk kan ofta rätt väl ta hand om reaktioner vid yttre påfrestande händelser utan att formella hjälpinstanser behöver anlitas. I detta avseende fungerar dagens samhälle mindre tillfredsställande. Alltför få har enligt expertgruppen förmåga att reagera vid olika krissituationer. I stället förstärks inte sällan tendenser att undertrycka sådana reaktioner

och förneka påfrestningarna, särskilt beträffande den känslomässiga innebörden. Följden av sådana dåligt genomarbetade kriser är inte sällan social isolering, missbruk av alkohol eller lugnande medel eller antagandet av en "sjukroll".

En krispsykoterapi kan enligt expertgruppen schematiskt sägas innehålla tre aspekter:

- att identifiera krisen och att i ord uttrycka dess känslomässiga och faktiska innehåll,
- att stödja den drabbades egna resurser och lösa problemen samt
- att mobilisera familjen eller andra yttre sociala resurser för att lösa problemen.

En individ med psykiska störningar och problem kan primärt vända sig till t. ex. distriktssköterska, allmänläkare, psykiatrisk mottagning, socialbyrå, familjerådgivningsbyrå, privatpraktiserande psykoterapeut eller en präst. Han kan också få hjälp av bekanta. I dessa fall delar alltså de psykiatriska specialistinstanserna vårdansvaret med andra allmänna och enskilda institutioner. Vårdansvaret är till slut enligt expertgruppen endast ett av flera uttryck för det medmänskliga ansvaret.

8.5 Vissa studiesociala undersökningar

8.5.1 *UKÄ-rapporter*

Som tidigare nämnts (avsnitt 6:2) infördes genom Kungl. kungörelsen 1969-03-28 (SFS 1969:50, ändrad SFS 1969:327) med giltighet fr. o. m. höstterminen 1969 en ny studieordning vid de filosofiska fakulteterna (den s. k. PUKAS). UKÄ har kontinuerligt följt den praktiska tillämpningen av den nya ordningen och publicerat de samlade erfarenheterna i årliga rapporter. Med hänsyn till att detta studiesystem innehåller moment, som kan tänkas framkalla osäkerhet och stress hos de studerande – här avses främst risken för utspärrning, då inte föreskrivna studieresultat uppnåtts inom fastställd tid – har studerandehälsovårdsutredningen granskat några av dessa rapporter utifrån sina utgångspunkter.

I de i skriften UKÄ-aktuellt – 1971/72:13 och 1972/73:12 – publicerade rapporterna om erfarenheterna av det nya studiesystemet konstaterade UKÄ, att de faktiskt uppnådda studieresultaten med cirka 15 % understeg de förväntade. Ämbetet ansåg, att detta förhållande kunde tillskrivas ett alltför stort antal studieavbrott (tillfälliga och definitiva) samt att studerandena hade en alltför låg studietakt. Som exempel på tänkbara orsaker härtill anförde UKÄ

a) bristande förkunskaper – de gymnasieutbildade studerandena äger inte tillräckliga förkunskaper för att utan större svårigheter kunna tillgodogöra sig studiestoffet vid studierna;
b) de allmänna svårigheter, som föreligger vid övergången mellan bundna gymnasiestudier och de mer fria högskolestudierna;

c) dålig studiemotivation, vilket kan hänga samman med t. ex. bristen på erforderliga förkunskaper, bristande yrkesvägledning (vederbörande har kanske valt fel studiebana);
d) ett otillfredsställande arbetsmarknadsläge – ovissheten om möjligheterna att efter avlagd examen kunna erhålla anställning inom det yrkesområde utbildningen avsett kan självfallet bidraga till en minskad studietakt eller t. o. m. studieavbrott;
e) besvikelse över den egna studiesituationen;
f) bristande handledning;
g) bristande trivsel;
h) dålig boendemiljö;
i) samvaroproblem samt
j) brister i samarbetet mellan studerandena.

UKÄ-rapporterna har icke haft till syfte att påvisa något samband mellan ett totalt sett mindre tillfredsställande studieresultat och studerandenas behov av en särskild hälsovårdsorganisation. Från studerandehälsovårdsutredningens synpunkt visar sig rapporterna emellertid såtillvida intressanta som att vissa av de orsaker, som UKÄ anser ligga bakom det mindre tillfredsställande utfallet av den nya studieordningen utgörs av just sådana moment i studerandetillvaron, som enligt bl. a. den tidigare studerandehälsovårdsutredningens bedömning kan framkalla eller förvärra nervösa besvär.

I en år 1974 publicerad rapport (nr 5) gav UKÄ uttryck för ett något annorlunda synsätt, när det gäller bedömningen av det totala studieresultatet. Bl. a. gavs en mer nyanserad bild av studieavbrotten. De behöver inte alltid, hävdas det, vara liktydiga med studiemisslyckanden. Till en del förklaras de av en överströmning från en utbildningslinje till annan, ofta spärrad utbildning. Som studieavbrott har tidigare räknats studier som inte lett fram till någon examen. Hänsyn togs i denna nya rapport också till sådana omständigheter, som att många studerande icke haft för avsikt att avlägga någon examen utan endast velat, genom att fullgöra vissa studiekurser, skaffa sig t. ex. viss randutbildning. Studierna bedrivs också i ökad omfattning i form av återkommande utbildning. Samtidigt noterade UKÄ att viss försening i studierna kan förklaras av att åtskilliga studerar på deltid. Överhuvudtaget hade rapporten en mer optimistisk ton, inte minst beroende på att man kan notera en viss förbättring av studieresultaten i förhållande till normerna för genomströmningen vid filosofisk fakultet. Denna förbättring inskränkte sig dock till mätningen av resultaten från de naturvetenskapliga utbildningslinjerna. En förklaring till förbättring på dessa utbildningslinjer ansågs vara den pedagogiska försöksverksamhet, som under läsåret 1972/73 bedrivits på universitetsorter (inklusive filialer). Försöken hade bl. a. haft till syfte att nå en ökad individualisering av undervisningen, varvid särskild vikt fästs vid den möjlighet till effektivisering, som anses ligga i handlett och fritt grupparbete samt hos sammanhållna undervisningsgrupper med tillgång till ett permanent lärarlag/handledare.

Även om anledning finns att nu se ljusare på situationen bör, anser

UKÄ, resultatförbättringarna betraktas i ljuset av det förhållandet, att under de senaste åren antalet nyinskrivna vid filosofisk fakultet minskat samtidigt som en förskjutning skett i ålderssammansättningen bland de studerande. Vid filosofisk fakultet var år 1969 16 % av männen och 22 % av kvinnorna 20 år eller yngre; 1972 var motsvarande siffror 7 respektive 11 %. Detta kan enligt UKÄ betyda, att de som söker sig till filosofisk fakultet numera i något högre grad än tidigare är inriktade på val av korrekt studiebana och att de bl. a. på grund därav äger bättre förutsättningar att målmedvetet fullgöra sina studier.

Sammantaget ger, anser studerandehälsovårdsutredningen, de av UKÄ framlagda rapporterna stöd för uppfattningen, att det är viktigt, att sådana störningar i studerandemiljön, som kan resultera i allt för låg studietakt, studieavbrott och sjukdomstillstånd elimineras eller åtminstone motverkas så långt möjligt. Detta förefaller desto mer angeläget som på senare tid flera – visserligen redan tidigare – kända externa orosmoment blivit alltmer påtagliga och uppmärksammade. Som exempel härpå kan anföras den försämrade situationen för akademiker på arbetsmarknaden.

Utredningen vill här också erinra om de senaste årens utveckling på utbildningsområdet i avseende på antalet studerande och fördelning av dem på olika åldersgrupper m. m., vilken utförligt beskrivits i avsnitt 6.2.

8.5.2 *Kårobligatorieutredningens enkät*

Den första kårobligatorieutredningen, som hade till uppgift att bl. a. kartlägga förutsättningarna för kårobligatoriets avskaffande – eller bibehållande – genomförde under tiden december 1970–mars 1971 en enkätundersökning, omfattande 1 500 genom en objektiv metod utvalda universitets- och högskolestuderande från hela landet. Svarsfrekvensen uppgick till 93,5 %. Resultaten av undersökningen redovisades i en särskild sammanställning, utgiven av kårobligatorieutredningen i maj 1971.

Enkäten kan betraktas som en blandad konsumtions- och efterfrågeundersökning. För studerandehälsovårdsutredningens del är i detta sammanhang efterfrågeaspekten den mest intressanta. I enkäten angavs dock efterfrågan som behov. Undersökningen avsåg förhållandena under endast en termin (höstterminen 1970).

Av de i enkäten deltagande studerandena uppgav 13,6 % att de vid något eller vid flera tillfällen under höstterminen 1970 konsulterat studentläkare. Endast 1,8 % hade gjort återbesök. Det stora flertalet eller 86,4 % uppgav sig aldrig ha sökt läkarhjälp vid studentläkarmottagningen. Däremot hade 15,2 % av de i undersökningen deltagande studerandena angett, att de vänt sig till annan läkare. Det bör dock i detta sammanhang påpekas att enkäten pga. sin uppläggning inte upptar några uppgifter om läkarbesök mellan terminerna.

Som orsak till att studentläkare inte anlitades i större utsträckning uppgav 78 % av de manliga studerandena i åldrarna under 20 år, att de inte hade något ”behov” därav. Också studerandena i åldrarna 20–25 år

hade till 72 % samma förklaring. "Behovet" av studentläkare var något mer uttalat hos de kvinnliga studerandena, av vilka omkring 50 % förklarade sig ha sådant "behov". Som en parallell härtill kan nämnas, att inemot 90 % av studerandena inte ansåg sig vara i "behov" av kurstorshjälp.

Det kan inte hävdas, att utfallet av enkätresultatet blivit helt representativt för varje enskild kårort, eftersom resultaten redovisas som medelvärden. Som exempel kan nämnas att det i Uppsala finns en väl utbyggd studerandehälsovårdsorganisation; samtidigt är 71,5 % av antalet studerande där icke skrivna inom kårorten. Besöksfrekvensen vid studentläkarmottagningen i Uppsala är delvis på grund härav betydligt högre än i Stockholm, där studerandehälsovårdsorganisationen är något mindre väl utbyggd och där antalet "utomlänsstuderande" uppgår till blott 21,8 % av det totala antalet universitetsstuderande på orten. Det kan antas att studerande, för vilka kårort och hemort är identiska, föredrar att vid behov söka läkarhjälp vid den lokala offentliga sjukvård, som de normalt brukar anlita eller vända sig till privatpraktiserande läkare. Medan studerandehälsovårdsutredningen för läsåret 1972/73 kunnat notera, att antalet läkarbesök vid studentläkarmottagning i medeltal för hela landet utgjorde 0,29 per studerande, var motsvarande besökssiffror för Uppsala och Stockholm 0,68 respektive 0,09.

Kårobligatorieutredningens undersökning hade – vilket ju följer av utredningens uppdrag – inte som mål att bestämma "behovet" av en särskild studerandehälsovård. Den efterfrågan, som undersökningen likväl antyder, är av relativt marginell karaktär. Det är från studerandehälsovårdsutredningens synpunkt beklagligt, att undersökningen inte ger någon antydan om de orsaker, som kunde ligga bakom den dokumenterade relativt låga efterfrågan på studerandehälsovård.

8.5.3 *Studiehindersutredningen*

På initiativ av Stockholms studentkårers centralorganisation (SSCO) genomfördes under 1971 en undersökning bland studerande i Stockholm för att bl. a. söka kartlägga olika typer av studiehinder av fysisk och psykisk art samt för att ge förslag till åtgärder för att underlätta studiesituationen för dessa studerande. Resultaten av undersökningen, som var ett examensarbete vid psykologiska institutionen vid Stockholms universitet, redovisades i en under mars 1973 utgiven stencil.

Undersökningen, som omfattade 7 745 studerande, inleddes under hösten 1971. Svarsfrekvensen var 71 %. Av undersökningen framgick, att var fjärde studerande ansåg att studierna fördröjts eller försvårats på grund av fysiska eller psykiska besvär. Eftersom studerandehälsovården enligt undersökarna företrädesvis tillkommit för att förhindra eller bota psykiska eller psykosomatiska sjukdomar bland eftergymnasiala studerande hade i detta sammanhang utelämnats de studiehinder, som enligt undersökningen bottnar i fysiska besvär eller problem. Undersökningen visar, att de psykiska besvären utgjorde de vanligaste studiehindren – ca 1/3. Därvid bör man dock betänka, framhöll undersökarna, att psykiska

problem även kan dölja sig bakom somatiska åkommor. Oftast var det härvidlag fråga om s. k. studieneuroser, svår huvudvärk och sömnbesvär. Härtill anmärktes, att sömnsvårigheterna i de flesta fallen måste tas som en yttring av psykiska besvär.

Självfallet utgör, betonade undersökarna, t. ex. sömnbesvär och svår huvudvärk icke något som endast universitets- och högskolestuderande lider av. Man har också anledning att räkna med att åtskilliga studerande har sådana besvär redan när de börjar sina studier. Generellt menade undersökarna också, att studiemiljön inte ensam kan orsaka psykiska besvär, men att sådana besvär kan förvärras av en opersonlig och felanpassad omgivning. Genom sina intervjuer fick undersökarna fram att studieneuroserna ofta utlösts av en otillfredsställande studiesituation. Det har sitt givna stora intresse i förevarande sammanhang att kunna notera, att de intervjuade som förmodade orsakskällor till besvären angav brister i undervisningen, otillräcklig eller felaktig information, besvär med dispenser och intyg, val av felaktig studiebana, ett opersonligt studiesystem samt upplevelser av isolering och kontaktlöshet i studiemiljön.

8.5.4 *Suicidier och allvarliga suicidalförsök i studentvärlden*

Studerandehälsovårdsutredningen har fått ta del av vissa resultat, som framkommit vid en undersökning av studentpsykiatern dr Birgit Norrman, Uppsala, om suicidier och allvarliga suicidalförsök bland Uppsala-studerande. Resultaten har redovisats i en artikel i Läkartidningen (1974:27).

Dessa särskilda studier initierades av en förundersökning, som gjordes avseende orsakerna till dödsfall bland studenter under åren 1962 t. o. m. 1966. Under denna tid kunde 30 kända dödsfall bland studerande noteras, varav hälften var suicidier. Undersökningen utvidgades senare till att gälla allvarliga suicidalförsök bland eftergymnasiala studerande i Uppsala under en tioårsperiod (1963–1972). Därvid bedömdes såsom allvarliga suicidalförsök sådana som krävt sjukhusvård.

Undersökningen, som redovisas i diagram 8.4 och 8.5 avsåg vårdtillfällen vid sjukhus på grund av suicidalförsök bland Uppsala-studenter och inom Uppsala sjukvårdsregion med ca 1,25 milj. invånare som helhet. Undersökningen visade, att självmordsförsöksfrekvensen bland studerandena var närmare tre gånger så hög som i den ålders- och könsrelaterade normalpopulationen. Siffrorna var speciellt höga för kvinnliga akademiker med en delvis oförklarig topp 1968. Frekvensen sjönk dock året därpå för att sedan successivt stiga. 1972 var den på samma nivå som 1968. Den senare stegringen var märkbar såväl i den manliga som i den kvinnliga studentpopulationen. Enligt dr Norrman var denna ökning med största sannolikhet en följd av de senaste årens osäkra arbetsmarknadssituation för akademiker.

Huvudorsaken till suicidalförsöken i studentmaterialet var enligt journaluppgifter som Norrman inhämtat, studieproblem i 40–50 % bland männen och i 20–25 % bland kvinnorna. Förhållandet var det omvända när det gäller samlevnadsproblem, som dominerade i 40–50 % bland

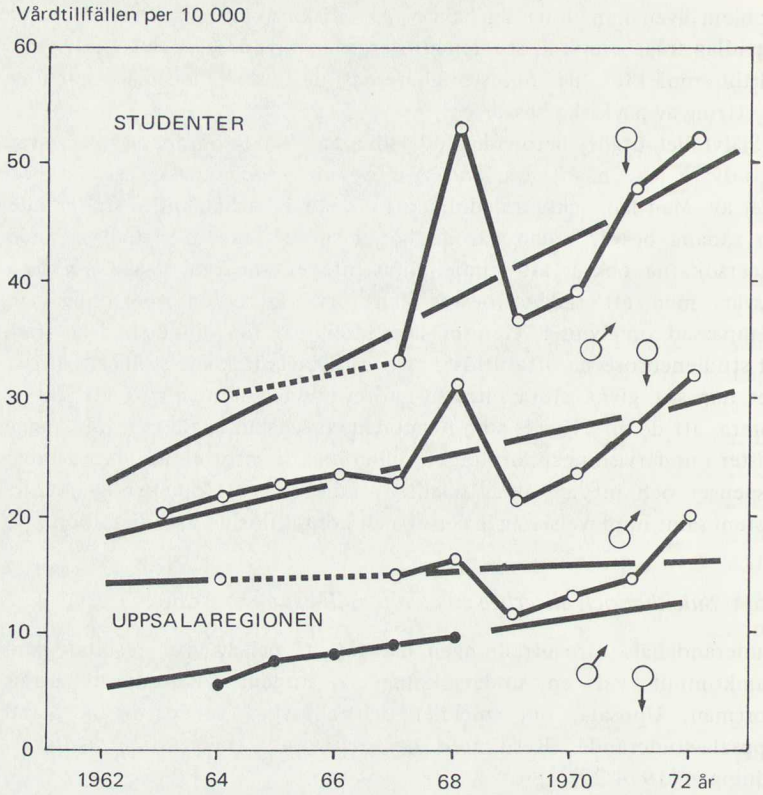


Diagram 8.4. Suicidalförsöksfrekvens i studentmaterial jämförd med normalmaterial.

kvinnorna och 20–30 % bland männen. Ensamhetsproblem var orsaken för 15–20 % av de kvinnor, som gjort självmordsförsök, samt för 10 % av männen. Alkohol förekom som en viktig faktor hos 10 % bland männen och hos 5 % bland kvinnorna.

I 2/3 av fallen i studentmaterialet var det fråga om enstaka suicidalförsök. I 1/3 av fallen upprepades emellertid försöken, ibland flera gånger och i några kända fall med fullbordat suicidium som följd.

Enligt Norrman hade hypotesen om en högre självmordsförsöksfrekvens bland akademiker klart bevisats. Hon ansåg vidare studieproblem vara en viktig orsaksfaktor tillsammans med samlevnads- och ensamhetsproblem. En jämförelse mellan suicidalförsöksfrekvens och fakultetstillhörighet talade enligt Norrman – dock utan att denna jämförelse redovisats – för att laborativa ämnen och små undervisningsenheter utgör en positiv miljö, som ger lägre suicidalförsöksfrekvens.

Den av Norrman redovisade undersökningen är enligt studerandehälsovårdsutredningens mening behäftad med vissa brister. Här kan nämnas svårigheterna att definiera och klart avgränsa studerandepopulationen liksom det statistiskt sett begränsade material, som undersökningen baserats på. Vidare måste man som en osäkerhetsfaktor räkna de vanligen förekommande efterrationaliseringarna vid individers förklaring till självmordsförsök samt de felaktigheter, som alltid är förknippade med

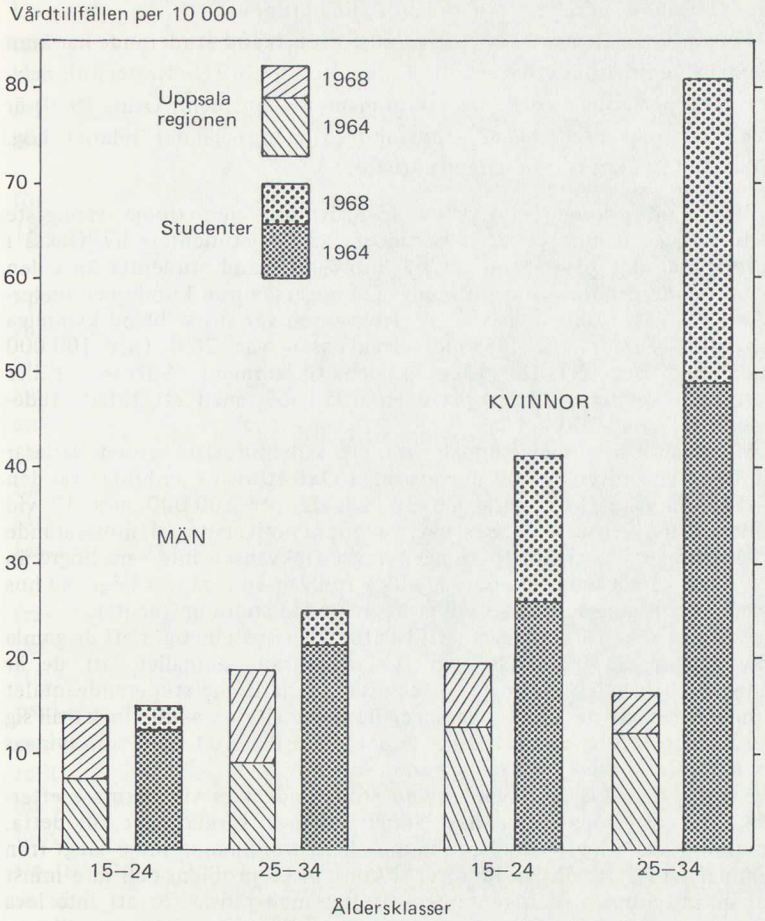


Diagram 8.5. Suicidalförsök i studentpopulation normalpopulation – en jämförelse mellan män och kvinnor.

statistik rörande suicidier och suicidalförsök. Särskilt vill dock utredningen beröra frågan om jämförbarheten mellan frekvensen självmordsförsök bland studerande vid högskolor i tätorten Uppsala och motsvarande frekvens för en s. k. normalbefolkning inom Uppsala-regionen. Ifrågavarande region omfattar Uppsala, Kopparbergs, Gävleborgs och Jämtlands län liksom delar av Västmanlands och Västernorrlands län dvs. en befolkning, som är fördelad på såväl stora glesbygdsområden som större samhällen. Sedan länge är det känt, att självmordsförsöksfrekvensen är högre i städer – i synnerhet storstäderna – än på landsbygden (se t. ex. Thomas Hjortsjö; "Suicidium i Norden", Communications from the department of Anatomy, Lunds universitet nr 12, 1972, sid. 18). En jämförelse av självmordsförsöksfrekvensen mellan aktuella åldersgrupper inom tätorten Uppsala och de högskolestuderande skulle sannolikt ge ett annat resultat än det nu redovisade. Med hänsyn till dessa omständigheter anser utredningen, att man av Norrmanns undersökning icke med absolut säkerhet kan dra slutsatsen, att frekvensen när det gäller självmordsförsök är högre ifråga om studerande

än beträffande andra jämförbara befolkningsgrupper.

Frågan om självmord och självmordsförsök bland studerande har även uppmärksammats internationellt. Enligt Retterstöl (N. Retterstöl; Selvmord, et personlig, sosialt og samfunnsmessig problem, Oslo, 1970) är självmordsfrekvensen bland studerande i många länder relativt hög. Följande kan citeras från nämnda arbete;

"För collegestudenter i USA är självmord den tredje vanligaste dödsorsaken. Bara olyckor och cancer tar fler studenters liv. Också i Europa har det påvisats högre självmordstal bland studenter än i den motsvarande genomsnittsbefolkningen. Lungershausen kunde i en undersökning i Väst-tyskland påvisa att frekvensen var störst bland kvinnliga och äldre studerande. Självmordsfrekvensen var 26,0 (per 100 000 studerande och år) för bägge könen tillsammans. Siffrorna gäller Nordrhein-Westfalen under perioden 1958–65, med ett totalt studerandeantal på 49 200.

I England har man kunnat visa att självmordsfrekvensen varierar kraftigt från universitet till universitet. I Oxford och Cambridge var den år 1958 mycket hög, nämligen 30 och 22 per 100 000 mot 17 vid Londons universitet och 8,5 vid sju andra universitet. I motsvarande åldersgrupper i normalbefolkningen anges frekvensen inte vara högre än 4. Vid de gamla universiteten låg alltså frekvensen 6 gånger högre än hos normalbefolkningen, och betydligt högre än vid andra universitet.

Man har sökt förklaringar härtill i att collegesystemet gör att de gamla universiteten är fristående och isolerade från samhället, att de är strängare och håller en högre akademisk standard, att studerandeantalet är högre och att de kända och speciella universiteten skulle locka till sig mer excentriska personer. Kanske är det också fler studenter, som tvingas dit av föräldrar med höga sociala ambitioner.

Att självmord är vanligare bland studerande kan vid närmare eftertanke te sig rimligt. Det har lämnats många förklaringar till detta. Ensamhet, isolering, bostadsproblem och en främmande miljö långt från hemmet kan vara viktiga faktorer. Ekonomiska problem och inte minst oro inför tentamen och tentamensresultat med rädsla för att inte leva upp till förväntningarna utan misslyckas är andra faktorer, liksom identitets- och rollproblem, som är så vanliga hos ungdomar men som lätt kan förvärras i en främmande och en totalt ny miljö, vilken dessutom ofta är mycket stor och opersonlig. Till detta kan läggas att studenter ofta är ogifta i motsats till andra jämnåriga. Det kan vara svårt för dem att ingå äktenskap på grund av ekonomin eller studierna. Studenternas situation är svår på många sätt. Samhället förväntar sig att de skall inhämta kunskaper som de skall använda sig av i en avlägsen framtid. Under tiden väntar man sig att de trots att de är vuxna människor skall finna sig i att behandlas som skolpojkar eller -flickor. Det är svårt för dem att delta i samhälls- och familjelivet på samma sätt som jämnåriga med inkomstbringande arbete. Studentoron vid många universitet i Europa antyder orimliga förhållanden. Det är kanske inte överraskande att en befolkningsgrupp med så stor aggressionsanhopning också har hög självmordsfrekvens, som ju är en aggressiv handling riktad både mot individen själv och samhället."

8.5.5 *Mental hälsa bland universitetsstuderande*

Under 1973 publicerade psykiatern dr Ulla-Britt Sundqvist, Uppsala, en doktorsavhandling kallad "Academic Performance and Mental Health in

University Students" (Skriftserien Acta psykiatrica Skandinavica, Supplementum 239, 1973). I denna redovisades en undersökning, som avsåg att beskriva och analysera ett antal studerande med hänsyn till bl. a. deras psykiska hälsotillstånd och sociala villkor samt att jämföra dessa faktorer med studiesituationen och studieresultaten.

Undersökningen påbörjades 1968, varvid 195 av 200 slumpvis utvalda förstaårsstuderande vid Uppsala universitet intervjuades. Av dessa blev 186 föremål för en uppföljande intervjuundersökning två år senare.

Genom den första intervjun kartlades deltagarnas sociala bakgrund, uppväxtförhållanden, skolförhållanden samt fysiska och psykiska hälsotillstånd, innan de började universitetsstudierna, samt deras motiv för sådana studier. I den efterföljande intervjun fick deltagarna tillfälle att ge sina synpunkter på sina erfarenheter av studierna, av förhållandena på studieorten samt av sitt hälsotillstånd under de två första studieåren. Undersökningen kompletterades med en personlighetstest. Huvudsyftet med undersökningen var att relatera olika faktorer till studieresultatet samt att se vilka av dessa, som var av signifikant betydelse för variationer i studieresultat.

Av en i avhandlingen ingående översikt över tidigare undersökningar framgår, att andra forskare på området icke varit helt eniga om, huruvida det finns särskilda riskfaktorer i studentmiljön, som kan orsaka mentala störningar. Sålunda finns forskare, som har förklarat att frekvensen av psykiska insufficienser är högre i ett studentmaterial än i en normalpopulation med motsvarande ålderssammansättning. Det framhålls generellt att den, som sysslar med intellektuellt arbete och som råkar ut för en relativt lätt och tillfällig mental störning, jämförelsevis lätt kan få besvärliga följdverkningar härav. Han kommer efter i sina studier, vilket i sin tur förorsakar orostillstånd eller förstärkningar av sådana tillstånd. På så sätt skapas en ond cirkel. Dessa teser har dock motsagts av andra forskare. Därvid har anförts, att psykiska sjukdomar hos studerande inte avviker ifråga om karaktär från sådana som drabbar andra människor.

Självfallet är det – framhålls i avhandlingen – alltid svårt att avgöra vilket som är det primära, den psykiska störningen eller studieproblemen. Sundqvist åberopade, att man i vissa utländska undersökningar funnit att något över 40 % av självmordsfallen bland studerande hade samband med studiemisslyckanden. I en annan undersökning, som gjorts bland studerande, vilka intagits på mentalsjukhus, hade man funnit, att kontaktsvårigheter och ensamhetskänsla i högre grad än studiesvårigheter utgjort bakgrunden till deras mentala ohälsa. De författare, som diskuterat problemet självmord hos studerande har vidare påpekat den risk, som i detta sammanhang föreligger hos personer, vilka känner sig isolerade i sin studiemiljö. Den nyblivne studeranden har ofta lämnat sin hemmiljö för första gången i livet. Nya kontakter måste knytas i en helt ny omgivning. Vederbörande ställer ofta stora förväntningar på den nya situationen och kan därför också lätt råka ut för besvikelser i den mån förväntningarna inte visat sig motsvara verkligheten.

Den av Ulla-Britt Sundqvist gjorda undersökningen visade, att en tredjedel av de deltagande studerandena hade haft en mycket diffus

målsättning för sina studier initialt. Detta kunde vara, ansåg Sundqvist, en av förklaringarna till att endast 11 % av undersökningsgruppen uppnått de förväntade studieresultaten, fyra poäng per månad. Situationen brukar emellertid förbättras, allt eftersom studerandena samlat erfarenheter från studielivet och förmått anpassa sig till detta. Sundqvist kunde i sin undersökning också konstatera en tendens till bättre studieresultat under det andra studieåret.

De svårigheter, som studerandena i explorandgruppen upplevt under observationsperioden, samlade Sunqvist under tre rubriker. Inom gruppen förklarade sig 28 % ha studieproblem, 15 % sociala problem och 12 % ansåg, att de hade problem avseende relationerna till personer i omgivningen.

14,5 % av studerandena hade under de två första studieåren sökt läkare eller vårdats på sjukhus för psykiska besvär. En fjärdedel av de återstående angavs ha psykiska symptom av sådan grad att kontakt borde ha tagits med läkare. Totalt tydde således undersökningen på att en tredjedel av den aktuella studerandegruppen haft nervösa besvär. Dessa fynd kan verifieras av undersökningar som har företagits bl. a. i USA, England och Finland och som understryker, att det finns ett relativt stort behov av psykiaterkontakt i en studentpopulation. Enligt Sundqvist synes det föreligga ett klart samband mellan förekomst av psykiska besvär och problem, som har direkt anknytning till studiesituationen. Orsakssambanden är dock enligt Sundqvist svåra att utreda.

Genom undersökningen har Sundqvist inte kunnat visa, att psykiska besvär avsevärt påverkar studieresultatet i ogynnsam riktning. Tvärtom kan enligt vad Sundqvist funnit i enskilda fall mycket goda studieframgångar noteras, trots allvarliga symptom, under förutsättning att vederbörande fått adekvat vård.

Sundqvists undersökning visar sålunda, att en mycket stor del av universitetsstuderandena under sin studietid drabbas av mental ohälsa eller får sina nervösa besvär förvärrade på grund av faktorer, som kan relateras till studiestituationen. Å andra sidan behöver mentala störningar inte innebära något absolut hinder för vidare studier och studieframgångar. Sundqvist drog slutsatsen, att det primära är att ge studerandena möjlighet att få stöd och hjälp i tid. Hon fann det därför angeläget, att de studerande har lätt tillgång till ett tillräckligt utbyggt servicesystem vid universiteten, genom vilket de kan få vägledning och hjälp i studiesociala frågor liksom när det det gäller den egna hälsan.

9 Utredningens bedömning av behovet av studerandehälsovård

I propositionen 1967:48 summerade departementschefen de i denna framlagda förslagen om studerandehälsovård i ett principuttalande av innebörd, att de studerande vid universitet och högskolor måste ges speciella möjligheter att i anslutning till utbildningsmiljön kunna få vård för psykiska och psykosomatiska sjukdomar. Utan tvekan ansågs nämligen vissa faktorer i studiemiljön kunna utlösa eller förvärra nervösa symptom. Härmed hade departementschefen också angivit vilken inriktning verksamheten med studerandehälsovård borde ha. Socialstyrelsen preciserade denna inriktning i sina under maj 1970 publicerade råd och anvisningar "Studerandehälsovård" (RoA 1970:12) bl. a. genom att däri ange verksamhetens syfte såsom hälsovårdande i psykiskt och fysiskt hänseende. Genom olika aktiviteter skulle studerandehälsovården befrämja studerandenas psykiska och fysiska hälsa samt på så sätt förebygga uppkomsten av sjukdomar och insufficienstillstånd. Särskilt skulle härvid beaktas de studerandes miljö- och arbetsförhållanden. I viss utsträckning skulle dock rent sjukdomsbehandlande åtgärder få förekomma inom studerandehälsovårdens ram, nämligen i fråga om dels sådana psykiska och psykosomatiska sjukdomsfall, som inte krävde större vårdresurser, dels vissa lätta somatiska sjukdomsfall, som hade konsekvenser för studiesituationen, t. ex. nära en förestående tentamen.

Då det gällde att finna motiv för den studerandehälsovård, som fick sin nuvarande organisation genom 1967 års beslut av statsmakterna, kunde man under förarbetet inte stödja sig på några tillförlitliga undersökningar om studerandenas hälsosituation, sedda i relation till studiesituation och studiemiljö. Uppenbart var emellertid, att förekomsten av allvarligare kroppssjukdomar bland studerande inte kunde utgöra bärande skäl för en självständig studerandehälsovårdsorganisation. Därtill var frekvensen av dylika sjukdomar i de här aktuella åldersgrupperna alltför låg. Det tidigare behovet av obligatorisk tuberkuloskontroll ansågs inte heller längre föreligga. Däremot talade en vid erfarenhet för att studerandena i sin studiesituation var relativt känsliga för sådan påverkan, som kunde medföra sjukdomstillstånd av psykisk eller psykosomatisk karaktär.

Det var härvidlag enligt förarbetet till nyssnämnda proposition inte fråga om att själva sjukdomsbilden för studerandena till sin art skulle vara annorlunda än för övriga jämförbara befolkningsgrupper, men väl att

vissa sjukdomsframkallande moment kunde härledas till studiemiljön. Depression, trötthet, koncentrationssvårigheter, allmän oro, nedsatt studieförmåga och andra kapacitetsnedsättande symptom hos studerande ansågs ofta kunna ha sitt ursprung i faktorer i studiemiljön, såsom t. ex. de eftergymnasiala studiernas specifika studiemönster – särskilt märkbara vid övergången från gymnasietidens invanda, trygga och bundna studieuppläggning. Som andra dylika faktorer pekades på ekonomiska svårigheter och skuldsättning i samband med högre studier, ovana boendeförhållanden, isolering m. m. Något konkret material, varigenom sambandet mellan manifesterad verkan och förmodade orsaker i förevarande hänseende kunde styrkas, kunde dock – som nyss nämnts – inte redovisas. Ej heller hade den arbetsgrupp, som utarbetade förslagen till den nuvarande studerandehälsovårdsorganisationen, genomfört någon mer djuplodande undersökning av studerandenas behov av hälso- och sjukvård eller deras efterfrågan på sådan service.

Sammanfattningsvis är alltså motiven för den nuvarande studerandehälsovården primärt begränsade till den erfarenhetsmässigt grundade kännedomen om att studerandena vid universitet och högskolor är utsatta för speciella av miljöförhållandena och studiesituationen betingade risker, som *kan* utlösa eller förvärra nervösa besvär. Härtill kommer som sekundärt motiv följdverkningarna av sådana sjukdomstillstånd, varom här är fråga. Dessa följdverkningar är en mer långsam studietakt och tillfälliga eller definitiva studieavbrott, som i sin tur kan medföra negativa konsekvenser både på det personliga planet för enskilda studenter och i ett större, framförallt samhällsekonomiskt sammanhang.

Studerandehälsovårdsutredningen har genom en uppföljning av en av socialstyrelsen tidigare gjord enkätundersökning bland studerandena rörande studerandehälsovården, dess omfattning och verksamhet, genom studier och analys av vissa studiesociala undersökningar samt genom vissa jämförelser av sjukvårdskonsumtion och psykiska besvär bland studerande och övrig befolkning m. m. sökt utröna, huruvida studerandemiljön verkligen inrymmer några för denna miljö specifika riskfaktorer, speciellt sådana som enligt gjorda erfarenheter kan framkalla sjukdomstillstånd av den art, som här avses. För att kunna nå fram till ett objektivt sett invändningsfritt resultat av analysarbetet hade det självfallet varit önskvärt, om studerandehälsovårdsutredningen hade kunnat jämföra förhållandena i studiemiljön med motsvarande förhållanden i varje annan tänkbar avgränsad arbetsmiljö. Några sådana jämförande undersökningar har studerandehälsovårdsutredningen av naturliga skäl dock inte kunnat genomföra. Utredningen har därför begränsat sitt analysarbete till att omfatta å ena sidan studerandemiljön och studerandepopulationen och å andra sidan normalmiljön och normalbefolkningen i motsvarande åldersgrupper.

Det är i förevarande sammanhang av väsentlig betydelse att söka fastställa vilka komponenter som konstituerar den specifika studiemiljö, varom här är fråga. Lokalmässigt är universitets- och högskolestudierna förlagda till ett fåtal orter här i landet. På de olika studieorterna finns emellertid inte alltid samma studieutbud. På de mindre platserna med

eftergymnasial utbildning är utbudet mestadels synnerligen begränsat. Detta gäller främst de s. k. "filial"-orterna, Linköping, Växjö, Örebro och Karlstad. Endast i universitetsstäderna finns ett studieutbud, som är tillräckligt differentierat för att kunna tillfredsställa de allra flesta studerandes önskemål. Detta innebär att en studerande, som icke råkar vara bosatt på en ort med universitet eller högskola, i många fall måste bryta upp från sin hemmiljö och under terminerna vistas på den ort, där det finns möjlighet att genomgå den eftersträvade utbildningen. Många kommer på så sätt att kastas in i en främmande och ovan situation, där vederbörande ytterst är hänvisad till att klara sig och sina problem på egen hand. Särskilt för dem som är vana vid en ombonad hemmiljö kan omställningen till den nya tillvaron bli bekymmersam.

Häremot kan givetvis med rätta hävdas att problem i samband med flyttningar inte kan anses vara något specifikt för de studerande. I dagens alltmer urbaniserade näringsliv tvingas människor ofta att bryta upp från sin invanda hemmiljö och omställa sin tillvaro till förhållanden i en från deras synpunkt annorlunda miljötyp. Detta gäller också personer, som liksom en stor del av studerandena, befinner sig i en känslig ålder, då tvära kast i levnadsförhållandena kan få påtagliga negativa effekter, särskilt om de kombineras med t. ex. dåliga boendeförhållanden, kontaktsvårigheter och dålig ekonomi.

Studiearbetets inriktning varierar beroende på arten av studierna. Det genomförs vissa tider under handledning av lärare (i samband med föreläsningar, laborationer, seminarieövningar etc.). I övrigt är den studerande utlämnad åt sig själv. Han eller hon måste på egen hand läsa in en stor mängd kunskapsstoff, som sedan skall redovisas. Andelen av självständiga facklitteraturstudier är mycket stor vid studier t. ex. inom den humanistiska fakulteten. Under självstudierna kan studerandena själva välja sin arbetstid, vilket dock självfallet kräver ett visst mått av självdisciplin. Särskilt intensivt och påfrestande blir studiearbetet inför tentamina. Inom vissa andra fakulteter är studierna däremot mer bundna, med omfattande och tidsmässigt väl inrutade demonstrations-, laborations- eller förhörspass.

Utmärkande för studiemiljön är också att studierna bedrivs under en relativt kort period i livet och med sikte på en framtida speciell yrkesutövning. Detta är den yttre ramen i studiemiljön. Härtill fogar sig ett komplex av andra moment, som vart och ett på sitt sätt eller tillsammantagna kan i högre eller lägre grad och allt efter den enskilde studerandens personliga förutsättningar i olika hänseenden påverka dennes prestationsförmåga och hälsotillstånd. Det kan t. ex. vara fråga om en vid vissa studier tillämpad mer fast studiegång med krav på vissa studieresultat inom viss tid med risk för förlorade studiemedel eller eventuell avstängning från vidare studier på utbildningslinjen. Det kan vidare vara en enskild studerandes oro inför en tentamen. Detta torde särskilt gälla studerande, som skall genomgå sin första tentamen, samt studerande, som vid tidigare tentamenstillfällen misslyckats och som därför lätt kan råka ut för det som kallas tentamensskräck.

Yttranden av sådana faktorer kan förstärkas av andra förhållanden,

t. ex. en osäker arbetsmarknadssituation. Den som lyckats bra i sina studier har självfallet lättare att få anställning än den som misslyckats. Den studerande, som upplever sig ha små utsikter att få tillfälle att i praktisk yrkesverksamhet tillämpa sina på högskolenivå förvärvade kunskaper kan råka i tvivelsmål om han valt rätt studiebana och till sist om han överhuvudtaget har de rätta förutsättningarna för att bedriva högre studier. Arbetsmarknadssituationen kan därför sägas vara ett förhållande i studiemiljön, som kan få mycket allvarliga konsekvenser för den enskilde, särskilt i kombination med en sådan faktor som upprepade studiemisslyckanden.

Om och i vilken utsträckning den enskilde studeranden påverkas av sådana faktorer beror givetvis också på en rad andra förhållanden, som t. ex. bakgrund och personlighet. De studerande utgör ifråga om åldersammansättning och sociala förutsättningar ingalunda en homogent sammansatt grupp, vilket torde framgå av de uppgifter utredningen tidigare redovisat rörande tillströmningen till universitet och högskolor under de senaste åren. Förekomsten av riskfaktorer och brister i studiemiljön drabbar därför de studerande mycket olika. Studerande från studieovan miljö kan känna ett starkare tryck av t. ex. en osäker arbetsmarknadssituation och studiefinansieringsproblem än studerande med en i dessa sammanhang mer traditionell bakgrund.

I vilken mån skiljer sig studiemiljön från – i den mån man kan tala om en sådan – normalmiljön? Med normalmiljö förstår utredningen i detta sammanhang en ospecificerad arbetsmiljö i största allmänhet, dock inte studiemiljön. Det bör på en gång konstateras, att det i grund och botten inte finns några principiella skillnader mellan den allmänna arbetsmiljön och studiemiljön. Arbetet inom normalmiljön kan dock vara mer blandat, bl. a. i avseende på mer teoretiska eller praktiska arbetsuppgifter. Såtillvida kan en skillnad också anses föreligga som att vissa arbeten i normalmiljön har en betydligt större farlighetsgrad än vad fallet någonsin kan bli i studiemiljön. Arbetsmarknadsläget påverkar givetvis förhållandena även i normalmiljön. Företagsrationaliseringar och företagsnedläggelser, kombinerade med en osäker arbetsmarknadssituation kan naturligtvis utgöra orosfaktorer, som ger samma problem som studiemiljön.

Normalmiljön kan som nyss antytts innehålla moment, som på sitt sätt ter sig betydligt mer besvärande än dem som ingår i studiemiljön, t. ex. på arbetsplatser förekommande riskabla arbetsförhållanden, hälsovådliga lokaler, buller etc.

I detta sammanhang bör erinras om den pågående förskjutningen uppåt av medelåldern för studerande vid eftergymnasiala utbildningsanstalter. I samband med att möjligheter öppnas för äldre studerande att i allt större utsträckning varva yrkesverksamhet med högre studier (s. k. återkommande utbildning) minskas givetvis skillnaderna totalt sett mellan studerande å ena sidan och andra befolkningsgrupper å den andra.

Vid en jämförelse finner man, att i såväl studiemiljön som normalmiljön förekommer faktorer av delvis samma karaktär men med olika konsekvenser. Samtidigt finns i dessa olika miljöer för varje miljö särpräglade faktorer med specifika verkningar. Här kan konstateras, att

studiemiljön är relativt komplex i sin sammansättning och rymmer faktorer, som framförallt kan ge starka psykiska negativa effekter.

I stort sett ligger den avgörande skillnaden i den för studerandena specifika studiesituationen och de speciella riskmoment denna inrymmer. För en studerande gäller det att skaffa sig kunskaper med tanke på sin egen framtida yrkesverksamhet. Oron för framtiden och behovet av att lyckas i studierna utgör moment, som på ett särskilt sätt sätter sin prägel på studiesituationen. I detta avseende liknar studiemiljön den vanliga skolmiljön, där dock dessa problem inte alltid är lika uttalade.

Normalmiljön är för arbetstagaren en i tiden mer permanent miljö. Han vistas under utövandet av sin yrkesverksamhet normalt sett i en och samma miljö under betydligt längre tid än studeranden i sin speciella studiemiljö. En arbetstagare kan emellertid också få finna sig i att byta arbetsplats för längre eller kortare tid. Något som bör påpekas är också att arbetstiden i normalmiljön till skillnad från studiemiljön vanligtvis är reglerad.

Med tanke på studerandehälsovårdens nuvarande huvudinriktning – omsorgen om studerandena från främst psykisk och psykosomatisk synpunkt – bör i detta sammanhang klargöras, att sjukdomstillstånd av denna typ kan utlösas eller förvärras genom yttre påverkan beroende på den situation den enskilde människan för tillfället befinner sig i. För att ta ett extremt exempel är det känt att soldater som i strid utsätts för psykiska påfrestningar i vissa fall till 100 % kan få skadeverkningar av psykiskt art – givetvis av varierande svårighetsgrad beroende på den enskildes förmåga att motstå sådana påfrestningar. Även om orosmoment i vardagstillvaron är av betydligt lindrigare karaktär, måste ändå ett klart samband konstateras föreligga mellan influens av stressfaktorer och explorandens psykiska hälsotillstånd. Från den utgångspunkten kan dylika moment betecknas som riskfaktorer.

De av socialstyrelsen och studerandehälsovårdsutredningen genomförda enkätundersökningarna om sjukvårdskonsumtion m. m. inom studerandehälsovården åren 1971 respektive 1973 kan delvis betraktas som efterfrågeundersökningar. Det fanns anledning för såväl styrelsen som utredningen att söka skaffa sig en så klar bild som möjligt av studerandehälsovårdens omfattning och verksamhet. Med tanke på den betydelse omflyttning från hemmiljö till studieortens miljö kan ha i detta sammanhang, är det av intresse att notera att för närvarande i genomsnitt ungefär hälften av de studerande vid universiteten och högskolorna är skrivna inom annan landstingskommun (motsvarande) än kårortens. Omfattningen av den specifika studerandehälsovården är också störst på de platser (t. ex. Uppsala och Lund) som har det största antalet "utomlänsstuderande". Enkätsvaren ger dock inget besked om i vad mån hälsostörningar inträffat, därför att de studerande måst byta boendemiljö för sina studiers skull.

I övrigt ger enkätsvaren i förevarande sammanhang inga andra upplysningar av intresse än att – som tidigare påpekats – det råder en diskrepans mellan målsättningen för studerandehälsovården och verksamhetens praktiska innehåll. Särskilt stor är disproportionen vid studerande-

hälsovårdsmottagningarna mellan meddelad somatisk sjukvård å ena sidan samt psykiatrisk sjukvård å den andra sidan. Några närmare slutsatser om behovet av en särskild studerandehälsovård kan inte dras från ifrågavarande enkäter om sjukvårdskonsumtionen.

En utvärdering av kårobligatorieutredningens enkät (se kapitel 8) ger antydningar om att studerande relativt sällan anser sig ha behov av att besöka läkare eller kurator. I och för sig skulle detta kunna uppfattas som ett tecken på att det inte finns något större behov av en särskild studerandehälsovårdsorganisation. Det bör emellertid här erinras om att enkäten avser uppgifter om förhållandena under endast en termin, att efterfrågan på läkarvård i undersökningen definierats som behov samt att de orsaker som föranlett läkarbesöken icke redovisats. Studerandehälsovårdsutredningen anser sig därför icke kunna dra några bestämda slutsatser i detta avseende på grundval av kårobligatorieutredningens enkät.

Av värde för utredningen är den uppföljning som UKÄ företagit av den år 1969 införda nya studieordningen vid filosofisk fakultet (kapitel 8.5.1). I de av UKÄ publicerade rapporterna relateras de i varje fall initialt uppträdande negativa studieresultaten från tillämpandet av den nya ordningen. Dessa effekter leds i betydande utsträckning tillbaka till sådana faktorer, som att vissa studerande saknar erforderliga förkunskaper för att kunna tillgodogöra sig universitetsundervisning, liksom även till dålig studieteknik och dålig studiemotivation, något som kan hänga samman med tidigare studiemisslyckanden, ogynnsamt arbetsmarknadsläge, insikt om att valet av studiebana varit felaktig etc. Här påtalas också svårigheterna till följd av bristande handledning, bristande trivsel, samvaroproblem m. m. Av rapporterna framgick emellertid icke, huruvida dessa faktorer påverkat vederbörande studerandes hälsotillstånd. Likväl torde det icke vara för djärvt att i de av UKÄ påtalade förhållandena se faktorer, som hos den enskilde individen kan framkalla stressreaktioner. Med kännedom om hur människor kan reagera i stressituationer, torde man – för att gå ett steg längre – kunna betrakta UKÄ-rapporterna som i varje fall en indikation på att studiemiljön – låt vara att det här är fråga om en till den filosofiska fakulteten begränsad sektor – innehåller bestämda riskfaktorer av delvis speciell karaktär.

Den av Stockholms studentkårers centralorganisation (SSCO) under 1971 genomförda studiehindersuredning (kapitel 8.5.3) syftade bl. a. till att söka kartlägga olika typer av studiehinder av fysisk och psykisk art. Den var sålunda inte exklusivt inriktad på att undersöka förekomsten av sådana sjukdomstillstånd, som primärt faller inom den nuvarande studerandehälsovårdens program. Undersökningen visade ändock, att de psykiska besvären främst i form av s. k. studieneuroser, svår huvudvärk och sömnsvårigheter utgjorde de vanligaste studiehindren.

SSCO:s studiehindersundersökning är intressant framförallt från den synpunkten, att man där sökt utröna orsakerna till förekomsten av sådana studiehinder. Undersökarna kommer till den slutsatsen, att studiemiljön inte ensam kan orsaka psykiska besvär, men att sådana besvär kan förvärras av en opersonlig och felanpassad omgivning. Genom noggranna intervjuer kunde man också konstatera, att fall av studieneuros ofta

utlösts av att studiesituationen upplevts som otillfredsställande. Som bidragande orsakskällor anges också brister i undervisningen, otillräcklig eller felaktig information, besvär med dispenser och intyg, ett opersonligt studiesystem samt upplevelser av isolering och kontaktlöshet. Även om bevisningen i studiehindersutredningen icke är fullständig anger den dock vissa i miljöpanoramat ingående orosfaktorer såsom trolig orsak till vissa typer av psykiska besvär hos studerande.

Den tidigare redovisade av studentpsykiatern Birgit Norrman gjorda undersökningen av suicidier och allvarliga suicidalförsök bland eftergymnasiala studeranden i Uppsala under 10-årsperioden 1963–1972 (kapitel 8.5.4) liksom redovisade liknande undersökningar utomlands ger onekligen en oroväckande bild av studentvärlden som en riskmiljö. Givetvis kan man inte av dessa undersökningar draga den omedelbara slutsatsen, att orsakerna till självmord och självmordsförsök bland studerande alltid bottnar i otillfredsställande förhållanden i studiemiljön. Norrman har dock i sin undersökning fått fram att studieproblem i 40–50 % hos männen och i 20–25 % hos kvinnorna varit huvudorsak till suicidalförsöken i studentmaterialet. Som andra orsaker anges samlevnadsproblem, isolering i studiemiljön och alkoholbesvär.

Norrmans undersökning ger inte – liksom inte heller annat för studerandehälsovårdsutredningen tillgängligt material – något allmängiltigt och fast grepp om hela den problematik, som förmodas ligga bakom studieneuroser och andra liknande sjukdomstillstånd bland studerandena och som ytterst kan få sin drastiska utlösning i ett självmordsförsök eller i ett fullbordat självmord. "Studieproblem" är ett relativt vittomfattande begrepp, som kan inrymma alla eller en del av de orosmoment, som ingår i studiemiljön.

Den av Ulla-Britt Sundqvist under 1973 publicerade avhandlingen "Academic Performance and Mental Health in University Students" utgör en mer ingående undersökning i avsikt att beskriva och analysera ett antal studerande med hänsyn till bl. a. deras psykiska hälsotillstånd och sociala villkor, jämfört med studiesituation och studieresultat (kapitel 8.5.5). I undersökningen ingår uppgifter om deltagarnas sociala bakgrund, uppväxtförhållanden, skolförhållanden, deras fysiska och psykiska hälsotillstånd innan universitetsstudierna påbörjades, samt om deras motiv för sådana studier. Vidare belyses deltagarnas syn på erfarenheter av universitetsstudierna och av förhållanden på studieorten samt deras hälsotillstånd under de två första studieåren.

I Sundqvists undersökning bekräftas, att såväl studieproblem som sociala problem förknippade med studiemiljön känns särskilt besvärande i studiernas initialskede. Sundqvist hävdar, att det föreligger ett klart samband mellan förekomsten av psykiska besvär och problem, som har direkt anknytning till studiesituationen, men att orsakssambandet är svårt att utreda.

Sammanfattningsvis kan om de ovan redovisade studiesociala undersökningarna sägas, att de var för sig icke ger något underlag för bestämda slutsatser om sambandet mellan olika orosfaktorer i studiemiljön och debuten eller försämringen av psykiska sjukdomstillstånd. De bildar dock

tillsammans ett mönster, som stämmer väl överens med den tidigare gjorda erfarenheten av studiemiljön och studiesituationen såsom innehållande riskfaktorer, som kan påverka studerandenas psykiska hälsotillstånd.

Som tidigare framhållits kan man icke hävda att psykiska besvär hos studerande symptomatiskt skiljer sig ifrån sådana besvär hos andra människor. Frågan är däremot: Är studerandemiljön unik på så sätt att de som vistas i denna lättare drabbas av nervösa störningar än de som vistas i normalmiljön? Studerandehälsovårdsutredningen har därför funnit det angeläget att från denna utgångspunkt studera vissa undersökningar rörande konsumtionen av psykiatrisk vård hos normalbefolkningen samt rörande behovet av psykiatrisk vård hos en sådan befolkning.

Såsom framgår av diagram 8.2 (kapitel 8) stiger frekvensen intagna vid psykiatrisk klinik brant från barnaåldern och når en absolut topp mellan 35–45 år. Antalet intagna män är betydligt högre än intagna kvinnor. Några upplysningar om i vad mån miljöfaktorer på t. ex. arbetsplatsen, i hemmet eller annorstädes har något med hälsotillståndet att göra går dock inte att få fram från det tillgängliga materialet.

Av de av Essen-Möller 1947 och Hagnell 1958 gjorda undersökningarna av befolkningen i två skånska kommuner (kapitel 8.4.1) framgick generellt, att en stor del av den vuxna befolkningen i kommunerna led av psykiska insufficienstillstånd av neurostyp. Speciellt Hagnells undersökning är intressant, eftersom den stämmer väl överens med de tidigare omnämnda av socialstyrelsen redovisade frekvensundersökningar om intagna på psykiatrisk klinik, såtillvida som att antalet nyinsjuknade män i neuroser framförallt förekom i åldrarna 36–39 år. Motsvarande uppgift när det gäller kvinnor divergerar något genom att enligt Hagnells undersökning insjukningsfrekvensen för dem är högst i åldrarna 40–49 år. I och för sig skulle detta kunna betyda, att risken för en neuros normalt sett är större i grupper med genomsnittligt högre ålder än studerande.

Av mentalsjukvårdsdelegationens och låginkomstutredningens undersökningar (kapitel 8.4.2 och 8.4.3) liksom Lohmanns rapport "Psykisk hälsa och mänsklig miljö" (kapitel 8.4.4) framgår också, att frekvensen av vad som kan betecknas som neuroser och andra lättare psykiska insufficienstillstånd är relativt hög hos befolkningen som helhet. Mentalsjukvårdsdelegationen angav ca 20 % som en siffra härom.

Det är naturligtvis omöjligt att dra några bestämda och oemotsägliga slutsatser av de ovan gjorda jämförelserna om konsumtionen respektive behovet av psykiatrisk vård hos "normalbefolkningen" och de studerande. De undersökningar, som behandlar studerandesituationen, ger dock ett klart intryck av att det föreligger orsakssammanhang mellan förekomsten av psykiska sjukdomstillstånd bland studerande och faktorer i studiemiljön. Som tidigare visats finns i studiesituationen utan varje tvivel ett stort antal latenta orosmoment, som hänger samman med levnadsbetingelserna under studietiden, studiearbetets art och ultimativa mål, yttre och inre miljöförhållanden m. m. Sådana moment har i sig olika intensitetsgrader. Olikheter i faktisk påverkan – alltifrån inga yttringar alls till

framkallandet av psykisk sjukdom – är i stor utsträckning beroende av individens egna förutsättningar, dennes psykiska hälsotillstånd, omdömesförmåga, anpassningsförmåga och studiekapacitet etc., men också av dennes ekonomiska situation och den trygghet vederbörande känner inför den framtida utvecklingen.

På grundval av de ovan relaterade undersökningarna och de slutsatser, som kunnat dras av dem, anser studerandehälsovårdsutredningen det klarlagt, att i den eftergymnasiala studiemiljön ingår specifika orosmoment, som kan betraktas som särskilda riskfaktorer.

Inom hälso- och sjukvårdsarbetet har intresset kommit att allt starkare inriktas mot hälsovårdande och sjukdomsförebyggande åtgärder. I enlighet med den välkända WHO-definitionen på hälsa som ett tillstånd av fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte endast som ett tillstånd i avsaknad av sjukdom och svaghet har miljöfrågor och därmed också sociala sådana kommit att allt starkare uppmärksammas i hälsovårdsarbetet. För att komma till rätta med missförhållanden måste individerna sättas i relation till sin fysiska, psykiska och sociala omgivning. Inriktningen av den offentliga öppna hälso- och sjukvården, med bl. a. gemensamma vårdcentraler för medicinsk och social service, har kommit att präglas av dessa tankegångar.

Under senare år har en intensiv debatt förts om arbetarskydd och om företagshälsovård liksom om vikten av att förbättra arbetsmiljön. Denna debatt har fört fram en strävan att få vetskap om de olika riskfaktorer, som finns inrymda i olika arbetsmiljöer och som för varje sådan avgränsad miljö skapar ett specifikt behov av motåtgärder. Så småningom har det framstått som nära nog en självklarhet att arbetstagarna måste skyddas mot yrkesrisker och ohälsa samt att en så god anpassning som möjligt mellan människan, hennes arbetsmiljö och arbete måste åstadkommas. Detta är den principiella utgångspunkten för den pågående kraftiga upprustningen av arbetarskyddet och företagshälsovården i vårt land. Intresset för denna har hittills i huvudsak kommit att inriktas mot stora och från hälsosynpunkt starkt riskfyllda industrisektorer. Här kan medicinska hälsovårdande åtgärder starkt samordnas med tekniska sådana. I samband med den utvidgning av företagshälsovården, som nu sker, har även andra arbetsmiljöer, t. ex. kontorsmiljöer, kommit i blickpunkten. I samband härmed gör också sociala – ibland benämnda personalsociala – aspekter sig gällande inom företagshälsovården.

Inom industrin och andra företag försöker man sålunda genom olika åtgärder inom ramen för arbetarskydd och företagshälsovård komma till rätta med de riskfaktorer, som förorsaker ohälsa inom arbetsmiljön. Företagshälsovården är från den utgångspunkten uppdelad i en rent medicinsk del samt en teknisk och eventuellt även en social (personalsocial) del. Genom olika tekniska och eventuellt social-kurativa insatser och utvecklingsåtgärder försöker man så långt möjligt är eliminera riskfaktorerna. Den medicinska delen har i princip till uppgift att följa hälsoutvecklingen inom företaget/företagen och medverka i det förebyggande arbetet samt härutöver att försöka bota eller lindra, när – trots alla vidtagna förebyggande åtgärder – skadeverkningar från miljön uppstår.

På motsvarande sätt har i barnhälsovården liksom i åldringsvården sociala inslag starkt integrerats med medicinska sådana. Skolhälsovården betraktas som en integrerande del av skolans elevvård. Någon oklarhet råder inte beträffande detta samband. Vad som däremot för närvarande diskuteras inom skolhälsovården, bl. a. inom ramen för en pågående utredning på området, är organisationen av det medicinska inslaget i elevvårdsarbetet, bl. a. mot bakgrund av dess starka relation till den övriga barnhälsovårdsverksamheten.

Det är lätt att dra en parallell mellan det starkt uppmärksammade behovet av hälsovårdande åtgärder i t. ex. olika slag av arbetsmiljöer och inom skolhälsovården samt motsvarande behov i studerandemiljön. Studerandemiljön rymmer också enligt studerandehälsovårdsutredningens mening sådana risker, att det från hälsosynpunkt måste anses befogat att vidta åtgärder häremot.

De viktigaste åtgärderna för att komma till rätta med de riskförhållanden, som kan förorsaka ohälsa inom studiemiljön måste med hänsyn till karaktären av dessa ligga inom ramen för den ordinarie utbildningsverksamheten, studie- och yrkesvägledningen samt studiemedelsbevillningen etc. Det kommer dock aldrig att vara möjligt att enbart med hjälp av sådana förebyggande aktiviteter helt eliminera dessa riskfaktorer, beroende bl. a. på de skilda individuella förutsättningar för skadeverkningar, som här kan göra sig gällande. Det finns därför även inom studiemiljön behov av särskilda resurser i form av en studerandehälsovård, som kan användas för att så tidigt som möjligt fånga upp skadeverkningar av bl. a. studiesituationen samt bota eller lindra dessa. Den erfarenhet, som erhålles av detta arbete måste sedan – på samma sätt som inom företagshälsovården och skolhälsovården – kunna tillgodogöras den mer allmänt förebyggande verksamheten.

Med utgångspunkt från dessa synpunkter och med tanke på arten av de riskmoment, som finns i studiemiljön och som enligt vad ovan anförts är klart relaterade till studiesituationen, *anser utredningen ett otvetydigt behov föreligga av särskilda resurser i form av en studerandehälsovård, som kan tillgodose de hälsovårdsbehov, som dessa riskfaktorer kan aktualisera.*

Särskilt i dagens läge med det starka intresse, som finns för hälsovårdande insatser, och med hänsyn till de riskfaktorer, som är inrymda i studiemiljön och studiesituationen, kan utredningen inte finna motiv att reducera de resurser, som för närvarande läggs ned på studerandehälsovården. Som tidigare angivits finner utredningen emellertid att dessa resurser – av delvis förklarliga skäl – kommit att starkt inriktas på traditionell sjukvård. På vissa kårorter har byggts upp väl fungerande studerandehälsovårdsorganisationer, som i sjukvårdshänseende delvis svarar mot den målsättning, som gäller för nuvarande starka utbyggnad av den offentliga hälso- och sjukvården (primärvården). Dessa enheter ger också i dagens läge de studerande sjukvårdsförmåner, främst i avseende på möjligheten att snabbt nå läkare för även lättare åkommor, som inte kommer övriga invånare till del. I takt med att den offentliga hälso- och sjukvården byggs ut är det därför enligt utredningens mening nödvändigt

att göra en omfördelning av studerandehälsovårdens resurser och bättre anpassa dem till föreliggande hälsoproblem. Till denna fråga återkommer utredningen i kap. 10 och 11.

10 Inriktningen av en särskild studerandehälsovård

Studerandehälsovårdsutredningen har i kapitel 8 analyserat de skäl, som ledde fram till statsmakternas beslut år 1967 om den nuvarande studerandehälsovården. Utredningen har därefter i kapitel 9 på grundval av egna studier och av vad som kunnat inhämtas från andra undersökningar konstaterat, att ett klart behov fortfarande föreligger av resurser, vilka är inriktade på de hälsorisker som är förbundna med studiemiljön och studiesituationen. Utvecklingen inom den offentliga hälso- och sjukvården med ett starkt ökat intresse för hälsovårdande och andra sjukdomsförebyggande åtgärder liksom den utbyggnad, som nu sker av arbetarskydd, företagshälsovård samt skolhälsovård för att komma till rätta med olika riskfaktorer, talar också härför.

Studerandehälsovårdsutredningen har sålunda konstaterat, att det i studiemiljön och särskilt i anslutning till studiesituationen finns latenta orosmoment, som negativt kan påverka den enskilde studerandens förutsättningar och möjligheter att bedriva studier. Om och i vilken grad en sådan påverkan äger rum, beror till stor del på individuella förutsättningar när det gäller psykiskt hälsotillstånd, omdömesförmåga, anpassningsförmåga, studiekapacitet m. m. Likaså har den enskildes ekonomiska ställning och den grad av trygghet vederbörande känner inför den framtida utvecklingen betydelse för dennes möjligheter att undgå de främst psykiska skadeverkningar, som ifrågavarande orosmoment kan förorsaka. En verksamhet med studerandehälsovård bör därför enligt utredningens mening ha till syfte att genom olika åtgärder befrämja studerandenas psykiska hälsa samt på så sätt förebygga eller förhindra uppkomsten av sociala störningar jämte psykiska sjukdomar och insufficienstillstånd liksom – så långt möjligt är – avhjälpa eller lindra, när sådana uppkommit.

Med detta mål och mot bakgrund av vad ovan anförts om riskfaktorernas anknytning till studiesituationen måste en framtida studerandehälsovård vara starkt relaterad till de olika andra åtgärder, som vidtas för att underlätta studierna och som omfattar – förutom pedagogiska insatser – studie- och yrkesvägledning samt andra studiesociala insatser. Det är dessutom nödvändigt, att studerandehälsovården ges en fast anknytning till andra aktiviteter, inriktade på att befrämja studerandenas hälsa, såsom åtgärder för att förbättra bostads- och kostförhållanden, motionsverksamhet samt hälsoupplysning rörande alkohol, narkotika, tobak och samlevnad.

För att komma till rätta med och om möjligt eliminera de hälsorisker, som är förbundna med studiemiljön och studiesituationen, fordras förtrogenhet med förhållandena inom den högre utbildningen. Flertalet av de specifika riskfaktorer, som det här är fråga om, berör och kräver – i enlighet med den helhetssyn på problematiken, som tidigare angivits är nödvändig – åtgärder även av andra än av dem, som har direkt hälso- och sjukvårdande uppgifter. Det är därvid främst fråga om personal, som har att göra med den särskilda studie- eller yrkesvägledningen samt personal, som är verksamma inom studiemedelsnämnd, ev. kuratorsorganisationer, vederbörande lärarkår m. fl. Studerandehälsovården måste mot den bakgrunden ses som ett instrument för vad som med användandet av skolans språkbruk skulle kunna benämnas studerandevård och har det allmänna syftet att på olika sätt underlätta studierna. Studerandehälsovården måste i enlighet härmed anses som ett viktigt inslag i en sålunda breddad studiesocial verksamhet.

Utredningen anser inte några större behov föreligga av särskilda hälsovårdsåtgärder på den somatiska sidan för studerande. Visserligen bör här uppmärksammas problem, som har att göra med buller, belysning, arbets- och läsställningar etc. Dessa problem torde emellertid inte vara av något svårare slag. Inte heller finns enligt utredningens uppfattning behov av särskilda somatiska undersökningar av studerande, t. ex. i form av sådana särskilda hälsokontroller som skärmbildsundersökningar. Enligt utredningens mening finns ingen anledning anta, att studerandegruppen som helhet på grundval av sin ålderssammansättning eller sin arbetsmiljö löper större risker för kroppsskador eller somatiska sjukdomar än andra befolkningsgrupper av motsvarande ålderssammansättning.

Utredningen förutsätter givetvis, att studerandena i samma utsträckning som andra skall bli delaktiga av de hälsokontroller (motsvarande), som kan komma att utvecklas bl. a. som följd av förslag av pågående hälsokontrollutredning. Likaså förutsätter utredningen, att de hälsokontroller liksom andra förebyggande åtgärder (t. ex. vaccinationer), som befinns motiverade för särskilda riskgrupper, såsom invandrare och sjukvårdspersonal, även skall komma de studerande till del, som tillhör dessa grupper (invandrarstuderande och studerande vid odontologiska och medicinska fakulteter m. fl.). Åtgärder, som är enbart inriktade på dessa studerandegrupper, finner utredningen således inte befogade inom ramen för en generell studerandehälsovård.

Genom den utbyggnad, som sker av folktandvården samt genom den nyligen införda tandvårdsförsäkringen bör enligt utredningens mening även studerandenas tandvårdsbehov kunna tillgodoses på längre sikt. Utredningen kan inte se några motiv föreligga för att i detta avseende tillförsäkra de högskolestuderande förmåner, som inte kommer övriga medborgare till del.

På motsvarande sätt saknas enligt utredningens uppfattning behov av särskilda förebyggande insatser för studerande i avseende på preventivmedelsrådgivning m. m. Utredningen vill erinra om de generella åtgärder i detta syfte, som 1974 års riksdag beslutat om i samband med införande av ny abortlag.

De hälsorisker, som är relaterade till studiemiljön och särskilt till studiesituationen, kan utlösa eller förvärra sjukdomar av psykisk karaktär. Som i det föregående antytts är det naturligtvis önskvärt, att studerande med sådana "yrkesrelaterade" sjukdomar – i enlighet med samma principer som tillämpas inom företagshälsovården – omhändertas av personal, däribland läkare, som har särskilda kunskaper och erfarenheter beträffande de studerandes miljö- och arbetsförhållanden. Detta har givetvis betydelse för en riktig diagnos samt för effektivitet och perfektion i terapin. Frågan om organisationen och omfattningen av en sådan specifik sjukvårdande verksamhet, som är klart relaterad till sjukdomar, som kan härledas till studiemiljön och studiesituationen, måste dock göras beroende av såväl de resurser, som står till direkt förfogade för studerandehälsovården, som möjligheterna att för sådana ändamål repliera på andra sjukvårdsresurser.

Utredningen vill i detta sammanhang ånyo understryka, att de psykiska sjukdomsbilderna för studerandena till sin art inte är annorlunda än för övriga jämförbara befolkningsgrupper, men att vissa sjukdomsframkallande moment är specifika och att dessa moment kan härledas till studiesituationen.

Vid sin precisering av de sjukdomar, som kan drabba studerande begränsar studerandehälsovårdsutredningen sig till begreppet psykiska sjukdomar. Psykosomatiska sjukdomar, som åberopas i den nuvarande målsättningen för studerandehälsovården och som definieras såsom somatiskt sjukliga tillstånd, för vilka emotionella faktorer och miljöförhållanden spelar en roll, kan inte alltid som diagnoser avgränsas från samma sjukdomar av andra orsaker.

De studerandes behov av sjukvård i övrigt – av såväl akut som icke-akut natur – bör enligt studerandehälsovårdsutredningens uppfattning i ett längre tidsperspektiv kunna tillgodoses helt inom ramen för den offentliga hälso- och sjukvården på vederbörande utbildningsort. Denna uppfattning avviker för övrigt inte i någon nämnvärd utsträckning från de principer som avsågs gälla redan för den nuvarande studerandehälsovården.

Här kan konstateras, att de studerande redan i dag i stor utsträckning söker sig till den offentliga sjukvårdsorganisationen vid inträffade fall av sjukdom. Förhållandena varierar dock starkt mellan de traditionella universitetsorterna med ett stort antal utomlänsstuderande (Uppsala, Lund, Göteborg och Umeå), där studerandehälsovården svarar för en relativt omfattande sjukvårdsverksamhet, samt övriga studieorter. Vid vissa mindre studieorter, t. ex. universitetsfilialen i Växjö, tillgodoses studerandenas behov av sjukvård helt av den offentliga sjukvårdshuvudmannen eller genom privatpraktiserande läkare.

När fråga är om sluten sjukvård tillgodoses detta behov för närvarande på ett tillfredsställande sätt genom tillämpning av det s. k. utomlänsavtalets bestämmelser. Vad beträffar öppen vård vill utredningen erinra om den utbyggnad av primärvårdens resurser, som planeras och delvis redan håller på att realiseras inom alla landstingsområden. Utbyggnaden

omfattar både en förstärkning av allmänläkarvården och en decentralisering av specialistvården, bl. a. den psykiatriska vården. Härigenom skapas en bättre närhetsservice inom sjukvården samt en utvidgning av de hälsovårdande och övriga sjukdomsförebyggande aktiviteterna. Samtidigt är det meningen, att hälso- och sjukvården skall bedrivas i nära samverkan med socialvården.

Kostnaderna för öppen sjukvård för de studerande, som inte är skrivna inom värdlandstingets sjukvårdsområde, bör givetvis täckas genom patientavgifter och ersättning från sjukförsäkringen på samma sätt som för övriga patienter. I den mån detta inte är tillräckligt förutsätts sjukvårdsorganisationen på studieorten bli ekonomiskt kompenserad enligt de principer, som gäller för utomlänsavtalet.

Utredningen förutsätter således, att resurser även i fortsättningen skall ställas till förfogande för en hälsovård, vars främsta syfte skall vara att genom olika åtgärder befrämja studerandenas psykiska hälsa samt på så sätt förebygga eller förhindra uppkomsten av sociala störningar jämte psykiska sjukdomar och insufficienstillstånd liksom – så långt möjligt är – avhjälpa eller lindra, när sådana uppkommit. Med hänsyn till den tidigare beskrivna arten av de riskförhållanden, som i detta sammanhang är aktuella, samt i beaktande av kravet på helhetssyn i det hälsovårdande arbetet, måste insatserna därvid i ett längre tidsperspektiv målmedvetet inriktas på sociala/kurativa åtgärder och samordnas med – förutom pedagogiska – studievägledande, yrkesvägledande och studiesociala insatser för att underlätta studierna. Detta utesluter emellertid inte ett behov av medicinska insatser även i en framtida studerandehälsovård med den inriktning utredningen förordar. För att från medicinsk synpunkt följa utvecklingen inom studiemiljön, fånga upp och kartlägga problem, som kan uppstå och föreslå de åtgärder häremot, som kan vara påkallade och som kan vidtas inom studerandehälsovårdens ram, kommer att krävas tillgång till medicinsk expertis.

Som utredningen i det föregående framhållit måste tonvikten i det framtida studerandehälsovårdsarbetet läggas på den förebyggande verksamheten. Det gäller därvid att rikta in arbetsinsatserna på att om möjligt eliminera eller i vart fall lindra verkningarna av riskfaktorer i studiemiljön. För den skull krävs sociala/kurativa insatser, som företas – i den mån så erfordras – i samråd med medicinsk expertis.

En sådan utveckling av studerandehälsovårdsverksamheten överensstämmer med vad som diskuteras för skolhälsovård och viss företagshälsovård men också för en i avseende på hälso- sjuk- och socialvård integrerad primärvård. Den står givetvis också i samklang med den tidigare angivna nya definitionen av hälsa som fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande.

Kuratorerna kommer att inta en nyckelställning i en främst på förebyggande verksamhet inriktad studerandehälsovård. De bör verka i den meningen, att de står till studerandenas förfogande vid särskilda mottagningar för rådgivning och hjälp men härutöver även bedriva uppsökande verksamhet. Detta innebär, att de genom egna initiativ tar kontakt med läroanstaltens personal, arbetsförmedling, studiemedelsnämnd, ev. studerandeorganisationer, enskilda studerande eller grupper av

studerande för att diskutera studerandenas sociala och av studierna betingade problem samt för att påverka studiemiljöns utformning. Dessutom bör kuratorerna ge råd och anvisningar, meddela vilka myndigheter eller personer, som bör kontaktas samt i stort informera om hur hjälp finns att tillgå och hur studerandenas problem i stort bör kunna lösas. De bör därvid givetvis själva även kunna förmedla sådan hjälp från olika experter eller expertorgan t. ex. studievägledare, psykologer, företrädare för arbetsmarknad och yrkesvägledning. Andra viktiga områden för kuratorernas verksamhet är stöd och rådgivning i ekonomiska frågor, samlevnadsproblem, arbetsmarknadsfrågor, miljöproblem m. m. Här bör vidare erinras om de utländska studerandenas problem och behov av social/kurativ service. Särskild uppmärksamhet bör likaså ägnas åt de speciella problem som kan drabba studerande från studieovana miljöer.

Behov inom studerandehälsovården kan härutöver föreligga av psykologisk expertis för rådgivning vid studieproblem, samlevnadsproblem etc. liksom för terapeutiska insatser.

Den medicinska expertisens uppgift – och då främst läkarnas men även sjuksköterskornas inom ramen för en främst på förebyggande verksamhet inriktad studerandehälsovård – bör vara att medverka i utformningen av studiemiljön, påverka brister i densamma samt fungera som ett medicinskt stöd för kuratorerna, psykologerna och studievägledarna. De bör dessutom kunna medverka inom den informationsverksamhet, som bör bedrivas inom studerandehälsovårdens ram och som bör inriktas på allmänna hälsovårdsfrågor, t. ex. om kost, vila, motion, lämpliga studievanor, könssjukdomar, alkohol, tobak och narkotika. Det är angeläget, att såväl de studerande som läroanstaltens personal informeras om vanliga insufficienstillstånd i studiesituationen och tänkbara orsaker härtill. Med hänsyn till arten av erforderliga insatser torde i första hand personal med psykiatrisk sakkunskap och med erfarenhet från studiemiljöns sjukvårdsproblem böra komma ifråga. Det kan också bli fråga om att läkare och sjuksköterskor – eventuellt tillsammans med psykologer – engageras i gruppterapi eller annan gruppverksamhet.

I enlighet med vad tidigare angivits förutsätts en intim samverkan komma till stånd mellan studerandehälsovårdens personal samt personal inom studiemedelsnämnd, studievägledning, yrkesvägledning och vederbörande lärarkår.

Mot bakgrund av vad ovan anförts *föreslår* utredningen, att studerandehälsovården på lång sikt skall få en i jämförelse med nuvarande förhållanden mer utpräglad hälsovårdande karaktär med kraftigt markerade inslag av sociala/kurativa insatser. Som en konsekvens härav förutsätts den offentliga hälso- och sjukvården – i takt med sina ökande resurser på området – överta ansvaret för täckande av studerandenas behov av såväl somatisk som psykiatrisk akut och icke-akut sjukvård.

11 Studerandehälsovårdens framtida organisation

11.1 Inledning

Studerandehälsovårdsutredningen har i kapitel 10 konstaterat, att det finns vissa speciella hälsorisker förknippade med de studerandes utbildnings- och studiesociala situation. För att förebygga eller lindra de skador – främst av psykisk art – som till följd härav kan uppkomma bör särskilda resurser ställas till förfogande. Denna service – studerandehälsovård – bör främst vara inriktad på att genom olika åtgärder befrämja framförallt studerandenas psykiska hälsa samt på så sätt förebygga eller förhindra uppkomsten av sociala störningar jämte psykiska sjukdomar och insufficienstillstånd liksom – så långt möjligt är – avhjälpa eller lindra, när sådana uppkommit. Dessa insatser bör starkt profileras på sociala/kurativa åtgärder och samordnas med – förutom pedagogiska – även studievägledande, yrkesvägledande och studiesociala åtgärder – innefattande bl. a. motionsverksamhet – för att underlätta studierna samt ha ett därmed förknippat medicinskt hälsovårdande inslag. De studerandes behov av sjukvård bör däremot enligt studerandehälsovårdsutredningens mening i ett längre tidsperspektiv helt kunna tillgodoses inom ramen för den offentliga hälso- och sjukvårdsverksamheten.

Utifrån ovannämnda förutsättningar diskuteras i föreliggande kapitel hur studerandehälsovården framdeles bör organiseras. I avsnitt 11.2 redovisas vissa förutsättningar av betydelse för studerandehälsovårdens framtida organisation. Utredningen presenterar därefter i avsnitt 11.3 tre organisationsmodeller. Utredningens överväganden och förslag till framtida organisationsform redovisas i avsnitt 11.4. Slutligen lämnas förslag till personaldimensionering och finansiering i avsnitt 11.5 respektive 11.6.

11.2 Förutsättningar för studerandehälsovårdens framtida organisation

Frågan om studerandehälsovårdens framtida utformning kan inriktas på två tidsperspektiv, *dels* ett längre, där förutsättningarna är andra än för närvarande, *dels* ett kortare – övergångsskedet – med utgångspunkt i den

nuvarande organisationsformen, vilken successivt förändras mot den i det längre perspektivet rekommenderade organisationen. En förändring av studerandehälsovårdens utformning och program måste givetvis ske etappvis och i takt med de ändrade förutsättningarna.

Nedan lämnas en redogörelse för några av de viktigaste villkoren för studerandehälsovårdens framtida bedrivande.

Tillgången på läkare förväntas öka snabbt de närmaste åren. Enligt de sjukvårdspolitiska mål, som fastställts av såväl statsmakterna som landstingen, skall den fortsatta utbyggnaden av hälso- och sjukvården starkt inriktas på den öppna vården, primärvården. Inom ramen för denna har man anledning räkna med en kraftig ökning av hälsovårdande verksamhet. Avsikten är att i stegrad omfattning tillföra öppenvårdsverksamheten, förutom allmänläkare, även resurser för specialistvård, bl. a. ifråga om psykiatrisk vård. Enligt ett inom socialstyrelsen upprättat förslag till principprogram "Hälso- och sjukvård inför 80-talet" bör skolhälsovården, läkarvård vid ålderdomshem, socialvård samt företagshälsovård så långt möjligt är integreras med den offentliga hälso- och sjukvården. I ett nyligen av landstingsförbundet framlagt förslag till landstingspolitiskt handlingsprogram (LAPRO) betonas starkt behovet av samordning av bl. a. skolhälsovården och företagshälsovården med den landstingskommunala hälso- och sjukvården. Förslaget är för närvarande föremål för remissbehandling.

Förutsättningar bör enligt studerandehälsovårdsutredningens mening finnas för studerande på högskoleorter att för sjukvård – oavsett mantalskrivningsort – repliera på den offentliga sjukvårdsorganisationen. Därvid erinras om sjukvårdshuvudmännens sjukvårdsskyldighet enligt bestämmelserna i 3 § sjukvårdslagen samt om utomlänsavtalet. Genom att studerandena ges samma tillgång till offentlig sjukvård som andra på studieorten bosatta medborgare kommer behovet av sjukvårdande insatser inom studerandehälsovården successivt att avta.

De landstingsrepresentanter, som utredningen varit i kontakt med, har ställt sig positiva till angiven överflyttning av studerandesjukvården till landstingen. Företrädarna för landstingen har dock betonat nödvändigheten av en lång övergångstid. Den offentliga sjukvården kan, anser de, inte ta över uppgifter från studerandehälsovården snabbare än pågående omfattande utbyggnad av primärvården möjliggör. Denna utbyggnad kan inom vissa landstingsområden ta en tid av ca tio år. Vidare kräver de, att berörda landsting skall få full kostnadstäckning från andra landsting för sjukvård för utomlänsstuderande.

Genom privatläkarreformen skapas härutöver bättre förutsättningar för studerande att vid behov och till rimlig kostnad även repliera på den privata läkarvården. Reformen – som träder i kraft 1975-01-01 – ger patienter hos privatpraktiserande läkare ett ekonomiskt skydd, som är likartat med det som gäller i offentlig öppen vård (motsvarande nuvarande "12-kronorssystemet"). Patientavgiften skall normalt vara högst 20 kr., vid läkarhusen 30 kr. (se avsnitt 4.5).

Utvecklingstendenserna inom den högre utbildningen påverkar också studerandehälsovårdens inriktning. I kapitel 6 har redogjorts för några

huvuddrag i universitets- och högskoleväsendets hittillsvarande utveckling liksom några av 1968 års utbildningsutrednings (U 68) och den särskilda U 68-beredningens förslag. Tillströmningen till de filosofiska fakulteterna har sedan 1971/72 minskat ifråga om yngre studerande samtidigt som antalet äldre studerande relativt sett ökat kraftigt. Med hänsyn till de allt fler studerandena i åldrarna över 25 år och till sambandet mellan ökande sjukdomsfrekvens och stigande ålder kan det framdeles finnas anledning att ställa delvis andra krav än för närvarande på de studerandehälsovårdande insatserna. Samtidigt kan förutsättningarna när det gäller det psykiatriska sjukdomspanoramat komma att i viss mån förändras. Vuxenstuderandes studieproblem, förorsakade av bl. a. studieovana eller längre tids isolering från familjen på grund av studier, torde vara av delvis annan karaktär än ungdomsstuderandenas studie- och miljöproblem. Här bör dock erinras om att huvuddelen av de åldersgrupper, som universitets- och högskoleutbildningen även i framtiden skall omfatta, torde ha ett relativt begränsat sjukvårdsbehov.

I detta sammanhang bör vidare åberopas U 68:s förslag till utvidgning av högskolebegreppet, prioritering av återkommande utbildning samt lokalisering av högre utbildning. Om U 68:s förslag genomförs, kommer detta bl. a. att innebära ett väsentligt tillskott av högskolestuderande. Av dessa kommer många att vara vuxenstuderande, varvid en ytterligare förskjutning av åldersfördelningen i riktning mot en högre procentandel äldre studerande sker. Vidare kommer högskoleverksamheten att spridas till betydligt fler orter än för närvarande, med stora variationer ifråga om dels studieutbud – alltifrån ett högdifferentierat studieutbud (som för närvarande vid de större universitetsorterna) till enstaka studiekurser – dels studerandeantal. Självfallet innebär sådana omständigheter som differenser ifråga om de olika läroanstalternas storlek, studieutbud och studerandegruppernas sammansättning svårigheter när det gäller att välja organisationsform för studerandehälsovården. Det torde knappast vara möjligt att ge verksamheten samma utformning på de små som på de stora kårorterna. Redan i dag varierar för övrigt studerandehälsovårdens omfattning och inriktning kraftigt mellan kårorterna. Verksamheten måste även i framtiden anpassas till lokala förutsättningar.

Av utomordentligt stor betydelse i förevarande sammanhang är också de ekonomiska förutsättningarna för verksamhetens bedrivande. Enligt utredningens direktiv får, om en särskild studerandehälsovårdsorganisation även framdeles skall finnas, statens kostnader för verksamheten inte bli högre än vad gällande bidragsregler anger (15 kr. per studerande intill ett studerandeantal av 10 000 samt därefter 9 kr. per studerande budgetåret 1974/75).

Genom årliga särskilda beslut av Kungl. Maj:t utgår ersättning för privatläkarvård från försäkringskassorna för den sjukvård, som meddelas inom studerandehälsovården (se avsnitt 2.6.3). Däremot utgår enligt nuvarande bestämmelser ingen ersättning från försäkringskassorna för hälsovårdande verksamhet vare sig inom studerandehälsovården eller annorstädes. Som tidigare angivits (sid. 73) är frågan om ersättning från sjukförsäkringen för hälsovårdande verksamhet för närvarande föremål

för särskild utredning.

Möjligheterna till uttaxering av kollektiva medel från de studerande genom det obligatoriska medlemskapet i studerandesammanslutningar påverkas av de resultat som kan följa av obligatoriekommitténs arbete. I direktiven till obligatoriekommittén anföres bl. a., att "studerandesammanslutningarnas statligt reglerade ansvar för vissa studiesociala anordningar och serviceanordningar knappast kan motivera att ett obligatoriskt medlemskap bevaras". Uttaxering av kollektiva studerandeavgifter i nuvarande form kan därför eventuellt komma att upphöra eller inskränkas.

Bruttokostnaderna för studerandehälsovården uppgick under läsåret 1972/73 till drygt 31 kr. per studerande. Nettokostnaderna (dvs. kostnaderna efter återbäring från försäkringskassor) för studerandehälsovården uppgick under samma tidsperiod genomsnittligt till drygt 24 kr. per studerande, varav mindre än hälften täcktes av det särskilda statsbidraget. Av betydelse är härvidlag också att notera spridningen av nettokostnaderna mellan de olika kårorterna, nämligen 39,30 kr. i Uppsala och 11,85 kr. i Stockholm. Av nämnda kostnader i Uppsala täcktes sålunda 27,80 kr. av studerandena själva (se bilaga 2 tabell 11) medan resten täcktes huvudsakligen av statsbidrag.

Som en jämförelse härmed kan nämnas, att kostnaderna per elev inom skolhälsovården samma år uppgick till ca 66 kr. samt nettokostnaderna per anställd för den medicinska delen inom den privata företagshälsovården till ca 85 kr.

11.3 Modeller för studerandehälsovårdens framtida organisation

11.3.1 *Inledning*

Om utredningen finner övervägande skäl tala för att det även framdeles behövs en särskild organisation för studerandehälsovård, skall utredningen enligt sina direktiv pröva vilka ändringar, som bör göras i den nuvarande organisationen, samt undersöka vilka möjligheter, som finns till samordning med hälsovården för personalen vid de berörda statliga läroanstalterna. Då endast starka skäl kan motivera en separat organisation för studerandehälsovård, är det enligt utredningens direktiv vidare av särskild betydelse att pröva om behovet av studerandehälsovårdande insatser kan tillgodoses inom ramen för den offentliga hälso- och sjukvårdsverksamheten.

Såsom redan tidigare nämnts talar enligt utredningens mening förekomsten av särskilda hälsorisker i studiesituationen för ett bibehållande av särskilda resurser för en främst på förebyggande verksamhet inriktad studerandehälsovård. Problemställningarnas särart ställer särskilda krav på erfarenhet och kunskap på detta område av studerandehälsovårdens personal. Detta är också av betydelse för att kunna upprätthålla ett nödvändigt förtroendeförhållande mellan studerandehälsovårdens perso-

nal och de studerande. För att verksamheten skall kunna fungera effektivt fordras nära och stadigvarande kontakt mellan läroanstalt, studerande och inom studerandehälsovården verksam personal. Inte bara studerandehälsovårdens personal utan också studerande och lärare fyller en betydande expertfunktion genom sina erfarenheter av och kunskap om utbildnings- och studiesociala förhållanden.

Det ter sig nära nog som en självklarhet att studerandehälsovården endast kan bli effektiv om studerandena har nära och vid behov omedelbar tillgång till den service verksamheten är avsedd att lämna.

Av vad tidigare angivits framgår, att en framtida studerandehälsovårdsverksamhet inte behöver omfatta alla de aktiviteter, som enligt gällande, av socialstyrelsen ufärdade råd och anvisningar i dag bör ingå däri. Utredningen har i föregående kapitel föreslagit, att studerandehälsovården skall bestå av en på sociala/kurativa insatser starkt inriktad verksamhet med visst medicinskt inslag. Därvid har också förutsatts, att de studerandes behov av sjukvård i ett längre tidsperspektiv skall helt tillgodoses inom ramen för den offentliga hälso- och sjukvården.

Följande organisationsformer kan enligt utredningens mening bli aktuella:

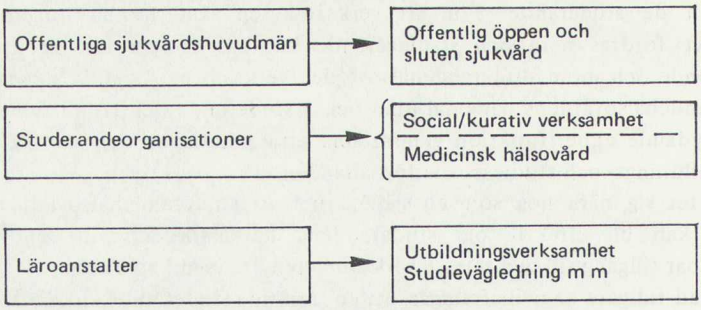
1. Studerandehälsovård under studerandenas huvudmannaskap
2. Studerandehälsovård anknuten till högskoleorganisationen och samordnad med studievägledningsorganisation (2 a) eller den statliga företagshälsovården (2 b)
3. Studerandehälsovård överförd till den offentliga hälso- och sjukvården.

I följande avsnitt presenteras och analyseras de olika organisationsmodellerna i ett längre tidsperspektiv.

11.3.2 *Studerandehälsovård under studerandenas huvudmannaskap*

Den nuvarande studerandehälsovårdsverksamheten bedrivs av studerandena själva genom egna organisationer. Motivet härför har varit – och kan fortfarande sägas vara – av praktisk art. I Kungl. Maj:ts proposition 1967:48 anförde departementschefen bl. a.: "I och för sig synes det ändamålsenligt att huvudmannaskapet för ifrågavarande hälso- och sjukvård läggs på vederbörande kommunala sjukvårdshuvudmän. Eftersom det är fråga om en av studerandeorganisationerna redan etablerad verksamhet, har jag dock inget att erinra mot arbetsgruppens förslag i denna del".

Studerandeorganisationernas hittillsvarande ansvarstagande har varit av stor ekonomisk betydelse för studerandehälsovårdens utveckling. Genom kollektivt uttaxerade medel har studerandena tagit på sig en väsentlig del av kostnaderna för verksamheten. Enligt studerandehälsovårdsutredningens enkätundersökning 1973 svarade kollektivt uttaxerade medel för drygt 35 % av kårortsnämndernas intäkter verksamhetsåret 1972/73. Denna andel varierade starkt mellan olika kårorter. Möjligheterna till framtida uttaxeringar genom studerandeorganisationerna påverkas av obligatoriekommitténs arbete.



Figur 11.1 Studerandehälsovård under studerandenas huvudmannaskap

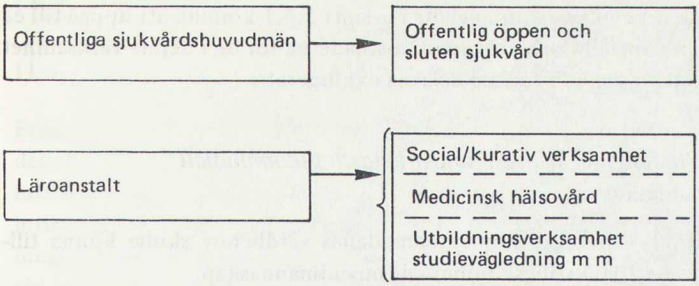
Hur ansvaret för studerandenas behov av social/kurativ verksamhet och av medicinsk hälsovård fördelar sig vid ett framtida studerandehuvudmannaskap framgår av figur 11.1. Studerandenas behov av offentlig öppen och sluten sjukvård samt studievägledning tillgodoses – oavsett valet av organisationsform – genom den verksamhet, som anordnas av sjukvårdshuvudmännen respektive läroanstalterna. På motsvarande sätt svarar andra huvudmän för verksamhet, som rör t. ex. studiemedel och studievägledning. Dessa senare verksamhetsgrenar har dock inte medtagits i figuren.

Studerandehälsovård under ledning av studerandena själva bör syfta till en allsidig verksamhet med balans mellan resurser, inriktade på å ena sidan utbildningsmässiga förhållanden – t. ex. alltför pressad studietakt i vissa ämnen – samt å andra sidan studiesociala problem – t. ex. studiefinansieringssvårigheter. *Utmärkande* för denna organisationsform är ett nära samband mellan studerandena och den för dem avsedda studerandehälsovården. Studerandeorganisationerna får själva – under tillsynsmyndighetens överinseende – ansvara för studerandehälsovårdens omfattning och inriktning.

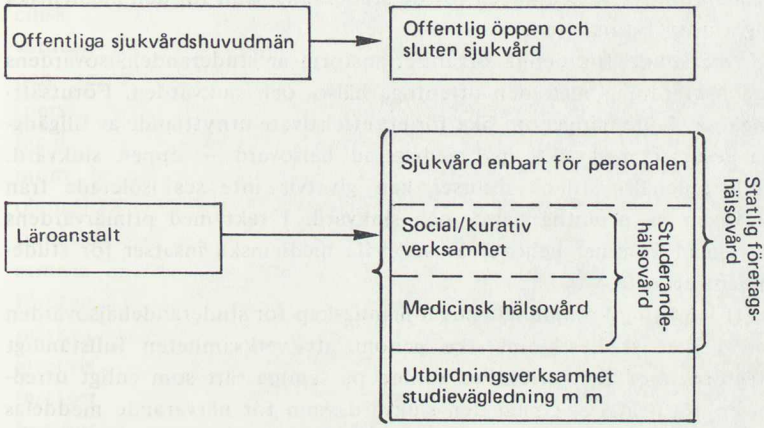
11.3.3 *Studerandehälsovård anknuten till högskoleorganisationen*

En anknytning av den framtida studerandehälsovården till högskoleorganisationen kan ske antingen genom en samordning med studievägledningsorganisationen (2 a) eller med den statliga företagshälsovården (2 b). Samordning med studievägledningen skulle enligt utredningens uppfattning motiveras av att studerandehälsovården bör vara starkt relaterad till olika andra åtgärder, som görs för att underlätta studier och utbildningsverksamhet som sådan, medan för studerande och anställda gemensamma riskfaktorer vid utbildningsanstalten skulle tala för en samordning med företagshälsovården. Av figur 11.2 respektive 11.3 framgår hur studerandenas vårdbehov skulle kunna tillgodoses enligt de två här aktuella modellerna.

Vid organisationsformen enligt 2 a får social/kurativ verksamhet och medicinsk hälsovård samt studievägledning och utbildningsverksamhet som sådan samma huvudman. Härigenom får läroanstalterna ett total-



Figur 11.2 Studerandehälsovård anknuten till högskoleorganisationen och samordnad med studievägledningsorganisationen (2 a)



Figur 11.3 Studerandehälsovård anknuten till högskoleorganisationen och samordnad med den statliga företagshälsovården (2 b)

ansvar för studerandena under studietiden. *Utmärkande* för denna organisationsform är studerandehälsovårdens starka anknytning till andra studiestödjande åtgärder och till utbildningsverksamhet samtidigt som goda förutsättningar skapas för erforderlig kontakt läroanstalt – studerande. Studerandena förutsätts genom de förändringar, som väntas följa av den pågående försöksverksamheten med nya samarbetsformer ("FNYS") få ett direkt inflytande över en av läroanstalterna bedriven studerandehälsovård.

Utmärkande för organisationsformen enligt 2 b är den för studerande och anställda gemensamma hälsovården, inriktad på vid läroanstalten befintliga fysiska och psykiska hälsorisker. Även vid denna organisationsform får självfallet de studerande liksom de anställda ett direkt inflytande över verksamheten. Här bör dock erinras om de skillnader, som råder mellan målsättningarna för den försöksvisa företagshälsovården för statsanställda med ett betydande inslag av sjukvård samt för studerandehälsovården. Nettokostnaderna för den försöksvis bedrivna statliga företags-

hälsovården beräknas som angivits i avsnitt 5.6.1 komma att uppgå till ca 150 kr. per anställd och år, varvid kostnaderna för de i denna verksamhet ingående tekniska och sociala delarna exkluderats.

11.3.4 *Studerandehälsovård under landstingskommunalt huvudmannaskap*

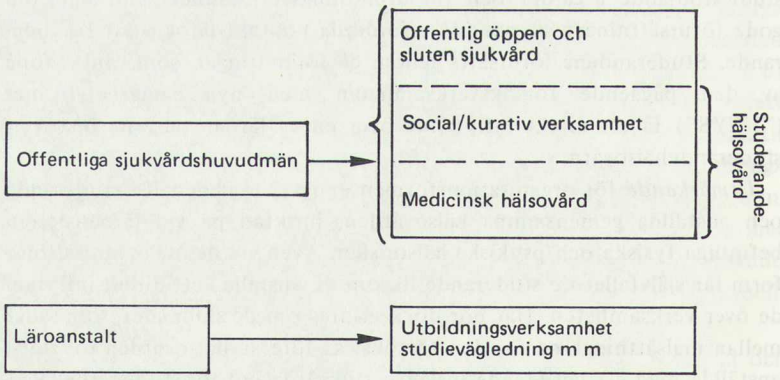
Av figur 11.4 framgår hur studerandenas vårdbehov skulle kunna tillgodoses vid ett landstingskommunalt huvudmannaskap.

Oavsett val av organisationsform, har utredningen förutsatt, att studerandenas behov av sjukvård tillgodoses inom ramen för den offentliga sjukvården. Vid ett landstingskommunalt huvudmannaskap för studerandehälsovården övertar landstingskommunerna också ansvaret för den sociala/kurativa vägledningen för de studerande samt för den medicinska hälsovårdsverksamheten.

Utmärkande för denna organisationsform är studerandehälsovårdens nära samordning med den offentliga hälso- och sjukvården. Förutsättningarna skulle härigenom öka för ett effektivare utnyttjande av tillgängliga resurser med sikte på målbaserad hälsovård – öppen sjukvård. Studerandehälsovårdens resurser kan givetvis inte ses isolerade från tillgången på offentlig hälso- och sjukvård. I takt med primärvårdens utbyggnad kommer behovet av speciella medicinska insatser för studerandena att avta.

Ett landstingskommunalt huvudmannaskap för studerandehälsovården som helhet skulle kunna ske genom att verksamheten fullständigt integreras med den offentliga vården på samma sätt som enligt utredningen förutsatts ske med den sjukvård, som för närvarande meddelas inom studerandehälsovården, eller genom att speciella insatser – t. ex. i form av läkare, kuratorer etc. – tillhandahålls de studerande inom ramen för den offentliga vården.

Studerandenas inflytande över verksamheten kan av naturliga skäl vid denna organisationsform endast bli av mer begränsad omfattning och av rådgivande karaktär.



Figur 11.4 Studerandehälsovård under landstingskommunalt huvudmannaskap

11.4 Överväganden och förslag

11.4.1 *Studerandehälsovård på lång sikt*

Frågan om hur en främst på förebyggande verksamhet inriktad studerandehälsovård framdeles skall organiseras påverkas av erfarenheterna av den hittillsvarande verksamheten, studerandehälsovårdens målsättning och inriktning samt de långsiktiga förutsättningarna. De kortsiktiga förutsättningarna bör inte påverka valet av organisationsform men är av betydelse vid en bedömning av de övergångsproblem, som kan uppstå vid införandet av en ny organisationsform.

Inledningsvis vill utredningen beröra den framtida studerandehälsovårdens målsättning och inriktning. Studerandehälsovården föreslås av utredningen bestå av en social/kurativ verksamhet integrerad med medicinsk hälsovård. Jämförelser kan här göras med den privata företagshälsovården, vilken såsom tidigare nämnts i huvudsak består av en medicinsk och en teknisk del samt i vissa fall härutöver även av en social (personalsocial) del. Den medicinska delen i företagshälsovården innefattar dock även sjukvård av en icke oväsentlig omfattning. Tekniska brister inom utbildningsmiljön – här kan det röra sig om bullerproblem, olämpliga undervisningslokaler, riskfyllda laboratorieexperiment, infektionsrisker för medicine studerande osv. – är i stor utsträckning gemensamma för anställda och studerande. Vid en utbyggnad av den statliga företagshälsovården kan sådana hälsorisker i första hand antas bli uppmärksammade genom denna verksamhet. Förbättringar härvidlag skulle givetvis också komma studerandena till godo. Behovet av tekniska insatser inom studerandehälsovården kan därför antas vara av begränsad omfattning.

Tidigare har betonats betydelsen av att studerandehälsovården är nära relaterad till olika andra åtgärder för att underlätta studierna. En effektiv studerandevård fordrar förtrogenhet med förhållanden inom studentvärlden. Målsättningen blir att skapa ett system, där olika riskfaktorer uppmärksammas och beaktas redan vid utformningen av utbildningsmiljön, samtidigt som felaktigheter rättas till i den etablerade miljön. Personalens – läkarens, kuratorns, psykologens, studievägledarens m. fl:s – insatser kan ses som funktioner i ett hälsovårdsteam. Inom den framtida studerandehälsovården bör sociala och kurativa vägledande insatser få en framträdande roll.

Erfarenheterna av den hittillsvarande verksamheten visar att särskilda problem uppstått vad avser samordning mellan å ena sidan studerandehälsovården samt å den andra den offentliga öppna sjukvården och läroanstalternas studievägledande verksamhet. En effektiv studerandevård förutsätter enligt utredningens mening en ökad samordning mellan framförallt studerandehälsovårdens sociala/kurativa del och den studievägledande verksamheten. Studerandena bör kunna erbjudas ett fullständigt utbud av information och vägledning utan att institutionella förhållanden lägger hinder i vägen. Även det av utredningen föreslagna successiva överförandet av studerandehälsovårdens sjukvårdande inslag

till den offentliga vården ställer stora krav på samordning – inte minst med hänsyn till det kraftiga sjukvårdande inslaget i den nuvarande studerandehälsovården.

Här kan också erinras om den förebyggande funktion motionsverksamheten fyller. Frågan om samverkan studerandehälsovård – motionsverksamhet har dock inte kunnat prövas närmare av utredningen, enär motionsverksamhetens framtida utformning är föremål för prövning inom obligatoriekommittén.

Som tidigare anförts utgör förekomsten av speciella hälsorisker i studiesituationen enligt utredningens mening tillräckligt starka skäl för särskilda studerandehälsovårdsresurser i någon form. Detta är en grundförutsättning för en effektiv verksamhet nära relaterad till studerandenas studie- och utbildningssituation. Inför analysen av de olika organisationsalternativen vill utredningen erinra om de tidigare i olika avsnitt redovisade långsiktiga förutsättningarna för verksamhetens bedrivande.

- Tillgången på läkare ökar snabbt
- Den offentliga öppna hälso- och sjukvården är under kraftig utbyggnad
- Genom privatläkarreformen skapas förutsättningar för studerandena att vid behov och till rimlig kostnad repliera på den privata läkarvården
- Studerandepopulationen genomgår kraftiga förändringar med en förskjutning uppåt i åldrarna
- U 68:s och U 68-beredningens förslag till utvidgning av högskolebegreppet, prioritering av återkommande utbildning samt lokalisering av den högre utbildningen ställer delvis nya krav på studerandehälsovården
- U 68-beredningens förslag till sammanförande av befintlig statlig högskoleutbildning i en administrativ enhet under en styrelse vid flertalet kårorter – dock inte de största – ger underlag för en ökad lokal samordning av olika verksamheter på orter med skilda utbildningslinjer
- På samma sätt kan U 68-beredningens förslag om regionala styrelser ge underlag för en motsvarande regional samordning
- Obligatoriekommitténs arbete kan eventuellt resultera i att möjligheterna till uttaxering av kollektiva studerandeavgifter i nuvarande form till studerandehälsovård upphör eller inskränks.

För en framtida *studerandehälsovård under studerandenas huvudmannaskap* talar främst praktiska skäl. Studerandeorganisationerna har en flerårig erfarenhet av att administrera och leda studerandehälsovårdsverksamheten. Genom sitt fackliga arbete inom det utbildnings- och studiesociala området har studerandeorganisationerna också erfarenhet av och kunskap om förhållanden, som bör påverka studerandehälsovårdens utformning. Utredningen vill dock erinra om att ett genomförande av U 68:s och U 68-beredningens förslag till högskoleutbildningens lokalisering innebär, att studerandehälsovård skall på lång sikt organiseras vid 19 orter mot nuvarande 9, även om U 68-beredningen inte vill binda takten för utbyggnaden av de nya högskoleorterna. Vid de föreslagna nya högskoleorterna finns i flertalet fall inte några studerandeorganisationer med erfarenhet av studerandehälsovårdande verksamhet. Givetvis måste

studerandeorganisationernas speciella insikter tas till vara även i framtiden, vilket dock torde kunna ske även vid andra organisationsformer. Utredningen kan därför inte finna att detta på något avgörande sätt skulle tala för en studerandehälsovård under studerandenas huvudmannaskap.

Erfarenheterna av nuvarande huvudmannaskap tyder på att möjligheterna till samordnade studiestödjande insatser begränsas på grund av det splittrade huvudmannaskapet för utbildningsverksamhet och studievägledning samt studerandehälsovård. Studerandena kan inte erbjudas ett enhetligt serviceutbud utan hänvisas till olika instanser beroende på problemens natur. Även om personalen inom de olika verksamhetsgrenarna söker komma till rätta med dessa brister, är det enligt vad utredningen erfarit uppenbart, att institutionella förhållanden försvårar en effektiv studerandehälsovård.

Av särskild betydelse i förevarande sammanhang är de resultat, som kan följa av obligatoriekommitténs arbete. Ett avskaffande av det obligatoriska medlemskapet i studerandesammanslutningar i enlighet med kommitténs direktiv medför att möjligheterna till kollektiv uttaxering av studerandebidrag i nuvarande form till studerandehälsovård upphör. Enär enligt obligatoriekommitténs direktiv studerandesammanslutningarnas statligt reglerade ansvar för vissa studiesociala anordningar knappast kan motivera ett obligatoriskt medlemskap, bör studerandehälsovårdsutredningens förslag inte försvåra eller omöjliggöra ett avskaffande av kårobligatoriet.

Här skall också erinras om att statens kostnader för en särskild studerandehälsovårdsorganisation, enligt utredningens direktiv, inte får bli högre än vad gällande bidragsregler anger. Nettokostnaderna för studerandehälsovården uppgick läsåret 1972/73 genomsnittligt till 24 kr. per studerande, varav mindre än hälften täcktes av det särskilda statsbidraget. Som tidigare framhållits uppgick motsvarande kostnader inom skolhälsovården och den privata företagshälsovården till ca 66 kr. per elev respektive ca 85 kr. per anställd.

Fristående studerandehälsovårdsorganisationer under studerandenas huvudmannaskap skulle enligt utredningens uppfattning försvåra ett avskaffande av kårobligatoriet och därigenom stå i strid mot de av departementschefen i de ovannämnda direktiven anförda utgångspunkterna.

Tanken på ett *landstingskommunalt huvudmannaskap för studerandehälsovården* får ses bl. a. mot bakgrund av skolhälsovårdens och företagshälsovårdens framtida utformning. Landstingsförbundets styrelse har, som tidigare anförts, utarbetat ett utkast till landstingspolitiskt handlingsprogram ("LAPRO"), vari föreslås att landstingskommunerna tar på sig ett direktansvar för utbyggnaden av företagshälsovårdsresurser i anknytning till uppbyggnaden av vårdcentraler över hela landet. Vidare föreslås, att det primärkommunala ansvaret för skolhälsovården överförs till landstingskommunerna.

Vid ett landstingskommunalt huvudmannaskap av en framtida på främst förebyggande verksamhet inriktad studerandehälsovård kan stu-

derandena antingen tillhandahållas speciella vårdresurser eller också kan en fullständig integration med den offentliga hälso- och sjukvården komma till stånd. Speciellt studerandehälsovårdande insatser i sjukvårdshuvudmännens regi ställer enligt utredningen stora krav på studerandehälsovårdens finansiering. Sekundärkommunerna kan knappast förväntas vara beredda att anordna en särskild organisation för studerandehälsovård, även om de erhåller fullständig ekonomisk kompensation för sina utgifter härvidlag. Här rör det sig givetvis *inte* primärt om sjukvårdsproblem, som kan uppstå genom att många av de studerande är skrivna i andra sekundärkommuner än studieortens, utan om de särskilda studerandehälsovårdande insatserna av starkt social/kurativ natur.

För öppna sjukvårdsinsatser skall landstingen givetvis erhålla sedvanlig patientavgift och ersättning från sjukförsäkringen (f. n. 12 resp. 48 kr.) samt härutöver eventuellt tillkommande ytterligare ersättning från andra landsting enligt utomlänsavtalets bestämmelser.

De praktiska svårigheterna förknippade med ett överförande av en sammanhållen studerandehälsovårdande verksamhet till landstingen synes enligt utredningens åsikt riskera, att fördelarna – i form av förbättrade möjligheter till samordning av olika vårdresurser – elimineras i betydande grad. Ett överförande av studerandehälsovården till landstingskommunerna med ett bibehållande av särskild studerandehälsovårdsservice framstår därför som ett mindre realistiskt alternativ. Detta torde ej heller ha föresvävat departementschefen när han i utredningens direktiv anför: "Om studerandehälsovården inordnas i den allmänna hälso- och sjukvården, är det givetvis nödvändigt att de studerande får möjlighet att utnyttja studieortens sjukvårdsresurser".

I kapitel 10 har föreslagits, att målsättningen för studerandehälsovården bör vara en verksamhet nära relaterad till de hälsorisker, som är förknippade med studerandenas utbildnings- och studiesociala situation. Svårigheterna härvidlag torde emellertid enligt vad utredningen funnit vara utomordentligt stora, om inte särskilda resurser i form av personal och mottagningsmöjligheter avsätts för studerandehälsovård. Möjligheterna för sjukvårdshuvudmännen att inom ramen för den offentliga hälso- och sjukvårdsverksamheten bedriva en effektiv miljörelaterad studerandehälsovård framstår därför som begränsade. I den mån sjukvårdshuvudmännen framdeles övertar det totala ansvaret för företagshälsovårdens utbyggnad, kan emellertid förutsättningarna härför väsentligen komma att förändras.

Med hänsyn till att ansvaret för utbildningsverksamheten och studievägledningsverksamheten åvilar läroanstalterna, kan det framstå som naturligt att den framtida främst på förebyggande verksamhet inriktade studerandehälsovården knyts till läroanstalterna. Härigenom får läroanstalterna ett mer samordnat ansvar för studerandena under studietiden. Syftet blir att möta studerandenas behov av information och vägledning samt förebygga eller förhindra uppkomsten av framför allt psykiska insufficienstillstånd utan att behöva remittera studerandena till olika instanser och mottagningar. Möjligheterna blir större att mer ingående kartlägga olika problem hos de studerande, som kan resultera i studie-

misslyckanden och olika former av missanpassning. Orsaken till psykiska störningar och studieavbrott kan vara många, varför det krävs en väl samordnad insats från olika instanser för att tillfredsställande lösningar skall kunna uppnås. Höga krav måste ställas på den studietekniska, sociala, ekonomiska och psykiska rådgivningen. Sammanfattningsvis kan sägas, att en samverkan mellan olika grupper av befattningshavare underlättas samtidigt som de studerande kan erbjudas en mer fullständig service i samband med de problem, som kan uppstå inför och under studierna. Samtidigt kommer läroanstalterna på ett helt annat sätt än tidigare att uppmärksammas på och sträva efter att eliminera brister i utbildningsmiljön.

Utredningen vill här särskilt understryka att social/kurativ vägledning, medicinsk hälsovård, studievägledning och utbildningsverksamhet – liksom eventuellt även motionsverksamhet – är aktiviteter som, om de skall bedrivas effektivt inom ramen för ett helhetstänkande, inte får isoleras från varandra.

Ingen av de inledningsvis skisserade organisationsformerna kan enligt utredningens åsikt sägas uppfylla alla krav som bör ställas på studerandehälsovårdens framtida organisation. Starka skäl talar emellertid för en förändring av studerandehälsovårdens nuvarande organisationsform. Utredningen har därvid funnit å ena sidan att ett ensidigt landstingskommunalt huvudmannaskap vid rådande förhållanden medför svårigheter att bedriva en effektiv miljörelaterad studerandehälsovård, medan å andra sidan ett ensidigt huvudmannaskap för läroanstalterna medför svårigheter att åstadkomma en önskvärd samordning av studerandehälsovård och offentlig hälso- och sjukvård. Valet av *organisationsform måste därför med nödvändighet komma att bestå av en kompromiss mellan dessa båda alternativ.*

De av utredningen påtalade behoven av en nära samordning av utbildningsverksamheten och studie- och yrkesvägledningen å ena sidan samt den sociala/kurativa delen av studerandehälsovården å den andra talar enligt studerandehälsovårdsutredningen för att läroanstalterna bör bli ansvariga för denna del av verksamheten. Här bör för övrigt erinras om att frågan om en samordning av studievägledning och yrkesvägledning för närvarande är föremål för utredning inom UKÄ. Landstingen bör å sin sida ha att svara för det medicinska inslaget i studerandehälsovården med hänsyn till dess behov av nära samordning med den sjukvårdande verksamheten. Denna fördelning av arbetsuppgifterna bör kunna åstadkommas genom att läroanstalterna påtager sig det formella huvudmannaskapet för studerandehälsovården, själva svarar för det sociala/kurativa innehållet av verksamheten samt "köper" det för denna vård erforderliga medicinska inslaget av tjänster – t. ex. läkar- och sjuksköterskетimmar – av vederbörande landstingskommun. Härigenom skapas förutsättningar för att inte bara en enhetlig på främst förebyggande verksamhet inriktad studerandehälsovård utan också för att en effektiv samordning med den offentliga hälso- och sjukvården kommer till stånd. Landstingskommunerna förutsätts i sin planering givetvis uppmärksamma behovet av hälso- och sjukvård för studerande. Landstingskommunernas övertagande av

den nuvarande studerandehälsovårdens sjukvårdande verksamhet förutsätts också på detta sätt kunna ske smidigt.

Med hänvisning till vad ovan anförts *föreslår* studerandehälsovårdsutredningen att huvudmannaskapet för den framtida främst på förebyggande verksamhet inriktade studerandehälsovården formellt överförs till läroanstalterna, att dessa svarar för det sociala/kurativa innehållet i verksamheten samt köper det erforderliga medicinska hälsovårdande inslaget av tjänster av vederbörande landstingskommuner.

En utgångspunkt för angivet förslag var att studerandenas behov av sjukvård självfallet skall tillgodoses på ett så rationellt och effektivt sätt som möjligt inom ramen för den offentliga sjukvårdsorganisationens resurser. Enligt utredningens mening skulle det för såväl sjukvårdshuvudmännen som studerandena och andra berörda innebära fördelar, om – allt efter de lokala förutsättningarna och det uppskattade behovet – någon eller några läkare vid exempelvis en läkarstation eller annan sjukvårdsinrättning på platsen skulle kunna få som en mer eller mindre stadigvarande uppgift att jämsides med det vanliga patientklientelet motta och behandla studerande. Avsikten härmed är inte att studerandena skall behandlas som någon särgrupp. Studerandena skulle dock vid en sådan lösning vid den offentliga läkarmottagningen få kontakt med läkare, som genom sitt arbete med dem blir förtrogna med studerandenas speciella miljö och deras särskilda problem. Utredningen vill i detta sammanhang stryka under fördelen av att den nuvarande personalens expertkunskaper tas till vara. Samtidigt säkerställs på så sätt en alltid eftersträvad kontinuitet i sjukvården. Vidare vill utredningen framhålla, att dessa läkare genom sina arbetsinsatser bland studerandena förvärvar erfarenheter, som bör kunna tillvaratas i den lokala studerandehälsovårdsorganisationens verksamhet och i utvecklingen av dess aktiviteter.

Utredningen har i kapitel 10 fört en diskussion om den framtida fördelningen av studerandehälsovårdens nuvarande insatser mellan vad som ovan benämnts sociala/kurativa insatser och medicinska insatser. Utredningen återkommer också till denna fråga i avsnitt 11.5.

Utredningen har vidare att pröva hur samverkan mellan studerandehälsovården och studievägledningsverksamheten m. m. å den ena sidan samt hälsovården för den anställda personalen å den andra vid de berörda statliga läroanstalterna bör ske. Organisatoriskt kan studerandehälsovården antingen föras till läroanstalternas utbildningsenheter – som också svarar för studievägledningsverksamheten – eller till deras personalenheter – som förväntas komma att svara för företagshälsovården. Av vad som ovan anförts om behovet av en samordning mellan studerandehälsovård och studievägledning m. m. kan det framstå som uppenbart, att studerandehälsovården organisatoriskt bör föras till läroanstalternas utbildningsenheter. Härutöver vill dock utredningen anföra följande.

Den statliga företagshälsovården är föremål för försöksverksamhet i syfte att finna en bättre form för sådan service än det nuvarande anvisningsläkarsystemet kan förmedla. Diskussionen i det följande bygger på antagandet, att en upprustning av verksamheten kommer till stånd, även om utredningen saknar möjlighet att närmare bedöma omfattningen

av och inriktningen på denna. Utredningen utgår dock från en ambitionsnivå på verksamheten, som i stort sett svarar mot den som bedrivs på försök vid KTH i Stockholm (avsnitt 5.6.1). Viss osäkerhet råder givetvis beträffande de av utredningen gjorda antagandena om bl. a. kostnadsnivån.

Studerande och anställda utsätts för vissa gemensamma hälsorisker vid läroanstalterna. Vissa fördelar synes därför kunna uppnås med en gemensam företagshälsovård. Underlag skulle t. ex. kunna skapas för att driva en vårdcentral vid en läroanstalt, där antalet studerande respektive anställda var för sig inte är tillräckligt stort för att motivera en sådan. Vid universitet och högskolor förekommer också regelmässigt att studerande är anställda, t. ex. doktorander, och tjänstgör som lärare. En erfarenhet från skolans område är också att elevproblem snabbt skapar problem för såväl lärare som annan personal. En annan fördel är slutligen, att företagshälsovårdens personal genom sina kontakter med såväl studerande som anställda skulle få en mer överskådlig bild av vid läroanstalten förekommande hälsorisker.

Endast en mycket begränsad del av de hälsorisker anställda respektive studerande utsätts för kan dock sägas vara gemensamma. Problem som rör studiefinansiering, arbetsmarknadssituation för nyutexaminerade, ensamhet, isolering vid vistelsen på studieorten, läs- och koncentrationssvårigheter, studieproblem på grund av studieovana, bostadsförhållanden som försvårar studier i hemmet, studiemisslyckanden på grund av dåliga förkunskaper eller bristfällig undervisning, studieolust på grund av felaktigt ämnesval samt tentamensneuroser är några exempel på viktiga studerandehälsovårdande verksamhetsområden, som inte kan sägas vara av signifikant betydelse för de anställdas företagshälsovård. Vårdbehovet hos den fast anställda personalen visar ett annat mönster. I sistnämnda fall rör det sig om en grupp med ett hälso- och sjukvårdsbehov, som är relaterat till en viss typ av arbetsmiljö men utan den anknytning till en studiesituation, som gäller för de studerande. Av betydelse är också att notera att de anställda vanligtvis har anknytning till samma miljö under betydligt längre tid än de studerande.

Utredningen vill med detta inte göra gällande att de anställdas vårdbehov är av mindre omfattning eller av mindre allvarlig karaktär än de studerandes utan blott att de arbetsmiljömässiga riskerna är av olika natur. Symptomen vid psykiska åkommor kan givetvis vara helt identiska, även om de bakomliggande faktorerna är helt olika.

Studerandehälsovården bör sålunda, anser utredningen, knytas till läroanstalternas utbildningsenheter. Givetvis utesluter detta inte att ekonomiska fördelar kan uppnås genom ett samutnyttjande av lokaler, administration osv. med en eventuell framtida företagshälsovård för de anställda. Lokala förutsättningar blir avgörande. Samordningsmöjligheterna bör prövas lokalt i anslutning till en eventuell utbyggnad av den statliga företagshälsovården. Med hänsyn till osäkerheten om denna hälsovårds framtida utbyggnad är det dock inte möjligt att nu närmare pröva denna fråga. Här kan dock erinras om det förslag till riktlinjer för statlig personalhälsovård, som nyligen lagts fram av SPN (avsnitt 5.7).

Studerandehälsovården bör, som tidigare framhållits, ses som ett viktigt inslag i en bred studiesocial verksamhet. En av förutsättningarna för en optimal effekt av insatserna är enligt utredningens uppfattning att ett gott samarbete mellan berörda parter etableras. Behovet av ett sådant samarbete har under utredningsarbetets bedrivande klart dokumenterats. Ett utvecklat kontaktnät är också ett sätt att garantera studerandehälsovårdens mångsidighet. Härigenom bör en alltför ensidig inriktning på vissa områden kunna undvikas.

Vid varje högskoleort *föreslås* därför inrättandet av en nämnd, här kallad studiesocial nämnd och sammansatt av representanter för läroanstalter, landstingskommun, studiemedelsnämnd, länsarbetsnämnd, studerandehälsovårdens personal och studerande. Nämndens uppgift bör vara att dels verka för en samordning av olika studerandevårdande insatser vid studieorten samt stimulera till en såväl kvalitativ som kvantitativ utveckling av dessa, dels fungera som rådgivande organ till läroanstalterna i studiesociala, bl. a. studerandehälsovårdande ärenden. I nämndens arbetsuppgifter bör även ingå att medverka i planeringen av studerandehälsovårdens finansiering och utformning.

För den löpande verksamheten ansvarar givetvis läroanstalterna. Här förutsätts en delegering av beslutsfunktioner kunna ske i enlighet med gällande praxis.

Genom tillkomsten av lokala nämnder bör det vara möjligt att förhindra åtgärder av de olika berörda organisationerna, som helt eller delvis motverkar studerandevårdande insatser. På motsvarande sätt bör riskerna elimineras för bristande effektivitet i form av dubblering av serviceutbudet. En sådan dubblering kan nu delvis ske genom att information och rådgivning i samma frågor lämnas av studievägledare, studerandehälsovårdens personal och studerandeorganisationerna m. fl.

Det bör enligt studerandehälsovårdsutredningen ankomma på tillsynsmyndigheten att fatta beslut om nämndernas sammansättning med beaktande av lokala förutsättningar och behov samt efter hörande av berörda läroanstalter. Ledamot av studiesocial nämnd bör utses av respektive huvudman.

Studerandehälsovårdens inriktning på såväl elevvårdande verksamhet som medicinska insatser gör att den berör både UKÄ:s och socialstyrelsens verksamhetsområden. Med hänsyn till att läroanstalterna föreslås bli huvudmän för studerandehälsovården finner utredningen det naturligt av praktiska och formella skäl, att UKÄ eller dess framtida motsvarighet blir tillsynsmyndighet. Behovet av en samordning med den offentliga hälso- och sjukvården, de problem, som kan uppkomma vid sjukvårdens överförande till landstingskommunerna samt behovet av en helhetssyn på studerandenas situation med beaktande av såväl medicinska som psykiska och sociala aspekter talar dock för att tillsynsarbetet i dessa stycken bedrivs i nära samarbete med socialstyrelsen. Utredningen föreslår därför, att UKÄ:s tillsyn i frågor rörande studerandehälsovårdens innehåll skall – i avseende på sociala/kurativa och medicinska frågor – ske i samråd med socialstyrelsen.

Liksom det på lokal nivå finns ett behov av samordning av studerande-

hälsovårdande insatser, är det enligt utredningens åsikt synnerligen angeläget, att offentliga insatser inom studerandevårdens område koordineras även på central nivå. En övergripande planering bör komma till stånd, syftande till att samhällets åtaganden vad avser dels utbildningsverksamhet som sådan, dels studerandevård avvägs på ett rationellt sätt. Såväl samhällsekonomiska som sociala motiv talar för en sådan ordning. Förutsättningarna härför försvåras dock av att ansvaret för frågor som – direkt eller indirekt – påverkar de högskolestuderandes situation är fördelat på olika instanser. UKÄ ansvarar för utbildningsverksamheten, AMS för frågor rörande arbetsmarknad och CSN för studiefinansiering. Socialstyrelsen är central förvaltningsmyndighet för hälso-, sjuk- och socialvård. Samtidigt berörs landstingsförbundets och Svenska kommunförbundets medlemmar av studerandehälsovårdens förhållande till den offentliga hälso- och sjukvården.

Svårigheterna att åstadkomma samordnande insatser är givetvis under dessa förhållanden stora. Med hänvisning till vad ovan anförts *föreslår* utredningen *såsom ett första alternativ,* att en central nämnd för studiesociala frågor inrättas. Förutom att verka för en samordning av olika offentliga insatser bör nämnden fungera som rådgivande organ till UKÄ och biträda ämbetet i dess arbete med tillsyn över den framtida studerandehälsovården. Bl. a. bör det åligga nämnden att granska och till UKÄ avge yttranden över från läroanstalterna inkomna äskanden om anslag för studerandehälsovård, studie- och yrkesvägledning etc.

Nämnden, vars ledamöter föreslås bli utsedda av Kungl. Maj:t (Regeringen) bör bestå av företrädare för UKÄ, SCN, AMS, socialstyrelsen, landstingsförbundet och Svenska kommunförbundet. Dessutom bör de studerande representeras i nämnden med en ledamot, nominerad av i första hand befintlig central studerandeorganisation.

Oklarhet råder för närvarande beträffande den framtida centrala högskoleorganisationen, främst i avseende på relationen UKÄ och de av U 68-beredningen föreslagna regionala högskolestyrelserna. Studerandehälsovårdsutredningen *föreslår* därför *såsom ett andra alternativ* att – därest de regionala högskolestyrelserna skulle komma att utvecklas till betydande planerings- och förvaltningsenheter – den tidigare i alternativ ett förordade centrala nämnden för studiesociala frågor ersätts av motsvarande regionala nämnder. Sammansättningen av dessa får givetvis anpassas med hänsyn till de andra intressegrupperingar, som därvid kan komma att bli aktuella.

11.4.2 *Studerandehälsovård på kort sikt*

Studerandehälsovårdsutredningens förslag bygger på de tidigare redovisade långsiktiga förutsättningarna. Enligt dessa kommer det att ta en relativt lång tid, kanske tio år, innan den offentliga öppna hälso- och sjukvården, primärvården, är så utbyggd på alla studieorter, att den kan även svara mot de sjukvårdskrav, som ställs från de utomlänsstuderandenas sida.

Förutsättningarna härvidlag växlar givetvis starkt mellan olika studie-

orter. Här bör erinras om att vid studieorter med ett mindre antal studerande, bl. a. vid några filialorter, svarar den offentliga sjukvårdshuvudmannen redan i dag för huvuddelen av sjukvårdsinsatserna för de studerande. Övergångsproblemen kommer sålunda i första hand att beröra verksamheten vid de traditionella universitetsorterna med ett stort antal utomlänsstuderande. Vid dessa finns en utbyggd och väl fungerande, av de studerande bedriven studerandehälsovård, som i dag är starkt inriktad på sjukvårdande aktiviteter. De förmåner, som de studerande härigenom erhåller främst i avseende på möjligheten att snabbt nå läkare även vid lättare åkommor bör enligt studerandehälsovårdsutredningens mening inte raseras. Först när samma sjukvårdsförmåner kan erbjudas inom den offentliga hälso- och sjukvården kan det enligt utredningens mening bli aktuellt att avsluta överförandefasen, som i enlighet härmed måste bli utdragen.

Ett omedelbart avbrott i studerandesjukvården skulle otvivelaktigt skapa stora svårigheter för och även förlänga väntetiderna inom den offentliga sjukvården vid de stora traditionella universitetsorterna, om inte vederbörande huvudmän samtidigt kompenseras med samma antal nya läkartjänster, som tidigare funnits inom motsvarande studerandehälsovård. Här bör erinras om att det – under förutsättning av oförändrad besöksfrekvens – därvid rör sig om en ytterligare belastning för sjukvårdshuvudmannen i Uppsala på 15 250, i Lund på 8 300, i Göteborg på 4 800, i Umeå på 4 900 besök hos läkare per år enligt 1972/73 års siffror (tabell 3.3).

Samordningen studerandehälsovård-studievägledning måste byggas på praktiska erfarenheter, som i dag i stor utsträckning saknas. Även här måste det bli fråga om en flerårig övergångsperiod, under vilken man får pröva sig fram för att finna ideala lösningar. Detta gäller givetvis i lika hög grad samverkan med övriga studiesociala aktiviteter, såsom beträffande studiemedel och yrkesvägledning. Studerandehälsovård med det breda innehåll, som utredningen vill se, lever och förändras med utbildningssystemet och stimulerar till förändringar av detta. Helt färdiga lösningar kan därför inte nu presenteras på många av de problem studerandehälsovården kommer att ställas inför.

Här bör också erinras om att nuvarande studerandehälsovårdsorganisation och dess personal representerar sakkunnighet och erfarenhet, vilka är ovärderliga tillgångar vid utformningen av den framtida studerandehälsovården och sjukvården. Även den nuvarande personalens inom studerandehälsovården rätt till anställningstrygghet måste beaktas. Ett ökat offentligt ansvarstagande för såväl studerandehälsovård som -sjukvård får givetvis inte medföra, att de anställdas trygghet försämras eller äventyras.

Övergången från den nuvarande studerandehälsovården till det föreslagna framtida systemet med en främst på förebyggande åtgärder inriktad studerandehälsovård och med studerandesjukvården inordnad i den offentliga sjukvårdsverksamheten förväntas sålunda komma att bli relativt lång. Trots detta och med hänsyn till vad tidigare angivits om behovet av erfarenhetskontinuitet och av trygghet för personalen, vore

det önskvärt, om den sjukvårdande verksamheten inom studerandehälsovården så snart som möjligt kunde överföras till den offentliga sjukvårdshuvudmannen. Motsvarande gäller givetvis den hälsovårdande verksamheten och läroanstalterna. Detta måste emellertid göras beroende av lokala förhandlingar.

Frågan om sättet att omvandla den nuvarande studerandehälsovården till de föreslagna nya formerna kommer emellertid att bli starkt beroende av lösningen av frågan om kårobligatoriet. Då enligt obligatoriekommitténs direktiv studerandesammanslutningarnas statligt reglerade ansvar för vissa studiesociala anordningar knappast kan motivera ett obligatoriskt medlemskap, bör såsom tidigare också angivits – studerandehälsovårdsutredningens förslag inte försvåra eller omöjliggöra ett avskaffande av kårobligatoriet. Mot den bakgrunden presenteras i det följande en teknisk lösning som – trots ovan angivna övergångsproblem för studerandehälsovården – skulle möjliggöra *en avveckling av den nuvarande organisationsformen för denna vid den tidpunkt, som vore lämplig för kårobligatoriets avskaffande.*

Utredningen anser det angeläget, att ett överförande av huvudmannaskapet för studerandehälsovården till läroanstalterna och av sjukvården till landstingen (motsvarande) inte skall medföra några drastiska förändringar av verksamheten. Om kårobligatoriet avskaffas och för att en nedrustning av den nuvarande studerandehälsovårdsverksamheten inte skall ske, bör därför läroanstalterna vid tidpunkten för obligatoriets avskaffande – som här antas vara fr. o. m. budgetåret 1977/78 – överta den befintliga studerandehälsovården.

Därefter bör studerandehälsovården gradvis utvecklas i takt med de ändrade förutsättningarna. Utvecklingen härvidlag kan väntas variera kraftigt mellan kårorterna. Möjligheterna att uppnå en studerandehälsovårdsverksamhet svarande mot målsättningarna på kort tid är givetvis större vid de nya högskoleorterna. Tillsynsmyndighetens uppgift blir att noggrant följa – och vid behov styra – utvecklingen så att studerandehälsovårdens målsättningar kan uppfyllas när så är möjligt.

Eftersom storleken av det nuvarande statsbidraget till studerandehälsovården enligt utredningens direktiv inte får öka, ställer ett överförande av huvudmannaskapet av denna vård till läroanstalterna krav på fortsatta kollektiva studerandebidrag i vart fall vid vissa läroanstalter, om inte ambitionsnivån på verksamheten skall drastiskt nedskäras. En verksamhet baserad på enbart statsbidraget skulle kräva omfattande personalinskränkningar. Som exempel vill utredningen nämna, att nettokostnaderna för studerandehälsovårdsverksamheten i Uppsala överstiger det till hela studerandehälsovårdsverksamheten i landet årligen utgående totala statsbidraget. En fortsatt kollektiv uttaxering är enligt utredningens uppfattning den enda möjligheten att under angivna förutsättningar bibehålla nuvarande ambitionsnivå på studerandehälsovården och -sjukvården under övergångstiden.

Den kollektiva uttaxeringen skulle i sådant fall givetvis behöva överföras i någon form till läroanstalterna. Redan i dag har dessa en betydelsefull uppgift vad gäller de obligatoriska studerandeavgifterna.

Ansvaret för att studerandena fullgör sina skyldigheter i detta avseende åvilar enligt universitetsstadgans 88 § rektorsämbetet och vid andra skolformer vanligen skolans rektor. Däremot är det de studerande, som själva fastställer och svarar för uppbörden av avgifterna.

När nu utredningen *föreslår,* att läroanstalterna – om kårobligatoriet avskaffas – fr. o. m. övertagandet av huvudmannaskapet för studerandehälsovården också övertar rätten att fastställa avgifterna härför samt administrationen av avgiftsuppbörden rör det sig inte om införande av en ny princip inom det svenska utbildningsväsendet utan är blott fråga om en utveckling av ett redan existerande ansvarstagande. Här kan också erinras om den utformning studerandehälsovårdens finansiering fått i i Finland och Norge (se avsnitt 7.2 och 7.3). Som följd av pågående utvecklingsarbete av ett dataregistreringssystem av högskolestuderande bör de administrativa kostnaderna för avgiftsuppbörden inte bli alltför betungande. Självfallet förutsätts läroanstalterna få full täckning för administrativa kostnader i sammanhanget genom statsbidrag och uttaxering av obligatoriska studieavgifter.

Givetvis bör de studerande vid fastställande av obligatoriska studerandehälsovårdsavgifter ha ett väsentligt inflytande, vilket bl. a. kan ske inom ramen för den studiesociala nämnd, som utredningen i föregående avsnitt föreslagit böra inrättas vid varje kårort. Omfattningen av studerandenas inflytande blir i stor utsträckning beroende av de resultat, som kan följa av obligatoriekommitténs arbete samt givetvis av lokala förhållanden. Eventuella övergångsproblem bör lösas i samarbete mellan tillsynsmyndighet, studerandeorganisationer och läroanstalter. Principiellt vill utredningen dock understryka, att det formella ansvaret för uttaxeringen alltid bör åvila läroanstalterna. En delegering av beslutanderätten härvidlag till studerandeorgan i någon form bör därför alltid vara förknippad med ett slutligt fastställande av avgiften av konsistorium (motsvarande).

Utredningen vill här också beröra de svårigheter av speciell art, som kan komma att uppstå vid orter med flera högskolor. Företrädesvis gäller detta de större universitetsorterna. I Stockholm replierar studerande vid ett 50-tal högskolor på studerandehälsovården. I Göteborg är motsvarande siffra drygt 20. Universitetsstuderandena är den klart största studerandegruppen vid dessa orter. Övriga studerande är vanligen fördelade på mindre läroanstalter med ett studerandeantal understigande 2 000, såsom lärarhögskolor, tekniska högskolor och förskoleseminarier. Vid ett realiserande av U 68:s förslag om en vidgning av högskolebegreppet kommer det antal nuvarande läroanstalter, som blir berörda av studerandehälsovård att ytterliga öka. Som en förutsättning för statsbidrag gäller, att studerandeorganisationerna är skyldiga att vid varje kårort bilda en för dem gemensam kårortsnämnd, som administrerar studerandehälsovården på orten. Härigenom har man sökt undvika bildandet av mer än en organisation för sådan verksamhet på varje ort. En utveckling i den riktningen torde ha bedömts medföra risker för ett mindre effektivt resursutnyttjande.

I vad mån särskilda organisatoriska problem i detta avseende uppstår

vid ett läroanstaltshuvudmannaskap är i hög grad beroende av behandlingen av U 68-beredningens förslag. Vid flertalet kårorter föreslås befintlig statlig högskoleutbildning bli sammanförd i en administrativ enhet under en styrelse, vilket skulle underlätta studerandehälsovårdens administration. För de med avseende på verksamhetens omfattning största högskoleområdena förslår beredningen, att det skall finnas flera i princip självständiga enheter, var och en utgörande en myndighet med egen styrelse. U 68-utredningen föreslår, att indelningen i enheter närmare övervägs av berorda organisationskommittéer. Frågan om samordning mellan sådana enheter måste lösas på lokal nivå. Härutöver föreslår beredningen inrättande av regionala högskolestyrelser.

Studerandehälsovårdsutredningen förutsätter, att nödvändig lokal eller regional samordning kommer till stånd i fråga om studerandehälsovården. Det bör ankomma på tillsynsmyndigheten att följa utvecklingen härvidlag.

Vid de av U 68 föreslagna nya högskoleorterna är problemen av delvis en annan karaktär. Här saknas erfarenhet av studerandehälsovårdande verksamhet och kanske också kunskap om många av de problem, som kan vara förknippade med högre studier. Samtidigt kan man vid dessa orter räkna med en större andel s. k. "nya" studerandegrupper, som på grund av studieovana eller längre tids frånvaro från studier utsätts för särskilda psykiska påfrestningar. Det framstår därför som utomordentligt angeläget, att utvecklingen av studerandehälsovården vid dessa orter sker i takt med högskoleväsendets utbyggnad. Härigenom kan man enligt utredningens mening förebygga uppkomsten av en del problem, som kan försvåra rekryteringen till de nya orterna och av nya studerandegrupper. En aktiv studerandehälsovård kan därför ses som ett av inslagen i de åtgärder, som syftar till att åstadkomma större jämlikhet mellan kön, generationer och sociala grupper i avseende på högre utbildning.

Även om erfarenhet av studerandehälsovårdande verksamhet saknas vid dessa orter, bör förutsättningarna för att där snabbt kunna uppfylla studerandehälsovårdens målsättningar vara goda. Främst gäller detta med hänsyn till att studerandenas behov av sjukvård på ett tillfredsställande sätt redan från början bör kunna tillgodoses på dessa orter genom den offentliga vården. Studerandeantalet på dessa platser är relativt sett lågt och U 68 förutsätter en – i jämförelse med de traditionella högskolorna – ökad lokal rekrytering till högskoleverksamheten på dessa orter, varför eventuella problem på grund av studerandenas hemortstillhörighet i andra landstingskommuner blir av mindre framträdande betydelse.

I konsekvens med vad som ovan anförts *föreslås* vidare, att de tidigare förordade lokala studiesociala nämnderna vid varje kårort liksom den förordade centrala nämnden för studiesociala frågor inrättas fr. o. m. budgetåret 1977/78 – eller senare om så blir påkallat med anledning av U 68:s och obligatoriekommitténs förslag.

Studerandehälsovårdsutredningen är givetvis medveten om de svårigheter, som föreligger för läroanstalterna att ta över huvudmannaskapet för studerandehälsovården i dess nuvarande form. Särskilt torde detta gälla de administrativa problem, som uppstår i samband med en obligato-

risk uttaxering av studerandeavgifter. Huvudmannaskapet för den sjukvårdande delen skall ju för övrigt senare i ett längre tidsperspektiv komma att än en gång behöva överföras och då till de offentliga sjukvårdshuvudmännen. Enligt utredningens mening är denna övergångslösning nödvändig, om kårobligatoriet avskaffas samt om man samtidigt vill undvika en drastisk nedrustning av studerandehälsovårdens nuvarande verksamhet. En sådan utveckling vore enligt utredningens mening högst olycklig. Såsom tidigare nämnts bör man dock lokalt pröva möjligheten att redan i samband med kårobligatoriets avskaffande föra över sjukvårdsverksamheten med oförändrad ambitionsgrad från studerandehälsovården till vederbörande offentliga sjukvårdshuvudman.

Därest *kårobligatoriet icke avskaffas,* behöver den ovan föreslagna övergångslösningen inte realiseras. I sådant fall är det givetvis möjligt att behålla nuvarande organisationsform för studerandehälsovården med bl. a. kårortsnämnder på vissa universitetsorter, till dess förutsättningar föreligger för den offentliga sjukvårdshuvudmannen att helt överta ansvaret för sjukvårdsverksamheten. Här bör dock erinras om de olika förutsättningar, som härvidlag finns vid å ena sidan de traditionella universitetsorterna och å den andra de mindre studieorterna.

I samband med att sjukvårdsansvaret vid ett fortsatt bibehållande av nuvarande organisationsform för studerandehälsovården helt eller nästan helt överförts till landstingskommunerna, bör ansvaret för den främst på förebyggande verksamhet inriktade studerandehälsovården överföras till läroanstalterna. Utredningen vill dock för sin del betona önskvärdheten av att detta även i en sådan situation kan ske så snart som möjligt. Det bör ankomma på tillsynsmyndigheten att noggrant följa – och vid behov styra – även utvecklingen i detta hänseende.

Studerandehälsovårdsutredningen har ovan icke särskilt behandlat frågan om *överförande av den tandsjukvård* som bedrivs i vissa kårortsnämnders regi (Lund, Växjö, Stockholm och Umeå). Enligt utredningens mening är det angeläget, mot bakgrund av den rådande tandläkarbristen, att de studerande vid dessa kårorter får behålla den tandsjukvård som studerandehälsovården erbjuder, till dess att folktandvården och/eller den privata tandvården byggts ut vid dessa orter, så att de kan överta verksamheten. Det bör ankomma på kårortsnämnderna och de verksamma studerandetandläkarna att själva överenskomma om formerna härför. Utredningen utgår från att finansieringen av denna verksamhet skall ske på sätt som gäller för all annan vuxentandvård.

11.5 Personaldimensionering

Med studerandehälsovårdens *personaldimensionering* avser utredningen i detta sammanhang personalstyrkans sammansättning och omfattning. I den år 1966 publicerade promemorian "Studerandehälsovård" anvisades en modell – s. k. basorganisation – för en studerandehälsovårdsorganisation vid ett studerandeantal om 10 000. Basorganisationen omfattade i personalhänseende en kuratorstjänst, en och en halv sjuksköterskeljänst

Tabell 11.1 Personalorganisationens omfattning inom studerandehälsovården verksamhetsåret 1972/73 (siffrorna avser antal helårstjänster)

Kårort	Läkare	Sköterska	Kurator	Psykolog	Sekreterare
Lund/Malmö	3,30	3,55	3,00	0,10	1,00
Växjö	–	–	0,50	–	–
Göteborg	2,55	2,00	1,50	–	1,50
Karlstad	0,05	0,10	0,50	0,10	–
Örebro	0,25	0,50	1,00	–	0,25
Linköping	0,42	0,50	0,75	–	0,50
Stockholm	2,00	2,00	3,00	0,20	1,00
Uppsala	4,30	3,00	1,50	0,40	2,50
Umeå	1,05	1,50	0,75	–	0,50
Totalt	13,92	13,15	12,50	0,80	7,25

Källa: Studerandehälsovårdsutredningens enkätundersökning 1973.

samt läkartjänster för vård av psykiska och psykosomatiska åkommor. Modellen avsågs främst ligga till grund för statsbidragets beräknande och kan i realiteten inte sägas ha fungerat som en strikt riktlinje för studerandehälsovårdens personaldimensionering. I proposition 1967:48 anförde departementschefen att "studerandeorganisationerna bör själva få avgöra dimensioneringen av de i hälso- och sjukvårdsorganisationen ingående komponenterna".

I anslutning till en riksdagsbehandling av frågan om statsbidrag till studerandehälsovård har också senare understrukits (se sid. 57), att statsbidraget är att betrakta som ett schablonbidrag och som sådant ej relaterat till någon viss basorganisation.

Uppgifter om studerandehälsovårdens dimensionering har inhämtats genom utredningens enkätundersökning år 1973 (se kapitel 3). Personalorganisationens omfattning under verksamhetsområdet 1972/73 framgår av tabell 11.1.

Särskilt intressant är att relativt sett betydligt kraftigare satsningar på kuratorsverksamhet skett vid de mindre kårorterna (filialorterna). Omfattningen av studerandehälsovårdens administration framgår inte av uppgifterna.

Vissa insatser av studerandehälsovårdande karaktär – vägledning och information i frågor rörande studiemedel, bostäder, barnpassning, sjukförsäkring, utbildning, utländska studerandes problem osv. – utförs dessutom av anställda och förtroendevalda inom studerandeorganisationerna. I tabell 11.2 redovisas en av SFS under vårterminen 1974 genomförd enkätundersökning angående studentkårernas studiemedelskurativa verksamhet. Siffrorna är ungefärliga.

Den framtida främst på förebyggande verksamhet inriktade studerandehälsovården bör enligt studerandehälsovårdsutredningen dimensioneras så att hälsorisker förknippade med studie- och utbildningssituationen på ett så effektivt sätt som möjligt elimineras. Härav torde framgå, att lokala förhållanden måste vara avgörande för studerandehälsovårdens personaldimensionering. Viktiga faktorer i förevarande sammanhang kan vara

Tabell 11.2 Studentkårernas studiemedelskurativa verksamhet vt 1974

Kårort	Tjänstemän		Förtroendevalda	
	Antal	Tim/vecka	Antal	Tim/vecka
Universitetskårer				
Stockholm	1	25	5	28
Uppsala	1	27	1	17
Lund	4	32	3	12
Göteborg	1	10	2	15
Linköping	3	4	–	–
Karlstad	2	10	2	10
Växjö	1	5	3	2
Vårdkårer				
MF Stockholm	–	–	1	3
MF Göteborg	1	3	3	6
Farm. Fak. föreningen	–	–	3	5
Sydsv. sjukgymn. inst.	–	–	1	2
Sjukgymn., Stockholm	–	–	2	–
Utlandsmedicinare	–	–	11	5
Lärarhögskolor				
Kristianstad	1	3	–	–
Jönköping	1	2	6	3
Övriga				
Musikhögskolan, Stockholm	1	0,5	–	–
Skogshögskolan, Stockholm	–	–	2	2

Källa: Sveriges Förenade Studentkårer Dnr S 451–10/74.

studerandeantal, studerandegruppens sammansättning i avseende på ålder, kön, social och utbildningsmässig bakgrund, studieutbud och studiegång, utbildningsmiljöns tekniska och sociala utformning, tillgång till bostäder samt tillgång till primär- och sekundärkommunalt serviceutbud. En närmare analys av alla de faktorer, som påverkar behovet av studerandehälsovård vid respektive kårort, har inte bedömts möjlig att genomföra utan tillgång på avsevärt större resurser än dem som stått till utredningens förfogande. Utredningen skall därför här endast beröra några frågor i anslutning härtill och främst frågan om högskoleväsendets framtida lokalisering.

Av tabell 11.3 framgår högskoleväsendets (och studerandehälsovårdens) nuvarande omfattning samt av U 68 föreslagna riktlinjer för dess utbyggnad (nedre planeringsgräns). I början av 1980-talet skulle högskoleutbildningen enligt beräkningen omfatta 170 000 studerande, fördelade på 19 högskoleorter, mot nuvarande 140 000 studerande, fördelade på 9 orter. Särskilt påfallande är utbyggnaden av nya högskoleorter med ett studerandeantal på 2 000–5 000 elever på varje. Fortfarande väntas dock de fyra till studerandeantalet största högskoleorterna ta emot mer än hälften av alla högskolestuderande.

Den parlamentariska U 68-beredningen (DsU 1974:6) har bedömt, att den nedre dimensioneringsgräns, som bör användas vid planeringen av den högre utbildningen, sannolikt bör sättas något lägre än vad U 68 förordat.

I U 68-beredningens promemoria framhålls bl. a. i avseende på lokaliseringen av högskoleutbildningen (sid 22): "Beredningen finner U 68:s förslag beträffande antal orter för utbyggnad av högskoleutbildningen väl avvägt och förordar att principbeslut fattas om att nytillkommande högskoleutbildning skall förläggas till någon av dessa orter". I fråga om takten i förverkligandet betonas dock att det "enligt beredningens mening inte är ändamålsenligt att nu genom centrala beslut binda ordning och tidpunkter för utbyggnad av olika slag av utbildningar på de berörda orterna".

För studerandehälsovården innebär U 68:s och U 68-beredningens förslag, att fler studerande vid fler orter kommer att efterfråga studerandehälsovård. Samtidigt väntas nya grupper attraheras av högre studier och återkommande utbildning bli allt vanligare. "Beredningen vill här framhålla att den ansluter sig till U 68:s bedömning, att huvuddelen av högskoleutbildningens expansion den närmaste tiden bör avse – förutom enstaka kurser och studiekurser – kortare yrkesinriktade utbildningsvägar. Det är sålunda inte fråga om att traditionell universitetsutbildning skall byggas ut på ytterligare ett flertal orter" (sid 20 f).

Allt detta påverkar givetvis studerandehälsovårdens innehåll – liksom

Tabell 11.3 Studerandehälsovårdens omfattning 1972/73 samt av U 68 föreslagna riktpunkter för högskoleväsendets utbyggnad[a]

	Studerandeantal 72/73[b] som replierar på studerandehälsovård	Antal utbildningsplatser i grundläggande högskoleutb. 1971/72[c]	Av U 68 föreslagna riktpunkter[c]
Stockholmsregionen	47 200		37 000
Göteborg	24 400		24 000
Lund-Malmö	22 141		21 000
Uppsala	22 300		20 000
Linköping-Norrköping	5 190[d]		10 000
Umeå	9 000		9 000
Örebro	3 801		5 000
Falun-Borlänge		700	4 000
Eskilstuna-Västerås		1 000	4 000
Jönköping		1 600	4 000
Borås[e]		1 300	4 000
Karlstad	2 135		4 000
Kalmar		1 200	4 000
Kristianstad		1 200	4 000
Växjö	1 836		4 000
Luleå[e]		2 600	3 500
Sundsvall-Härnösand		1 500	3 500
Halmstad			3 500
Östersund		1 300	2 000
Totalt	138 003	12 400	170 000

[a] Exakt tidsangivelse kan ej anges. Siffrorna avser dock 1980-talet.
[b] Källa: Studerandehälsovårdsutredningens enkätundersökning 1973.
[c] Källa: Högskolan (SOU 1973:2).
[d] Endast Linköping.
[e] Kårortsnämnd bildad efter 1973-07-01.

utvecklingen av den framtida arbetsmarknaden för högskoleutbildade, studiestödets utformning etc. Av detta torde framgå, att förutsättningarna för den framtida studerandehälsovårdens bedrivande varierar kraftigt inte bara från en kårort till en annan utan också från en tidpunkt till en annan. Studerandehälsovården är helt enkelt en funktion av ett i hög grad dynamiskt utbildningssystem. Reformer och förändringar av utbildningssystemet påverkar studerandehälsovården på ett sätt, som ofta inte i detalj kan förutspås, utan snarast får avläsas i den dagliga verksamheten.

Även en ytterligt noggrann kalkyl av det framtida behovet av studerandehälsovård och därmed förknippad personalsammansättning skulle enligt utredningens uppfattning vara behäftad med mycket stora felmarginaler. Med hänsyn till de skiftande förutsättningarna för studerandehälsovårdens bedrivande dels vid olika kårorter, dels över tiden är det enligt utredningens åsikt inte heller möjligt att fastställa någon generell dimensioneringsmodell i form av särskilda relationstal mellan antalet studerande och personalinsatser. Studerandehälsovårdens personaldimensionering bör därför avgöras av läroanstalterna under tillsynsmyndighetens överinseende. Utredningen vill emellertid skissera vissa *riktlinjer* som kan ligga till grund för läroanstalternas och tillsynsmyndighetens arbete vid planeringen av studerandehälsovårdens personalresurser på längre sikt.

Här bör återigen understrykas, att erforderliga personalinsatser för sjukvård – av såväl akut som icke-akut somatisk liksom psykiatrisk natur – förutsätts bli tillgodosedda av den offentliga hälso- och sjukvården med stöd av bl. a. utomlänsavtalet.

Studerandehälsovårdens personal kan – som även redovisats i kap. 10 (sid. 172 f.) – omfatta kurator, psykolog, sjuksköterska och läkare. Härutöver tillkommer givetvis administrativ personal. Vid behov bör dessutom särskild expertis kunna knytas till studerandehälsovården för längre eller kortare tid. Den långsiktiga målsättningen bör vara att upprätta en verksamhet, vars centrala inslag är en med studievägledningen nära samordnad social/kurativ rådgivningsverksamhet. Kurator och eventuellt psykolog och sjuksköterska förutsätts bedriva sin rådgivningsverksamhet dels på mottagningar för de studerande, dels genom uppsökande verksamhet i samverkan med studievägledning, studiemedelsnämnd, yrkesrådgivning, lärare osv. Genom kontakter med studerande och lärare kan och bör underlag för förändringar av bl. a. utbildningssystemet erhållas, som kan leda till att studieförhållandena förbättras.

Som tidigare nämnts förutsätts insatser av läkare liksom annan medicinsk personal inom studerandehälsovården kunna köpas från respektive sjukvårdshuvudman. Genom utredningar och genom att biträda med sin sakkunskap tillförsäkras studerandehälsovården härigenom erforderlig och adekvat medicinsk sakkunskap. För att tillförsäkra läkaren den nödvändiga miljökunskap, som kontakten med patienten/studeranden ger, kan enligt utredningens uppfattning en lämplig lösning vara att läkaren, förutom medicinsk hälsovård inom studerandehälsovården, medverkar inom den offentliga hälso- och sjukvården i det arbete som syftar till att tillgodose studerandenas sjukvårdsbehov. Inom studerandehälsovården kan läkarens roll komma att markant avvika från den

traditionella. Genom att han samtidigt får medverka inom den offentliga öppna sjukvården kan arbetet av många dock komma att upplevas som mer omväxlande och rörligt. Härigenom torde rekryteringen av läkarpersonal till studerandehälsovården komma att underlättas.

Slutligen vill utredningen framhålla, att studerande vid samtliga kårorter i princip bör ha tillgång till såväl social/kurativ vägledning som medicinsk hälsovård, även om omfattningen av serviceutbudet givetvis kan variera från ort till ort. Förutsättningarna härvidlag är dock i hög grad beroende av möjligheterna att tillförsäkra den framtida studerandehälsovården erforderliga ekonomiska resurser. I följande avsnitt skall denna fråga närmare behandlas.

11.6 Finansiering

Utredningen har i avsnitt 3.3.4 redogjort för studerandehälsovårdens nuvarande finansiering. Verksamheten finansieras huvudsakligen genom kollektiva studerandebidrag, statsbidrag samt återbäring från försäkringskassor enligt lagen om allmän försäkring. Studerandehälsovårdens finansiering verksamhetsåret 1972/73 framgår av tabell 11.4.

I tabell 11.4 angiven andel patientavgifter (3,7 %) torde efter läsåret 1972/73 ha ökat något. Fr. o. m. 1973-01-01 uttas patientavgifter inte bara i Stockholm, Örebro och Göteborg utan även i Lund.

I avsnitt 11.2 har redovisats vissa förutsättningar för studerandehälsovårdens framtida finansiering. Enligt utredningens direktiv får statens kostnader för en särskild studerandehälsovårdsorganisation inte bli högre än vad som följer av nu gällande bidragsregler. Genom de förändringar, som kan bli följden av obligatoriekommitténs arbete, påverkas möjligheterna till uttaxering av kollektiva studerandebidrag i nuvarande form. Den av utredningen föreslagna hälsovårdande inriktningen på studerandehälsovården medför att återbäringen från försäkringskassorna vid nu gällande bestämmelser kommer att relativt sett minska och så småningom helt bortfalla.

Kostnaderna för studerandehälsovårdens bedrivande kan under de närmaste åren inte väntas genomgå några genomgripande förändringar,

Tabell 11.4 Studerandehälsovårdens finansiering 1972/73

Inkomstkälla	Kronor	Procent
Kollektiva studerandebidrag	1 676 338	37,8
Statsbidrag	1 397 100	31,4
Återbäring från försäkringskassorna	1 014 764	22,9
Diverse bidrag	188 800	4,2
Patientavgifter	162 820	3,7
Totalt	4 439 822	100,0

Källa: Studerandehälsovårdsutredningens enkätundersökning 1973

enär utredningen föreslagit att läroanstalterna – om kårobligatoriet avskaffas – övertar den befintliga verksamheten utan att några drastiska nedskärningar kommer till stånd. Detta dock med undantag för de orter, där lokala förhållanden eventuellt skulle möjliggöra ett tidigare överförande av den medicinska personalen till vederbörande landsting (se sid 193). Vid nya högskoleorter kan den nya organisationsformen för studerandehälsovården givetvis från början tillämpas. Sett i ett mer långsiktigt perspektiv förändras emellertid studerandehälsovårdens kostnadsstruktur och sättet för täckandet av dessa kostnader. Tillkomsten av nya högskoleorter ställer krav på en utbyggnad av verksamheten, samtidigt som den av utredningen föreslagna målsättningen ställer nya och förändrade krav på verksamhetens innehåll och således också på dess dimensionering.

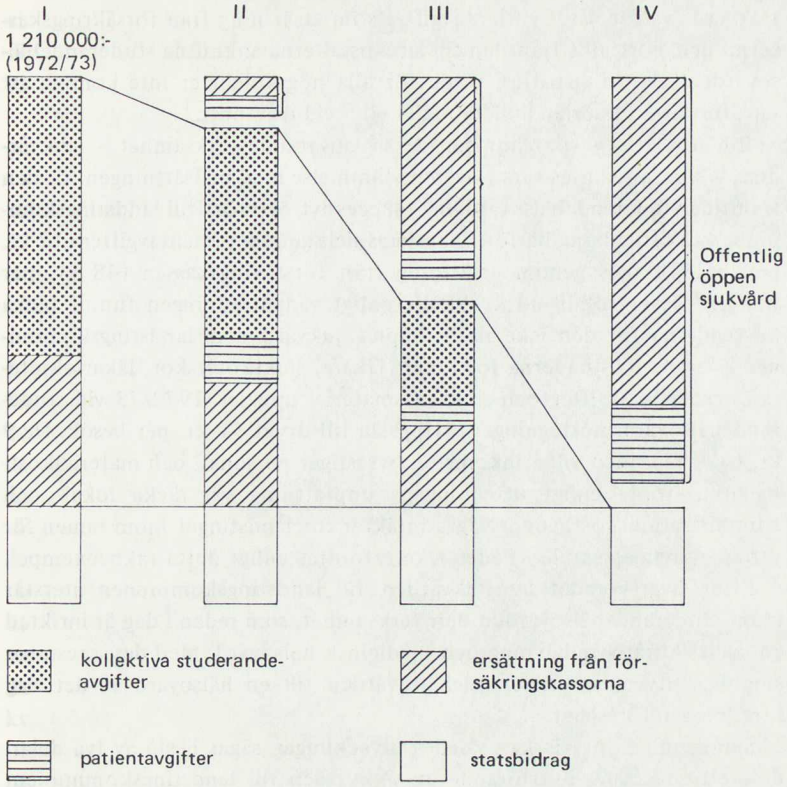
Här bör erinras om att vissa studerandegrupper, som nu omfattas av skolhälsovård, kommer vid ett genomförande av U 68:s förslag att överföras till högskolesektorn och därmed till att omfattas av studerandehälsovård. Utredningen har inte kunnat bedöma de kostnadsmässiga och andra konsekvenser, som härav följer.

En närmare analys av studerandehälsovårdens långsiktiga kostnadsutveckling förutsätter ingående kunskap om dess framtida bl. a. personaldimensionering. Utan att besitta kännedom om framtida nödvändiga personalresurser är det enligt utredningens åsikt inte möjligt att presentera några meningsfulla ekonomiska kalkyler. Som framgått av föregående avsnitt har utredningen inte ansett sig kunna lämna förslag till generell dimensioneringsmodell för studerandehälsovården eller på annat sätt bedöma ett kommande behov av personalinsatser. Härav följer, att det inte är möjligt att – med rimliga krav på precision – presentera några egentliga beräkningar av kostnaderna för studerandehälsovårdens verksamhet på lång sikt.

Det bör också beaktas, att omstruktureringen av nuvarande studerandehälsovård beräknas ta en tidsperiod av bortåt tio år. Omstruktureringen måste givetvis i första hand göras beroende av utbyggnaden av den offentliga öppna hälso- och sjukvårdens resurser på kårorten ifråga.

Däremot vill utredningen med ett exempel åskådliggöra en *tänkbar utveckling* vid en given kårort. För sin diskussion har utredningen valt kårorten Uppsala, där satsningen på studerandehälsovård för närvarande är dels omfattande, dels kraftigt inriktad på sjukvård. Utgångspunkten är vidare ett från nu oförändrat studerandeantal samt att kårobligatoriet avskaffas.

I fig. 11.5 visas olika stadier i den tänkta utvecklingen. Bild 1 visar studerandehälsovårdens finansiering vid tiden för läroanstalternas övertagande av huvudmannaskapet för studerandehälsovården i dess nuvarande form (fr. o. m. 1977-07-01 enligt föreliggande utgångspunkter), förutsatt att landstingskommunen inte är beredd att omedelbart ta över den sjukvårdande verksamheten. Kostnaderna baserar sig på uppgifter från verksamhetsåret 1972/73 (intäkterna för en självbärande och i princip från studerandehälsovården fristående gynekologisk mottagning har dock exkluderats). Den största inkomstkällan är de kollektivt uttaxerade



Figur 11.5 Studerandehälsovårdens utveckling i Uppsala – ett fingerat exempel

avgifterna (27:80 per studerande). Därefter i betydelse kommer ersättning från försäkringskassorna samt sist statsbidraget.

Läroanstalterna antas införa *patientavgifter* för all sjukvårdande verksamhet. Detta kan medföra, förutom merintäkter, en viss minskning av efterfrågan på sjukvård, detta givetvis beroende på patientavgifternas storlek. De nya och fr. o. m. 1975-01-01 gällande reglerna för ersättning vid privatläkarvård antas här inte påverka ersättningens storlek. Däremot medför den minskade efterfrågan på sjukvård, att antalet besök och därigenom också ersättningen minskar. Statsbidraget förutsätts oförändrat. I bild II redovisas denna utveckling, som bl. a. innebär, att den kollektiva studerandeavgiften sjunker.

I bild III visas effekten av de successiva förändringar, som förutsätts komma till stånd genom att landstingskommunen övertar en allt större del av sjukvården. Detta medför minskade kostnader för studerandehälsovård, men också avtagande intäkter för patientavgifter och försäkringskasseersättning. Fortfarande förutsätts dock viss sjukvårdande verksamhet bedrivas inom studerandehälsovården. Den skisserade situationen, som får betecknas som ett mellanläge mellan den nuvarande och den framtida studerandehälsovården, torde tidsmässigt kunna inträffa i slutet av 1970-talet eller i början av 1980-talet.

I bild IV slutligen redovisas hur landstingskommunen övertagit all

sjukvård, varför såväl patientavgifter som ersättning från försäkringskassorna helt bortfallit från den till läroanstalterna anknutna studerandehälsovården. Denna situation torde för alla högskoleorter inte komma att inträffa förrän i början av 1980-talet eller vid dess mitt.

Bilderna II–IV visar hur den del av nuvarande verksamhet – sjukvården – som inte anses vara i överensstämmelse med målsättningen för den framtida studerandehälsovården – successivt överförs till landstingskommunen. Kostnaderna härför finansieras dels genom patientavgifter (12 kr. per besök), dels genom ersättning från försäkringskassan (48 kr. per besök). Dessa totalt 60 kr. skulle enligt vad utredningen funnit täcka kostnaderna för den icke-akuta öppna sjukvård, som landstingskommunen övertar. Kostnaderna för löner (läkare, sjuksköterskor, läkarsekreterare), sociala avgifter och sjukvårdsmateriel uppgick 1972/73 vid studerandehälsovårdsmottagningen i Uppsala till drygt 51 kr. per besök. De 9 kr. (60–51), med vilka inkomsten överstiger personal- och materielkostnaderna, torde enligt utredningens uppfattning väl täcka lokal- och administrationskostnader. Några intäkter för landstinget inom ramen för utomlänsavtalet skulle således icke erfordras enligt detta räkneexempel.

Efter överförandet av sjukvården till landstingskommunen återstår inom studerandehälsovården den verksamhet, som redan i dag är inriktad på social/kurativ rådgivning och medicinsk hälsovård. Med dessa resurser som bas utvecklas studerandehälsovården till en hälsovård av det slag utredningen föreslagit.

Sammanfattningsvis kan således utvecklingen sägas bestå av två delar: dels ett successivt överförande av sjukvården till landstingskommunen, dels en nyorientering av studerandehälsovården mot en på främst förebyggande åtgärder inriktad verksamhet.

Under övergångsperioden förutsätts de studerande vid ett avskaffande av kårobligatoriet bidra till studerandehälsovårdens finansiering genom kollektivt uttaxerade avgifter. I det skisserade fallet avtar de studerandes avgifter gradvis för att i slutskedet helt bortfalla. Förhöjning av ambitionsnivån kan komma att ställa krav på bibehållna kollektiva studerandeavgifter. I vilken utsträckning detta blir fallet i ett längre perspektiv, beror givetvis på om kostnaderna för verksamheten bedöms behöva överstiga den statliga ersättningens omfattning, som dock enligt utredningens direktiv inte får bli högre än vad som följer av nu gällande bidragsregler. Utredningen vill understryka, att en studerandehälsovård svarande mot enbart det nuvarande statsbidragets omfattning måste antas bli av begränsad omfattning. För kårorten Uppsala visar en beräkning att statsbidraget (225 000 kr. i 1972/73 års penningvärde) approximativt skulle täcka kostnaderna för t. ex. 2 kuratorstjänster, 1/2 psykologtjänst samt 15 läkartimmar/vecka. Då har utredningen enbart räknat med personalkostnader och har helt bortsett från alla administrativa kostnader.

Utredningen vill på nytt understryka, att därest kårobligatoriet inte avskaffas, behöver den ovan föreslagna övergångslösningen inte realiseras. I sådant fall kan givetvis, som närmare anges på sid. 196, dess nuvarande organisationsform för studerandehälsovård med bl. a. kårortsnämnder på

vissa universitetsorter bibehållas, till dess förutsättningar föreligger för den offentliga sjukvårdshuvudmannen att helt överta ansvaret för sjukvårdsverksamheten.

Utredningen övergår härefter till att diskutera vissa ytterligare principer för studerandehälsovårdens finansiering.

Patientavgifter inom studerandehälsovården bör endast förekomma för under övergångstiden förekommande sjukvård. Besök och andra insatser för social/kurativ vägledning och medicinsk hälsovård i studerandehälsovårdens regi förutsätts vara kostnadsfria för den enskilde frånsett de kollektiva avgifter, som kan förekomma.

I samband med att läroanstalterna övertar studerandehälsovården kan formerna för det statliga bidragssystemet förändras. Bidrag till de statliga läroanstalterna under en särskild anslagsrubrik för studerandehälsovård bör då givetvis utgå inom ramen för av riksdagen beviljade totalanslag för läroanstalternas verksamhet. Härigenom uppnås den fördelen, att det nuvarande statsbidragets schablonartade utformning upphör. Utredningen vill erinra om att kraftig kritik riktats från studerandeorganisationerna mot det nuvarande bidragssystemets utformning. SFS anförde vid överlämnandet av kårortsnämndernas äskanden för budgetåret 1976/77 (dnr SFS S 413-9/74) bl. a. att "en övergång till ett fast statsbidrag, som åtminstone räknas upp med ett procenttal motsvarande de automatiska kostnadsstegringarna är angelägen, om inte personalens kvalitet och kontinuitet skall försämras". Enligt nuvarande bidragssystem utgår statsbidrag utan hänsyn till olikheter i kårorterna och härigenom till skillnader i behov av studerandehälsovård vid olika läroanstalter. Vid det av utredningen skisserade ersättningssystemet blir statens insatser *behovsrelaterade,* samtidigt som de kan fungera som en stimulans till utbyggnad av en effektiv studerandehälsovård.

Frågan om vilka läroanstalter, som bör anordna studerandehälsovård, beror på de resultat, som kan följa dels på behandlingen av U 68:s förslag, dels på den pågående utredningen om skolhälsovårdens framtida innehåll och huvudmannaskap. Här kan också erinras om att frågan om ett enhetligt statligt huvudmannaskap för all högskoleutbildning får ses i perspektivet av den generella fördelningen av uppgifter mellan stat och kommun. Hittillsvarande frågor är för närvarande föremål för utredning inom bl. a. den kommunalekonomiska utredningen. Studerandehälsovårdsutredningen anser sig därför inte närmare kunna precisera vilka läroanstalter, som bör omfattas av studerandehälsovård. Principiellt anser dock utredningen, att studerandehälsovård bör anordnas vid all högskoleverksamhet, där de studerande inte har tillgång till annan miljörelaterad vård – t. ex. skolhälsovård. I likhet med nuvarande bestämmelser bör det ankomma på Kungl. Maj:t (regeringen) att fastställa vilka läroanstalter, som bör omfattas av studerandehälsovård.

Vid ett förändrat huvudmannaskap för studerandehälsovården är det av praktiska skäl motiverat, att läroanstalterna erbjuder sig att överta kårortsnämndernas innehav av vissa inventarier, sjukvårdsmateriel m. m. Om kårobligatoriet avskaffas, kan det även i vissa fall – åtminstone under en övergångsperiod – bli nödvändigt att överta befintliga lokalresurser.

Den närmare utformningen av övergångslösningarna i dessa avseenden får avgöras efter lokala förhandlingar.

Genom en enkätundersökning under hösten 1974 har utredningen sökt bilda sig en uppfattning om omfattningen av kårortsnämndernas innehav av inventarier, sjukvårdsutrustning och material samt tandvårdsutrustning. Totalt uppgår därvid det av kårortsnämnderna uppskattade nuvärdet av detta innehav, inklusive tandvårdsutrustning, vid denna tidpunkt till mindre än 500 000 kr. Givetvis är det inte möjligt att nu närmare precisera omfattningen av det material läroanstalterna vid den framtida tidpunkten för det förändrade huvudmannaskapet, kan vara i behov av. Särskilda engångskostnader kommer därvid att uppstå, vilka av utredningen inte beräknas överstiga 500 000 kr. i 1974 års penningvärde. Det bör ankomma på tillsynsmyndigheten att begära anslag för nämnda engångskostnader.

Kostnaderna för sjukvårdshuvudmännen vid ett övertagande av den nuvarande studerandehälsovårdens sjukvårdande inslag är svåra att beräkna. Befintlig statistik har inte möjliggjort en uträkning av vårdkostnaderna per läkarbesök inom studerandehälsovården med undantag för kårorten Uppsala, vilka uppgifter redovisats på sid. 204. Enligt vad utredningen inhämtat, uppgick kostnaderna för löner (läkare, sjuksköterskor och läkarsekreterare), sociala avgifter och sjukvårdsmaterial 1972/73 till drygt 51 kr. per besök vid studerandehälsovårdsmottagningen i Uppsala. Av dessa uppgifter är det emellertid ytterst vanskligt att dra några bestämda slutsatser om kostnaderna för sjukvårdshuvudmännen vid en tänkt framtida situation, då motsvarande vård meddelas genom den offentliga sjukvårdsorganisationen.

Uppgifter rörande studerandesjukvårdens omfattning kan emellertid tjäna som en viss vägledning i förevarande sammanhang. Enligt vad utredningen redovisat i avsnitt 3.3.3 uppgick totala antalet läkarbesök inom studerandehälsovården 1972/73 till 40 377. Uppgifter för samtliga kårorter redovisas i tabell 11.5.

Tabell 11.5 Totalt antal läkarbesök inom studerandehälsovården 1971/72 respektive 1972/73

Kårort	Antal läkarbesök 1971/72	Därav för somatisk vård i %	Antal läkarbesök 1972/73	Därav för somatisk vård i %
Lund/Malmö	9 036	79,5	8 344	82,2
Växjö	225	100,0	225	100,0
Göteborg	5 229	75,2	4 818	67,9
Karlstad	0	–	0	–
Örebro	517	89,4	517	85,5
Linköping	1 369	89,3	1 638	–
Stockholm	5 310	66,8	4 730	71,7
Uppsala	19 250	69,9	15 251	65,8
Umeå	4 794	98,5	4 929	98,6
Totalt	45 730	76,0	40 452	75,7

Det kan även vara av intresse att nämna, att antalet verksamma läkare (omräknat i antal heltidstjänster) 1972/73 inom studerandehälsovården uppgick till 13,92, varav 7,85 somatiker och 6,07 psykiater. För ytterligare uppgifter hänvisas till bilaga 2, avsnitt 2–4.

De ovan redovisade uppgifterna torde kunna tjäna som en viss vägledning för sjukvårdshuvudmännen vid en beräkning av kostnaderna för ifrågavarande vård. Utredningen vill härvid särskilt framhålla, att vård vid svårare åkommor och vård, som förutsätter tillgång till omfattande laboratorie- eller specialistresurser, redan idag meddelas genom den offentliga sjukvårdsorganisationen. Generellt kan därför den sjukvård, som meddelas inom studerandehälsovården, hänföras till den kostnadsmässigt billigaste.

Kostnaderna för den framtida till läroanstalterna anknutna studerandehälsovården – inklusive administrationskostnaden – förutsätts enligt utredningens direktiv bli anpassad till nuvarande statsbidrags storlek. Utredningen utgår dock ifrån att omfattningen av denna verksamhet skall prövas i samband med de årliga totala anslagsframställningarna från läroanstalterna och därvid bedömas mot bakgrund av bl. a. behovet av övriga studiesociala och studiemiljöförbättrande åtgärder.

Erforderliga förslag till författningsändringar liksom nödvändiga övergångsbestämmelser och tillämpningsföreskrifter bör utarbetas av UKÄ i samråd med bl. a. socialstyrelsen.

Särskilt yttrande

Av experten *Bertil Magnusson*

Följande särskilda yttranden berör dels ett antal punkter där jag funnit utredningens ställningstagande mindre tillfredsställande, dels några frågeställningar och förhållanden som kan vara av intresse i den fortsatta behandlingen av utredningens förslag.

Allmänt

En jämförelse med förhållandena i vissa andra länder ger vid handen att samhällets satsning på studerandehälsovården i Sverige närmast ter sig uppseendeväckande liten. Olikheterna härvidlag torde snarast få sökas i de olika ländernas syn på den högre utbildningen och de människor som är engagerade i den. Den offentliga öppna sjukvården torde, under alla omständigheter, inte vara så mycket bättre dimensionerad i Sverige att detta kan utgöra en tillfredsställande förklaringsgrund för ovannämnda olikheter.

Studerandehälsovårdens behov och inriktning

Företagshälsovård

Enligt den rekommendation som internationella arbetsorganisationen (ILO) antog 1959 beträffande företagshälsovård, borde sådan inrättas vid alla arbetsplatser. Kostnaderna borde bestridas av arbetsgivaren.

Inom näringslivet, skolan, försvaret och de statliga såväl som de kommunala myndigheterna pågår utbyggnaden av företagshälsovården. Målsättningen är en heltidsanställd läkare samt teknisk, social och administrativ personal för högst 2 000 anställda (eller motsvarande). För mer riskfyllda miljöer bör normalantalet anställda inte överskrida 1 500. I alla de nämnda sammanhangen bekostas företagshälsovården av den som är ansvarig för arbetsplatsen.

Studerandehälsovården bekostas ingalunda helt av den ansvarige för arbetsplatsen – staten. Statens åtagande på detta område byggs inte ut. Statsbidragens höjning budgetåret 1974/75 var på de större kårorterna endast ca 2–4 procent. Höjningen var inte ens tillräcklig för att statsbidraget skulle vara oförändrat efter hänsynstagande till penningvär-

dets fall, än mindre hjälpte den de studerande med deras andel av kostnadsstegringarna. Utredningen har av direktiven hindrats föreslå en ändring innebärande anpassning av reglerna för studerandehälsovårdens finansiering till vad som gäller för övrig företagshälsovård.

I ett avtal från 1966 mellan SAF och LO anges den sociala omvårdnaden av de anställda på en arbetsplats som ett lämpligt område för vidgad företagsdemokrati.

Studerandehälsovården bör enligt min uppfattning ses som en med företagshälsovård jämställd verksamhet, en uppfattning som för övrigt återfinns i förarbetena till prop. 1967:48. Behovet av en verksamhet jämställd med företagshälsovård för de studerande anser jag på ett tillfredsställande sätt har framkommit i utredningens arbete, oaktat utredningen, som tidigare framhållits, på grund av direktiven är förhindrad att framlägga ett förslag som innebär ökade kostnader för staten.

I detta sammanhang bör påpekas den uppenbara diskrepans som råder mellan de resurser som samhället satsar per elev och år inom skolhälsovården – 66 kr. – och studerandehälsovården 11 kr. Enbart kostnaden för det system för registrering av studerande, som bedrivs i AROS-gruppens regi, uppgår till 40 kr. per studerande och år. Som en ytterligare jämförelse kan nämnas att nettokostnaden för den statliga försöksverksamheten med företagshälsovård – exklusive den tekniska delen – är ca 150 kr. per anställd och år. Mot denna bakgrund framträder direktivens kostnadsbegränsning för staten i en egendomlig dager.

Inriktning

I ett avtal mellan SAF och LO från 1967 påpekas vikten av att företagshälsovården bedrivs inom företagens ram, så att ett intimt samarbete med företagets övriga funktioner möjliggörs.

Företagshälsovårdsutredningens betänkande "Företagshälsovård" (SOU 1968:44) framhåller att en till företagshälsovården ansluten sjukvårdsdel kan utnyttjas med ringa förlust av arbetstid och ofta utan dröjsmål. Genom företagsläkarens kontakt med arbetstagarna får han kunskaper om deras allmänna hälsotillstånd och arbetsförhållanden och därigenom underlag för korrekta värderingar av aktuella sjukdomssymptom liksom goda möjligheter till observation och uppföljning vid oklara sådana. Samma behov av inriktning, enligt ovan, gäller enligt min mening för studerandehälsovården.

Vidare delar jag ej den i utredningen framförda åsikten att studerandehälsovården har erhållit en starkt snedvriden inriktning mot somatisk sjukvård jämfört med den *målsättning* som anges i proposition 1967:48 och i socialstyrelsens råd och anvisningar vid ett beaktande av tillgången av offentlig öppen vård på de aktuella kårorterna. En jämförelse ger tvärtom vid handen, att huvudparten av *arbetstiden* för personalen inom studerandehälsovården ägnas åt psykosomatisk och psykiatrisk verksamhet samt förebyggande hälsovård.

Huvudmannaskap och organisation

Läkarverksamheten inom studerandehälsovården föreslår utredningen bli bortkopplad från den övriga studerandehälsovården och överförd till landstingen, där den blir beroende av det intresse som kan väckas hos sjukvårdshuvudmännen trots det administrativa och kanske också fysiska avståndet till målgruppen.

Utredningen har inte kunnat påvisa några välmotiverade skäl för denna förändring. En jämförelse ger vid handen, att kårortsnämnderna – utan att eftersätta vedertagna kvalitetskrav – producerar en avsevärt billigare vård än den motsvarande offentliga öppna sjukvården kan erbjuda.

Skulle trots allt sjukvården, inkluderande även psykosomatik och psykiatri, för de studerande överföras till landstingen, måste förutsättningar skapas för att det medicinska inslaget inom studerandehälsovården skall komma att bli meningsfullt.

Inom utredningen har rått en total enighet om behovet av att till den framtida studerandehälsovården knyta en medicinsk del. Utredningens förslag att huvudmannen – utbildningsmyndigheten – skall köpa dessa tjänster från landstinget kan i förstone synas övertygande. För att de läkare som skall svara för det medicinska inslaget skall kunna fylla sin funktion fordras att de är väl införstådda med de studerandes speciella förhållanden. Detta förutsätter i sin tur att respektive sjukvårdshuvudman låter de läkare som skall svara för det medicinska inslaget även handhar de studerandes sjukvård. Saknas en sådan "öronmärkning" faller också den medicinska expertens möjligheter bort att på ett adekvat sätt fullgöra sina uppgifter inom studerandehälsovården, eftersom det i stor utsträckning förekommer att somatiska åkommor bottnar i personliga problem, ev. med grund i studiesituationen (jmfr. kap. 8 sid. 143 ff.).

Enhetligt studiesocialt huvudmannaskap

Jag kan ej heller finna några vägande skäl som styrker utredningens uppfattning att den sociala kurativa verksamheten bör överföras till utbildningshuvudmannen. En verklig integration mellan den tidigare nämnda somatiska delen av studerandehälsovården och den kurativa delen, så som det idag fungerar, får i sig anses besitta sådana fördelar att en uppdelning sådan som utredningen föreslår inte bör genomföras.

Beröringsytorna mellan studievägledarna och kuratorerna torde trots allt i flertalet fall vara begränsade. Att utredningen delar bedömningen att den föreslagna samordningen för att skapa ett enhetligt serviceutbud (kap. 11 sid. 191) är av begränsat värde visas indirekt av att flera verksamhetsgrenar – t. ex. sjukvården (främst den psykosomatiska och psykiatriska) hos landstingen, studiemedelsfrågorna hos de lokala studiemedelsnämnderna, yrkesvägledningen hos länsarbetsnämnderna m. fl. – inte föreslås överförda till den gemensamma organisationen. Ett resultat som gagnar målgruppen uppnås endast, om berörda personalgrupper inom det studiesociala verksamhetsområdet – i vid bemärkelse – känner

ett behov av och har vilja till samarbete; ingetdera kan grundas på enbart institutionella förhållanden.

Utbildningsanstaltens uttaxering

Utredningen föreslår, i händelse av att kårobligatoriet slopas, att huvudmannaskapet för den sjukvårdande verksamhet, som för närvarande ingår i studerandehälsovården, skall flyttas över på utbildningsanstalterna under en tänkt övergångsperiod. Stora praktiska problem kan härvidlag förväntas uppstå för utbildningsanstalterna vid övertagandet av den obligatoriska uttaxeringen av de studerande. Dessa kollektiva avgifter är absolut *nödvändiga,* om den nuvarande ambitionsnivån för studerandehälsovården ej drastiskt skall sänkas. Förslaget innebär i så måtto en återgång till forna tiders terminsavgifter. Noteras bör, att utredningen inte utesluter behovet av kollektiva avgifter från de studerande även efter övergångsperiodens slut.

Studerandeinflytande

Målsättningen, en effektivt fungerande studerandehälsovård, nås säkrast genom att den aktuella målgruppen – de studerande – behåller sitt inflytande över verksamheten. I betänkandet framhålles vikten av att den sakkunskap som finnes inom studerandegruppen, tas till vara. Utredningens förslag härvidlag, att de studerande skall representeras av företrädare i den lokala studiesociala nämnden i proportion till de övriga fem intressentgrupperna alltefter tillsynsmyndighetens bestämmande, är enligt min mening otillfredsställande. Studeranderepresentationen skulle där sakna den nära kontakt med verksamheten, som är en förutsättning för ett framläggande av väl underbyggda förslag till en för de studerande mer tjänlig verksamhet. I analogi med den utveckling på företagsdemokratins område, som sker i samhället i övrigt, anser jag det vidare välmotiverat, att avnämarna – de studerande – får det avgörande inflytandet över sin företagshälsovård.

Minimiorganisation

Om nuvarande statsbidragsbestämmelser tillämpas i samband med inrättandet av nya kårorter enligt U 68:s förslag, kan resultatet bli, att de studerande endast får tillgång till bråkdelar av heltidstjänster. Utredningen förhindras av direktiven att lägga förslag, som ökar statens kostnader.

För att, redan i ett initialt skede, åstadkomma en till sin omfattning och inriktning tillfredsställande organisation för studerandehälsovården främst på de i utredningen omtalade nya kårorterna, hade det enligt min uppfattning varit önskvärt att utredningen närmare hade behandlat frågan om en önskvärd dimensionering – minimiorganisation – för dessa orter.

Sveriges Förenade Studentkårers (SFS:S) hälsovårdsprogram

SFS har vid fullmäktigesammanträde i maj 1974 fastslagit ett hälsovårdsprogram för de studerande. Programmet finns redovisat i kapitel 3 sid. 65 f. Härutöver kan särskilt nämnas, att SFS i nämnda program tagit fasta på ILO:s ovannämnda rekommendation om företagshälsovård. Noteras bör, att studerandehälsovården har den karaktär som ILO-rekommendationen anger som företagshälsovård samt att ILO anser att företagshälsovården bör vara kostnadsfri för de anställda och bekostas av arbetsgivaren (som ju har ansvaret för arbetsplatsen). Det förslag till dimensionering, som SFS framlagt, grundas på den miniminorm SAF och LO överenskommit om som riktmärke för företagshälsovården – 1 läkare på högst 2 000 anställda.

Kostnaderna per studerande för en sådan organisation – 175 kr. per studerande och år – motsvarar kostnaderna för den statliga försöksverksamheten med företagshälsovård, vilket inte är förvånande, eftersom denna torde grundas på samma SAF-LO-överenskommelse som SFS-förslaget.

Vidare framhålles i programmet, att en väl fungerande studerandehälsovård utan tvekan kommer att öka genomströmningen vid utbildningsanstalterna och därigenom minska kostnaderna för den högre utbildningen för såväl den enskilde som samhället. Jag instämmer till fullo i SFS:s här framförda åsikter.

Motionsverksamhet – förebyggande hälsovård

Kårortsnämnderna har också sedan 1967 beviljats rätt betydande statsbidrag för motionsverksamhet. Studentkårerna har även bidragit med stora summor. Trots att resurserna varit blygsamma jämfört med vad som satsas på många håll utomlands har en stor verksamhet kunnat komma till stånd, dock inte på något sätt jämförbar med skolgymnastiken.

På grund av *direktivens utformning* har utredningen ej kommit att närmare behandla frågan om den framtida motionsverksamheten för de studerande. Denna tillhör den ymniga flora, som omfattas av obligatoriekommitténs verksamhet. Trots detta bör motionens viktiga funktion som förebyggande hälsovård betonas. Detta framgår även av att på många kårorter i dag finns en gemensam centraladministration för hälsovård och motion. Den framtida samordningen är ett problem vars lösning måste anstå tills vidare. Studerandehälsovårdens framtida inriktning och organisation kan enligt mitt förmenande ej ses isolerad från motionsverksamheten. Samhällets stöd till denna verksamhet bör fortsätta och helst ökas.

Bilaga 1 Studerandehälsovårdsutredningens direktiv

Statsrådet Moberg anmäler efter gemensam beredning med statsrådets övriga ledmöter fråga om *utredning rörande studerandehälsovården* och anför.

Fr. o. m. budgetåret 1967/68 utgår statsbidrag för en särskild hälso- och sjukvårdsorganisation med inriktning mot psykiska och psykosomatiska sjukdomar för studerande vid universitet, högskolor m. fl. utbildningsanstalter (prop. 1967:48, SU 1967:96, rskr 1967:220).

Statsbidraget utgår med visst belopp per studerande, vilket för budgetåret 1972/73 utgör 13 kr per studerande intill ett antal av 10 000 och med 8 kr för varje ytterligare studerande. Bidraget beräknas på grundval av antalet studerande under det aktuella budgetåret. Tillsynsmyndighet för verksamheten är socialstyrelsen. Huvudmannaskapet åvilar de studerande genom deras organisationer. Som villkor för statsbidrag gäller att studerandeorganisationerna vid samtliga berörda utbildningsanstalter på studieorten inrättar en gemensam nämnd för den direkta ledningen av studerandehälsovården, en s. k. kårortsnämnd. Sådana nämnder fanns budgetåret 1971/72 inrättade i Göteborg, Karlstad, Linköping, Lund, Stockholm, Umeå, Uppsala, Växjö och Örebro. Socialstyrelsen har utfärdat vissa anvisningar för verksamheten.

Kungl. Maj:t har den 12 december 1971 meddelat särskilda bestämmelser för ersättning från den allmänna försäkringen för den läkarvård som meddelas vid de av studentkårsorganisationerna drivna läkarmottagningarna.

Förslag om höjning av statsbidraget har vid olika tillfällen behandlats i riksdagen. Med anledning av motioner till 1969 års riksdag uttalade statsutskottet i sitt av riksdagen godkända utlåtande (SU 1969:46, rskr 1969:137) att ifrågavarande bidrag var ett schablonbidrag, som inte var avsett att täcka hela eller viss del av kostnaderna för en basorganisation av viss storlek. Då bidragssystemet fastställdes år 1967 hade varken Kungl. Maj:t eller riksdagen tagit ställning till detaljerna i organisationen. Det var de studerandes egen sak att ta ställning till dimensioneringen av de i hälso- och sjukvårdsorganisationen ingående komponenterna.

Sveriges förenade studentkårer har anhållit om en utredning angående studerandehälsovården, dess inriktning, organisation och finansiering, särskilt angående frågan om de studerandes inflytande över verksamheten.

Liknande ansökningar har inkommit dels gemensamt från studentkårerna i Karlstad, Umeå och Uppsala, dels gemensamt från studentkårerna i Örebro och Växjö. I dessa ansökningar har framförts önskemål även om ändrat huvudmannaskap för studerandehälsovården. Över dessa framställningar har yttranden inhämtats från socialstyrelsen, Svenska landstingsförbundet och Sveriges förenade studentkårer.

Socialstyrelsen tillstyrker härvid i sitt yttrande en utredning rörande studerandehälsovårdens framtida inriktning, organisation och finansiering i syfte att man härigenom skall kunna komma tillrätta med de brister som finns i nuvarande system. Därvid bör, anser socialstyrelsen, beaktas möjligheterna till samordning av studerandehälsovården med den offentliga sjukvården och med övriga socialmedicinska och sociala funktioner. Enligt socialstyrelsen ingår frågan om ett eventuellt ändrat huvudmannaskap för studerandehälsovården som ett naturligt led i en sådan utredning.

Svenska landstingsförbundet framhåller att en utredning av studerandehälsovårdens inriktning, organisation och finansiering skulle kunna bidra till ytterligare viktiga klarlägganden från sjukvårdshuvudmännens synpunkt och tillstyrker därför förslaget.

Under år 1971 har socialstyrelsen genomfört en enkät hos kårortsnämnderna beträffande studerandehälsovården. Enligt socialstyrelsen tyder enkätsvaren på att studerandehälsovårdens innehåll varierar på de olika kårorterna, att verksamheten kommit att i alltför hög grad inriktas på somatisk vård, att basorganisationen i de flesta fall inte är tillfredsställande utbyggd, att hälso- och sjukvårdsprogrammet i praktiken inte är så omfattande som förutsatts samt att sättet för kostnadstäckning uppvisar stora variationer.

Den nuvarande organisationen varom statsmakterna fattade beslut vid 1967 års riksdag har nu existerat under så lång period att det kan finnas skäl att värdera erfarenheterna av studerandehälsovården. Det finns också anledning att ånyo pröva motiven för att upprätthålla en särskild organisation för studerandehälsovård. Dessa uppgifter bör anförtros en särskild sakkunnig.

En grundläggande uppgift är, som jag nyss antytt, att analysera om de skäl som år 1967 ledde fram till att en särskild studerandehälsovård behölls, om än i nya former, fortfarande äger giltighet. Statsmakternas ställningstagande grundades vid denna tidpunkt på bl. a. det uttalade intresset från de studerandes organisationer att behålla denna separata organisation. Jag vill i detta sammanhang erinra om att studerandehälsovården är en förmån vilken utöver den allmänna hälso- och sjukvården kommer de studerande till del. En utgångspunkt för den sakkunnige bör vara att endast om starka skäl föreligger en separat organisation för studerandehälsovård kan motiveras.

Om studerandehälsovården inordnas i den allmänna hälso- och sjukvården, är det givetvis nödvändigt att de studerande får möjlighet att utnyttja studieortens sjukvårdsresurser. Erforderliga förslag härför bör utarbetas i nära kontakt med huvudmännen för den allmänna hälso- och sjukvården och kårortsnämnderna. Den sakkunnige bör samtidigt söka

kartlägga och lämna förslag till lösning av de övergångsproblem som kan tänkas uppstå i samband med ett inordnande.

Om den sakkunnige finner att en särskild organisation för studerandehälsovården fortfarande bör finnas, har han att pröva vilka ändringar som bör göras. En förutsättning bör därvid vara att statens kostnader för en sådan särskild organisation inte blir högre än vad som följer av nu gällande bidragsregler. En särskild fråga som bör tas upp till prövning i samband med detta alternativ är om samverkan med hälsovården för personalen vid de berörda statliga läroanstalterna kan ske.

Den sakkunnige bör beakta det arbete som pågår inom och de resultat som kan följa av kårobligatorieutredningen.

Bilaga 2 Åren 1971 och 1973 genomförda undersökningar angående studerandehälsovård

Inledning

1971 genomförde socialstyrelsen en enkätundersökning för att söka skaffa sig en så klar bild som möjligt av hur studerandehälsovården byggts ut och fungerade på de olika kårorterna. Studerandehälsovårdsutredningen följde upp denna med en ny enkätundersökning 1973.

I föreliggande bilaga redovisas en sammanfattning av resultaten av de båda enkäterna med tyngdpunkt på jämförelser av frågeställningar som förekommer i båda enkäterna. Genom enkätundersökningarna har utvecklingen följts under perioden 1969/70–1972/73.

Enkätresultaten sammanfattas också i en rad tabeller som kommenteras i följande avsnitt; studerandeantal (tabell 1.1–3), besöksfrekvens (2.1–3), diagnoser (3), personalorganisation (4), väntetider (5), remisser och intyg (6), finansiering (11, diagram 11), samt kårortsnämndernas sammansättning (12).

1. *Studerandeantal, hemortstillhörighet och besökare*
Fördelning på landstingskommuner (tabell 1.1–3)

Som framgår av tabell 1.1 omfattade studerandehälsovården 1969/70 ca 131 000 studerande. 1972/73 hade siffran stigit till ca 141 000. I dessa studerandesiffror ingick ca 3 000 respektive 3 500 studerande, som inte kunde medräknas i underlaget för statsbidrag enligt kungl. regleringsbrev 1967-06-30. Som exempel på sådana kan nämnas de studerande vid odontologiska föreningen, Stockholms läns landstings laborantskola, teckningslärarinstitutet, konstfack, Stockholms teologiska institut, sjöbefälsskolan, statens brandskola, statens musikdramatiska skola (samtliga Stockholm) samt fritidspedagogerna vid Polhemsskolan i Lund.

I 1971 års enkät ställdes frågor om de studerandes hemortstillhörighet respektive fördelning på landsting bland besökare till studerandehälsovården. Såsom framgår av tabell 1.2 och 1.3 är genomsnittligt knappt hälften av de studerande bosatta och skrivna inom en annan landstingskommun än kårortens. Markanta avvikelser från riksgenomsnittet noteras i Stockholm, Karlstad och Uppsala. I Stockholm och Karlstad har 78,2 % respektive 70,4 % av de studerande kårortslandstinget som hemortstill-

Tabell 1.1 Totala antalet studerande som omfattas av studerandehälsovård. I förekommande fall anges inom parentes det antal studerande, som replierar på studerandehälsovården men som enligt enkätsvaren därvid ej är statsbidragsberättigade.

Kårort	1969/70		1970/71		1971/72		1972/73		Studerandeantal vt 73 enl. enkät till univ. o. högskol.
Lund/Malmö	23 022	(48)	23 510	(63)	24 252	(62)	22 141	(66)	22 271
Växjö	1 658		1 818		1 884		1 836		1 709
Göteborg	23 485	(138)	24 883	(144)	25 109		24 400		20 345
Karlstad	1 650		2 050		2 204		2 135		2 024
Örebro	2 850	(689)	3 556	(793)	3 705	(200)	3 801	(200)	3 371
Linköping	3 270		3 886		4 700		5 190		5 434
Stockholm	41 000	(2 300)	44 000	(2 900)	43 100	(2 300)	47 200	(3 300)	44 300
Uppsala	23 500		25 360		23 000		22 300		19 902
Umeå	8 130		8 708	(25)	9 500		9 000		6 283
Totalt	131 740		141 696		140 016		141 569		125 639

Tabell 1.2 Hemortstillhörighet för studerande 1970/71[a]

Kårort	Antal stud. totalt för vilka hemortstillhörighet angivits	Därav bosatta i kårortens landstingskommun (motsv.)	%	Inom annan landstingskommun (motsv.)	%
Lund/Malmö	20 591	11 021	53,5	9 570	46,5
Växjö	1 889	801	42,4	1 088	57,6
Göteborg	26 058	12 336	47,3	13 722	52,7
Örebro	2 722	1 290	47,4	1 432	52,6
Karlstad	1 852	1 303	70,4	549	29,6
Linköping	3 890	1 749	45,0	2 141	55,0
Stockholm	44 534	34 825	78,2	9 709	21,8
Uppsala	22 336	6 374	28,5	15 962	71,5
Umeå	8 887	3 926	44,2	4 961	55,8
Totalt	132 759	73 625	55,5	59 134	44,5

[a] Uppgifterna – som är ungefärliga – avser antal studerande som uppgivit hemortstillhörighet. Siffrorna är därför ej jämförbara med uppgifterna i tabell 1.1.

hörighet medan ungefär det motsatta förhållandet råder i Uppsala, där 71,5 % av de studerande kommer från annan landstingskommun än kårortens.

Motsvarande fråga ställdes inte i 1973 års enkät, då det inte fanns anledning förmoda att några större förskjutningar i dessa relationstal ägt rum.

3. *Besöksfrekvens (tabell 2.1–3)*

Av tabell 2.1 framgår den årliga besöksfrekvensen hos läkare vid studerandehälsovårdsmottagningarna och dess utveckling. Enkätsvaren ger vid handen att besöksfrekvensen varierar kraftigt från kårort till kårort samt

Tabell 1.3 Hemortstillhörighet för studerande 1970/71. Det antal studerande som har hemort inom samma landsting som kårorten har kursiverats.

Hemorts-landst. (motsv.)	Kårort									Totalt antal studenter som studerar utanför hemlandstinget
	Lund/ Malmö	Växjö	Göte-borg	Örebro	Karl-stad	Lin-köping	Sthlm	Upp-sala	Umeå	
A + B	769	23	768	110	48	233	*34 825*	2 270	348	4 569
C	69	4	137	26	10	39	601	*6 374*	50	936
D	94	5	192	217	14	194	926	991	31	2 664
E	520	12	672	100	8	*1 749*	771	925	63	3 071
F	877	319	1 329	31	5	194	278	244	37	3 314
G	732	*801*	272	12	–	78	124	63	21	1 302
H	821	268	355	20	3	272	264	294	33	2 330
I	66	4	36	10	–	78	130	160	17	501
K	858	188	132	12	–	39	139	52	22	1 442
L	1 932	70	175	5	1	39	155	109	41	2 527
M	*8 513*	44	318	29	5	78	386	198	99	1 268
M kommun	*2 508*		107		–			4		
N	708	40	1 170	9	1	39	110	60	18	2 155
O	714	23	*4 349*	33	63	78	359	176	86	1 542
O kommun			*7 987*					10		
P	382	40	3 199	36	97	78	196	248	58	4 334
R	242	21	1 699	97	68	78	241	315	25	2 786
S	142	2	1 068	107	*1 303*	78	424	640	56	2 517
T	137	5	548	*1 290*	90	117	460	808	59	2 224
U	70	4	299	256	47	117	849	1 703	71	3 416
W	70	2	313	177	51	78	701	1 504	93	2 989
X	64	3	174	60	8	39	683	1 888	161	3 080
Y	90	2	270	22	7	39	733	1 237	1 446	3 846
Z	49	4	103	38	16	39	315	571	355	1 490
AC	59	3	166	10	5	78	397	521	*3 926*	1 239
BD	105	2	220	15	2	39	467	971	1 771	3 592

Tabell 2.1 Antalet läkarbesök vid studerandehälsovårdens mottagningar[a] 1969/70–1972/73.

Kårort	1969/70		1970/71		1971/72		1972/73	
	Tot.	Per stud.	Tot.	Per stud.	Tot.	Per stud.	Tot.	Per stud.
Lund/Malmö	7 779	0,34	8 591	0,36	9 036	0,37	8 344	0,38
Växjö	0	–	218[b]	0,12	225	0,12	225	0,12
Göteborg	5 554	0,24	5 637	0,23	5 229	0,21	4 818	0,20
Karlstad	0	–	0	–	0	–	0	–
Örebro	966	0,27	795	0,18	517	0,13	517	0,13
Linköping	1 153	0,35	757	0,19	1 369	0,29	1 638[c]	0,32
Stockholm	3 800	0,09	4 300	0,09	5 310	0,12	4 730	0,09
Uppsala	16 207	0,69	23 171	0,91	19 250	0,84	15 251	0,68
Umeå	4 685	0,58	6 008	0,69	4 794	0,50	4 929	0,55
Totalt	40 144	0,30	49 477	0,35	45 730	0,33	40 452	0,29

[a] Exklusive gynekolog.
[b] Avser 1970-11-01 – – 1971-06-01.
[c] Psykiatri fr. o. m. vt 1973.

Tabell 2.2 Antalet besök hos läkare för somatisk (s) respektive psykiatrisk (p) vård 1969/70–1972/73.

Kårort	1969/70			1970/71			1971/72			1972/73		
	(s)	(p)	(p) i % av (s) + (p)	(s)	(p)	(p) i % av (s) + (p)	(s)	(p)	(p) i % av (s) + (p)	(s)	(p)	(p) i % av (s) + (p)
Lund/Malmö	6 196	1 583	20,3	7 176	1 415	16,5	7 187	1 849	20,5	6 855	1 489	17,8
Växjö[a]	–	0	–	218[b]	0	0,0	225	0	0,0	225	0	0,0
Göteborg	3 721	1 833	33,0	4 113	1 524	27,0	3 934	1 295	24,8	3 273	1 545	32,1
Karlstad	0	0	–	0	0	–	0	0	–	0	0	–
Örebro	873	93	9,6	637	158	19,9	462	55	10,6	442	75	14,5
Linköping	1 050	103	8,9	503	254	33,6	1 223	146	10,7	1 550	88[c]	–
Stockholm	1 900	1 900	50,0	2 900	1 400	32,6	3 548	1 762[d]	33,2	3 392	1 338[e]	28,3
Uppsala	11 472	4 735	29,2	17 186	5 985	25,8	13 450	5 800	30,1	10 032	5 219	34,2
Umeå	4 116	569	12,1	5 217	791	13,2	4 724	70	1,5	4 860	69	1,4
Totalt	29 328	10 816	26,9	37 950	11 527	23,3	34 753	10 977	24,0	30 629	9 823	24,3

[a] Ca 40 % av somatikerbesöken avser gynekologi inkl. preventivmedel.
[b] Avser 1970-11-01 – – 1971-06-01.
[c] Avser vt 1973.
[d] Förutom traditionell mottagning redovisas 900 besök i gruppterapi.
[e] Förutom traditionell mottagning redovisas 600 besök i gruppterapi.

att en viss nedgång i besöksfrekvensen per studerande ägt rum mellan 1970/71 och 1972/73 – från 0,30 till 0,29 besök per studerande och år som riksmedeltal.

I Uppsala, som har den högsta besöksfrekvensen per studerande, redovisas 0,91 och 0,68 besök per studerande 1970/71 respektive 1972/73 medan motsvarande siffror för Stockholm var 0,09 besök.

Redan på grundval av resultatet av 1971 års enkät ansåg socialstyrelsen sig kunna konstatera, att studerandehälsovården fått en huvudsakligen somatisk inriktning. Tabell 2.2 visar att någon större förändring därvidlag icke ägt rum enligt 1973 års enkät. Av läkarbesöken skedde i genomsnitt tre av fyra för erhållande av somatisk vård. Självfallet är inte vården så ensidigt inriktad som förhållandet 3:1 antyder. Hänsyn måste tas till att besöken hos läkare för behandling av kroppslig sjukdom i regel tar betydligt kortare tid i anspråk än besöken för behandling av psykiatrisk sjukdom. Studerandehälsovårdens läkare kommer därigenom i verkligheten att ägna mer tid åt psykiatriska sjukdomar än som relationstalet ovan anger. Vidare bör noteras att patienter ofta söker för kroppslig åkomma ovetande om att besvären i själva verket har en psykisk bakgrund.

1973 års enkät innehöll en mer detaljerad redovisning av besökens fördelning vid studerandehälsovården än 1971 års enkät. I tabell 2.3 redovisas besöksstatistik för gynekolog, kurator, psykolog, sjuksköterska samt tandläkare. Tandläkarverksamheten ingår dock inte i den av statsmakterna understödda studerandehälsovården. Kraftiga variationer redovisas även här mellan kårorterna. Särskild gynekologmottagning finns i Lund, Stockholm, Linköping och Uppsala. Tandläkarverksamheten omfattade 13 756 besök 1972/73 vid kårorterna Lund, Göteborg, Växjö, Stockholm och Umeå. Kuratorsverksamheten synes ha fått en relativt sett mer framträdande roll vid de mindre kårorterna än vid de större.

Tabell 2.3 Vissa andra besök exklusive läkarbesök för somatisk respektive psykiatrisk vård.

Kårort	Gynekolog		Kurator		Psykolog		Tandläkare		Sjuksköterska	
	71/72	72/73	71/72	72/73	71/72	72/73	71/72	72/73	71/72	72/73
Lund/Malmö	921	800	–	–	–	–	2 078	2 558	–	–
Växjö	–[a]	–	283	291	–	–	1 500	1 500	–	–
Göteborg	–	–	1 837	1 518	–	–	1 504	1 450	669[b]	457[b]
Karlstad	–	–	240	320	–	–	–	–	134	143
Örebro	–	–	320	736	–	–	–	–	573	653
Linköping	–	239	518	681	–	–	–	–	–	–
Stockholm	240	270	1 045	1 818	240	260	1 807	1 813	380	420
Uppsala	1 300	1 221	540	449	775	510	–	–	2 200	1 606
Umeå	–	–	652	640	–	–	7 340	6 435	1 108	876
Totalt	2 461	2 530	5 435	6 453	1 015	770	14 229	13 756	5 064	4 155

[a] Ca 40 % av somatikerbesöken avser gynekologi inkl. preventivmedel.
[b] Avser endast injektionsbehandling.

3. *Diagnoser (tabell 3)*

Genom 1973 års undersökning analyserades även diagnoserna vid nybesök, för att därigenom bl. a. söka klargöra i vilken utsträckning läkarbesöken föranleds av studiesituationen. Den diagnoslista som användes var identisk med den lista som är upptagen i socialstyelsens "Råd och anvisningar för studerandehälsovård" (RoA) och som återfinns i kårortsnämndernas årsberättelser. Denna diagnoslista, som upptar sammanlagt 43 diagnoser, har i tabell 3 brutits ned till 20 diagnosgrupper (här har endast 13 varit aktuella) för att få överensstämmelse med socialstyrelsens klassifikation av diagnoser i öppen vård. En redovisning för denna nedbrytning redovisas i det följande.

Nedbrytning av diagnoser för socialstyrelsen RoA till diagnosgrupper enligt socialstyrelsens klassifikation för öppen vård:

Diagnosgrupp enligt socialstyrelsens klassifikation		Diagnos enligt RoA2
I	Infektionssjukdomar	Diverse infektioner
II	Tumörer	
III	Endokrina sjukdomar	Diabetes, ämnesomsättningsrubbningar, övrigt
IV	Blodsjukdomar	Blodsjukdomar
V	Mentala rubbningar	Schizofrenia, psychosis affectiva, paranoia, psychosis reactiva paranoides acuta, neurosis angoris, neurosis hysterica, neurosis obsessive-compulsiva, neurosis neurotodepressiva, neurosis depressiva, neurosis neurasthenia, neurosis vegetativa schizophreniformis, persona pathologica, anomaliae sexuales, alcoholismus (alt abusus ethylicus), narcomania abusus medicamentorum (alt abusus spec. drog), morbi psychomatici, systematis gastro-intestinalis (anorexia nervosa), perturbationes mentis per morbum infectionis, perturbationes mentis per laesionem cerebri, depressio mentis post partum (alt post abortum), epilepsia, laesio somni, cephalalgia NUD, studieproblem, sexualproblem, etiska problem (alt religiösa), sexuell upplysning.
VI A	Nervsystemets sjukdomar	Nerver och sinnesorgan
B	Ögonsjukdomar	
C	Öronsjukdomar	
VII	Cirkulationsorganens sjukdomar	Hjärta och kärl
VIII	Respirationsorganens sjukdomar	Luftvägsinfektioner, astma, allergi, övrigt
IX	Digestionsorganens sjukdomar	Digestion
X A	Urinorganens sjukdomar	Urinvägar
B	Bröstkörtelns och genitalias sjukdomar	Gyn m. m.
XI	Graviditet och puerperium	
XII	Hudsjukdomar	Hud

Diagnosgrupp enligt socialstyrelsens klassifikation		Diagnos enligt RoA2
XIII	Muskuloskeletala systemets sjukdomar m. m.	Rörelseorgan
XIV	Medfödda missbildningar	
XVII	Skador	Skador
Y	Fall utan aktuell sjukdom	
	Uppgift saknas	Övrigt

Föreliggande uppgifter tyder på att studerandehälsovården i mycket stor utsträckning är somatiskt inriktad. (Tabell 3.).

4. *Personalorganisation (tabell 4)*

Omfattningen av personalresurserna för studerandehälsovården 1971 respektive 1973 redovisas i tabell 4. Allmänt kan sägas, att en differentierad verksamhet bedrivs vid de större kårorterna samt att en satsning på främst kuratorssidan ägt rum vid de mindre kårorterna även om viss tillgång till psykiater- och somatikervård finns genom studerandehälsovårdens försorg. Några större förändringar har inte ägt rum mellan 1971 och 1973.

5. *Väntetider (tabell 5)*

1973 ställdes frågan om ungefärlig väntetid för olika besök vid studerandehälsovården, och utfallet redovisas i tabell 5. Väntetiden är kortast för läkarbesök för somatisk vård, vanligen 3–12 dagar, och längre för besök

Tabell 5 Ungefärliga väntetider för besök vid studerandehälsovårdsorganisationen i dagar vid terminens mitt.

Kårort	Läkare						Kurator	
	Psykiater		Somatiker		Gynekolog			
	71/72	72/73	71/72	72/73	71/72	72/73	71/72	72/73
Lund/Malmö	20–30	30	7	7	20	30	–	–
Växjö	3	3	3	3	4	4	–	–
Göteborg	14	–	7	–	–	–	–	–
Karlstad	90	60	30	30	–	–	0–2	0–2
Örebro	7–14[a]	7–14[a]	2–10	2–10	–	–	0	0
Linköping	7	7	7–10	7–10	7–10	7–10	0	0
Stockholm	9	8	7	7	–	–	0	0
Uppsala	7–10	7–10	7–8	7–8	45	45	7–10	7–10
Umeå	–	–	6–7	3–4	–	–	0	0

[a] Ett mottagningstillfälle per vecka.

Tabell 3 Antal diagnoser fördelat på diagnosgrupper vid besök 1971/72 och 1972/73.

Diagnosgrupp		Kårort															
		Lund/Malmö		Göteborg		Örebro		Linköping		Stockholm		Uppsala		Umeå		Totalt	
		71/72	72/73	71/72	72/73	71/72	72/73	71/72	72/73	71/72	72/73	71/72	72/73	71/72	72/73	71/72	72/73
I	Infektionssjukd.	250	309	98	130	10	8	1	1	103	156	336	520	272	283	1 070	1 407
III	Endokrina sjukd.	49	31	13	9	4	2	1	–	78	51	147	147	6	3	298	243
IV	Blodsjukdomar	141	57	23	–	2	–	15	1	37	28	144	256	84	60	446	402
V	Mentala rubbningar	734	568	314	303	240	124	15	254	839	885	1 014	1 177	409	350	3 565	3 661
VI A	Nervsystemets sjukd.	223	226	242	234	25	20	43	53	115	178	684	728	59	176	1 391	1 615
VII	Cirk.org. sjukd.	62	53	56	68	6	8	15	19	70	72	178	241	44	45	431	506
VIII	Resporg. sjukd.	694	635	529	456	70	58	101	161	500	379	1 761	1 861	439	388	4 094	3 938
IX	Digest.org. sjukd.	271	287	164	125	40	28	87	106	119	142	823	978	167	153	1 671	1 819
X A	Urinorg. sjukd.	414	355	318	107	52	30	280 }	160	636	550	1 061	1 913	191	172	4 363 }	4 560 }
X B	Grav. o. puerperium	305	295	78	51	41	40		240	92	41	740	468	155	138		
XII	Hudsjukdomar	334	285	472	444	71	45	106	143	344	348	1 199	1 413	233	269	2 759	2 947
XIII	Muskulo. syst.sjukd.	369	350	118	113	41	38	63	118	174	248	728	827	226	187	1 719	1 881
XVII	Skador	102	86	91	78	10	12	2	2	220	146	231	218	95	117	751	659
Y	Övrigt			278	295			110	131	600	474	250	280	946	704	2 184	1 884

hos psykiater, vanligen 7–20 dagar. I offentlig sjukvård uppgår motsvarande väntetid enligt kårortsnämnderna till mellan 1 och 4 månader. En närmare precisering av dessa väntetider lämnas i bilagans avsnitt 8.

6. *Remisser och intyg (tabell 6)*

I tabell 6. redovisas antalet utfärdade remisser och intyg från studerandehälsovårdsläkarna (motsvarande) till offentlig sluten och öppen sjukvård samt antalet utfärdade intyg till läroanstalt, studiemedelsnämnd etc som berör studier. I båda fallen är materialet alltför bristfälligt för att några bestämda slutsatser skall kunna dras. I svaren till båda enkäterna har angivits att härutöver tillkommer givetvis informella kontakter med läroanstalt (studievägledare), studiemedelsnämnd m. m. Initiativet till dessa kontakter uppges vanligen tas av personal inom studerandehälsovårdsorganisationerna. Kontakterna är genomgående goda men i Örebro försvåras enligt inlämnade uppgifter kontakten med studiemedelsnämnden, då denna är förlagd till Linköping.

7. *Skärmbildsundersökning*

Obligatorisk skärmbildsundersökning förekommer som intagningskrav vid vissa utbildningsanstalter (lärarhögskola, GIH, vårdyrkesskola m. m.). Därutöver förekommer obligatorisk skärmbildsundersökning för medicinare, odontologer och utländska studerande i Göteborg samt för dem som söker studentbostad i Linköping. På övriga kårorter förekommer motsvarande skärmbildsundersökning av medicine och odontologie studerande inom ramen för kursverksamheten vid respektive undervisningssjukhus. I övrigt förekommer ingen obligatorisk skärmbildsundersökning i studerandehälsovårdens regi.

8. *Tillgång till icke akut öppen sjukvård i offentlig regi*

Enkätsvaren ger vid handen att tillgången till icke akut öppen sjukvård i offentlig regi varierar kraftigt från kårort till kårort. Påtagliga svårigheter föreligger dock på flera kårorter, särskilt vad avser psykiatrisk vård, att nå läkare inom offentlig sjukvård. Någon korrelation mellan hemortstillhörighet och tillgång till icke akut öppen sjukvård i offentlig regi föreligger icke. I motsats till vad som skulle kunna förväntas har t. ex. studerande vid den kårort som har den högsta andelen utomlänsstuderande, nämligen Uppsala, relativt goda möjligheter att nå den offentliga öppna sjukvården. I det följande kommer svaren från de olika kårortsnämnderna under denna punkt att redovisas.

I Lund uppges den offentliga öppna sjukvården vara underdimensionerad och väntetiden för besök hos läkare för somatisk behandling uppgår till 3–4 månader. För besök hos psykiater hänvisas de studerande

Tabell 4 Personalorganisation 1971/72 respektive 1972/73. Siffrorna anger genomsnittliga antalet tjänster, omräknade till heltid under respektive verksamhetsår.

Kårort	Läkare				Sköterska		Kurator		Hänvisn.läk.[a]		Psykolog		Sekreterare		Tandvård	
	Somatiker		Psykiater												Tand-läkare	Tand-sköt.
	1971	1973	1971	1973	1971	1973	1971	1973	1971	1973	1971	1973	1971	1973	1973	1973
Lund/Malmö	2,15	2,15	1,80	1,15	3,40	3,55	3,70	3,00	–	–	0,10	0,10	1,00	1,00	4	4
Växjö	–	–	2[b]	–	–	–	0,50	0,50	–	–	–	–	–	–	1	1
Göteborg	1,15	1,05	1	1,50	2,00	2	2	1,50	–	–	–	–	2	1,50	2,50[c]	3[c]
Karlstad	–	0,05	–	–[d]	0,10	0,10	0,15	0,50	1	–	0,10	–	–	–	–	–
Örebro	0,20	0,10	0,15	0,15	0,35	0,50	1	1	–	–	–	–	0,10	0,25	–	–
Linköping	0,20	0,30	0,10	0,12	0,50	0,50	0,75	0,75	–	–	–	0,05	0,50	0,50	–	–
Stockholm	1	1	1	1	2	2	2	3	1	1	0,20	0,40	1	1	3	4
Uppsala	2	2,20	2	2,10	2	3	1	1,50	–	–	0,40	0,20	2,50	2,50	–	–
Umeå	1	1	0,90	0,05	1,50	1,50	0,75	0,75	–	–	–	–	1	0,50	2	1,50

[a] Avser antalet läkare, ej antalet heltidstjänster.
[b] Muntligt avtal med S:t Sigfrids sjukhus avseende psykiatrisk vård.
[c] Verksamheten upphörde 1973-07-01.
[d] Muntligt avtal med centralsjukhuset i Karlstad avseende psykiatrisk vård.

Tabell 6 Antal intyg rörande studier samt antal utfärdade remisser till offentlig sluten eller öppen sjukvård.

Kårort	Antal intyg ställda till								Antal remisser till offentlig sluten el. öppen sjukvård	
	Studiemedelsnämnd		Universitetsinstitution		Utbildningsnämnd		Övriga organisationer el. myndigh.			
	71/72	72/73	71/72	72/73	71/72	72/73	71/72	72/73	71/72	72/73
Lund/Malmö	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Växjö	–	–	–	–	–	–	–	–	18	20
Göteborg	–	–	–	–	–	–	–	–	674	338
Karlstad	16	63	–	–	–	–	2	6	16[a]	20[a]
Örebro	2	1	41	36	8	6	2	2	40	35
Linköping	15	20	4	9	0	3	4	8	35	50
Stockholm	13	14	86	38	–	–	238	210	118	53
Uppsala	200	–	110	–	–	–	995	–	2 400[b]	800[c]
Umeå	4	5	–	–	–	–	6	4	294	275

[a] Avser kuratorsremisser och hänvisning till psyk.klinik.
[b] Endast psykosom.
[c] Endast psyk. + kur.

i regel till en enhet för akut psykiatrisk öppen vård eller till hemlandsting.

I Växjö är väntetiden för besök för somatisk öppen vård vanligen några veckor medan besök hos psykiater kan genomföras på tre dagar vid remiss från kurator; i annat fall uppgår väntetiden till flera månader.

I Göteborg varierar väntetiden för besök för somatisk öppen vård mellan 1 och 16 veckor, medan väntetiden för besök hos psykiater uppgår till mellan 3 veckor och en månad.

I Karlstad är väntetiden 30 dagar för somatisk öppen sjukvård och 60 dagar för besök hos psykiater.

I Örebro har de studerande möjlighet att besöka alla offentliga mottagningar, även om de icke är mantalsskrivna i Örebro län, varvid väntetiden för besök för somatisk vård uppgår till 1–3 veckor.

I Linköping uppges anmärkningsvärt nog att de studerande inte har tillgång till icke akut öppen vård i offentlig regi.

I Stockholm kan inte redovisas någon genomsnittlig väntetid. Denna kan variera alltifrån 1 månad till 2 år beroende på sjukhus och sjukdomstyp.

I Uppsala är tillgången till öppen sjukvård i princip fri.

I Umeå slutligen har alla studerande möjlighet att besöka distriktsläkare eller akutmottagning med en genomsnittlig väntetid på ca 2–3 veckor. För besök hos psykiater är väntetiden ca 3 månader.

9. *Hälsovårdande/förebyggande verksamhet*

Organiserad motionsverksamhet finns vid samtliga kårorter. Motionsverksamhetens organisatoriska uppbyggnad varierar och ett relativt rikt motionsprogram med många aktiviteter bjuds de studerande.

Hälsovårdande och förebyggande verksamhet härutöver förekommer

dock endast i ringa omfattning. Vanligen tar den sig formen av information i studenttidningar om t. ex. kost och motion, om alkohol och narkotika samt med uppmaning till vissa riskgrupper att låta skärmbildsundersöka sig. I Stockholm drivs dock en s. k. motionspoliklinik. Denna omfattar konditionstest, genomgång av kostvanor samt läkarbesök. 500 besök noterades vid motionspolikliniken 1971/72 och 630 1972/73.

10. *Kontakter med landstingen*

Kontakterna med landstingen fungerar bra på vissa kårorter, mindre bra på andra. I Lund, Växjö, Linköping och Uppsala uppges kontakterna vara tillfredsställande. I Stockholm och Umeå uppges att respektive landsting visat ringa intresse för studerandehälsovården. I Örebro uppgav man sig i enkäten 1971 vara mycket nöjd med samarbetet medan i enkäten 1973 anfördes att kontakterna försämrats.

Landstingskontakterna är huvudsakligen av informell natur. Endast i Växjö, Örebro och Linköping förekommer landstingsrepresentation i kårortsnämnderna.

11. *Finansiering (tabell 11, diagram 11)*

Finansieringen av studerandehälsovården sker genom statsbidrag, bidrag från försäkringskassor för läkarvård, studerandebidrag (kollektivt och ibland även genom patientavgifter) samt, på vissa kårorter, bidrag från respektive landsting. Kostnaderna för studerandehälsovården uppgick 1972/73 till ca 4,4 miljoner kr. Kostnadsutvecklingen och kostnadernas fördelning framgår av tabell 11 och diagram 11. Statsbidrag utgick 1969/70 med 10 kr. per studerande för varje studerande upp till 10 000 och 6 kr. för varje studerande därutöver. 1972/73 utgick statsbidrag med 13 + 8 kr. Totalt har statsbidraget ökat från 929 700 1969/70 till 1 397 100 kr. 1972/73.

Återbäring från försäkringskassorna utgår enligt läkarvårdstaxan som ersättning för varje läkarbesök inom studerandehälsovården. 1972/73 uppgick denna återbäring till drygt 1 miljon kr.

De studerandes bidrag till verksamheten sker främst genom kollektiv uttaxering via kåravgifter. Studerandenas andel av finansieringen har stigit kraftigt under perioden 1969/70–1972/73; från 866 854 kr. till 1 676 338 kr. Mycket kraftiga variationer förekommer – alltifrån några kronor till nästan 30 kr. per studerande och år. Genomsnittligt bidrog de studerande kollektivt med 11,85 kr. per capita verksamhetsåret 1972/73.

På några kårorter förekommer patientavgifter vid studerandehälsovårdsmottagningarna. Dessa intäkter uppgick 1972/73 till 162 820 kr.

Bland intäkterna 1972/73 anges 188 800 kr. såsom Diverse bidrag. Här rör det sig genomgående om landstingsbidrag. Särskilt intressant att notera är att kårortsnämnden i Linköping erhåller ett landstingsbidrag (68 000 kr.) som är större än både statsbidraget och den kollektiva uttaxeringen.

Tabell 11 Finansiering av studerandehälsovården.

Kårort	Statsbidrag		Kollektiv uttaxering				Återbäring från försäkringskassa	Patientavgifter Totalt	Div. bidrag
			Totalt		Per stud.				
	69/70	72/73	69/70	72/73	69/70	72/73	72/73	72/73	72/73
Lund/Malmö	176 100	226 800	278 180	444 524	12,05	20,00	261 705	48 880[a]	62 800
Växjö	14 000	25 000	34 074	40 000	20,55	21,80	0	–	17 000
Göteborg	154 600	245 200	92 200	187 200	3,90	7,70	120 210	41 500	2 000
Karlstad	–	23 500	–	6 000	–	2,80	–	–	–
Örebro	22 000	49 000	6 500	50 000	1,85	12,50	12 510	2 210	20 000
Linköping	26 000	67 600	29 700	56 114	9,10	10,80	36 020	–	68 000
Stockholm	289 000	418 000	35 200	121 500	0,80	2,40	115 000	39 000	19 000
Uppsala	181 000	225 000	391 000	620 000	16,65	27,80	365 000	31 230[b]	–
Umeå	67 000	117 000	–	151 000	–	16,80	104 319	–	–
Totalt	929 700	1 397 100	866 854	1 676 338	6,60	11,85	1 014 764	162 820	188 800

[a] Patientavgift 10:– per besök fr. o. m. 1973-01-01.
[b] Endast födelsekontrollmottagning.

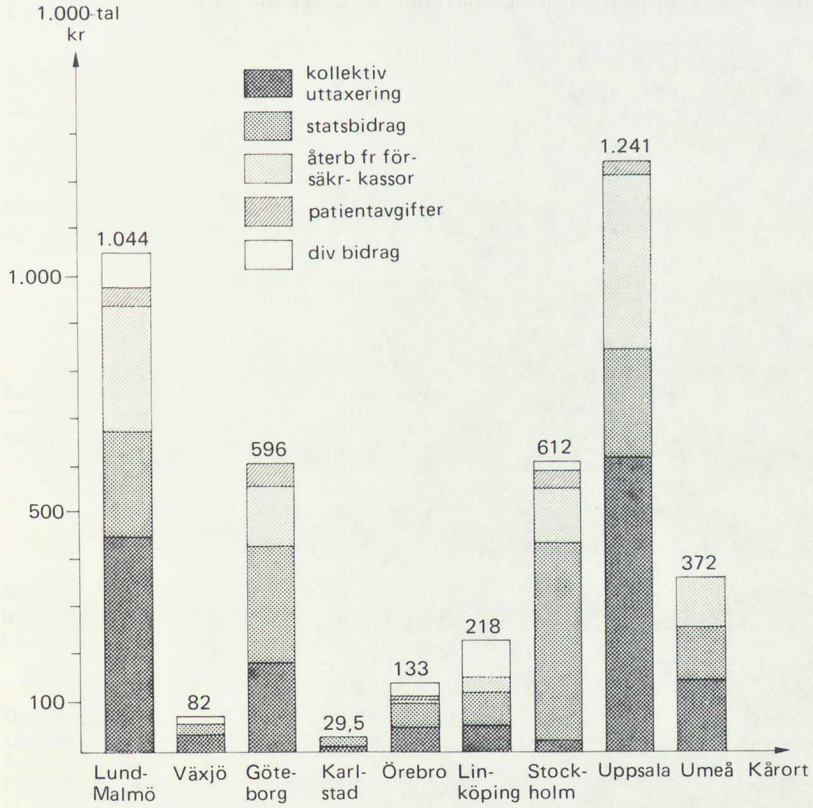


Diagram 11. Studerandehälsovårdens finansiering 1972/73

12. *Sammansättning av kårortsnämnderna (tabell 12)*

Kårortsnämndernas sammansättning framgår av tabell 12.

Tabell 12 Sammansättning av kårortsnämnderna.

Kårort	Studerande-representanter	Läroanstalts-representanter	Personal-representanter	Landstings-representanter	Idrottsföreningsrepresentanter	Kommun-representanter	Fack-repr.
Lund/Malmö	8	1	3	–	–	–	–
Växjö	4	1	–	1	–	1	–
Göteborg[a]	4	–	–	–	–	–	3
Karlstad	6	–	–	–	–	1	–
Örebro	5	–	–	1[b]	1	2[b]	–
Linköping	5	–	–	1	2	1	–
Stockholm[c]	11	–	–	–	–	–	–
Uppsala	7	2	–	–	2	2	–
Umeå	9	–	–	–	–	–	–

[a] Formellt är Göteborgs Förenade Studentkårer (GFS), som är sammansatt av företrädare för medlemskårerna, kårortsnämnd. Här har angetts sammansättningen på styrelsen för Stiftelsen göteborgsstudenternas hälsovårds- och motionsidrottsnämnd, som närmast torde motsvara kårortsnämnderna på andra orter.
[b] F. n. vakanta.
[c] Formellt är Stockholms studentkårers centralorganisation (SSCO) kårortsnämnd och här har angetts sammansättningen på SSCO:s styrelse som närmast torde motsvara kårortsnämnderna på andra orter.

Bilaga 3 År 1973 genomförd enkätundersökning angående företagshälsovård för anställda vid universitet och högskolor

Inledning

Studerandehälsovårdsutredningen genomförde 1973 en enkätundersökning för att undersöka hur företagshälsovården för anställda vid universitet och högskolor, vars studerande omfattas av den nuvarande studerandehälsovården, var anordnad. I föreliggande bilaga redovisas en sammanställning av resultaten av enkätundersökningen.

1 Antalet anställda

Antalet anställda vid samtliga universitet, högskolor och vissa andra eftergymnasiala läroanstalter, vilka är uppräknade i regleringsbrev rörande statsbidrag till hälso- och sjukvård för studerande, framgår av tabell 1.1. Totalt rör det sig om 28.280 heltidsanställda och 4.721 halvtidsanställda personer. Av de anställda var 3.236 samtidigt studerande, vilket innebär att de omfattas av såväl den statliga företagshälsovården som studerandehälsovården.

Tabell 1.1 Antalet anställda vid läroanstalter vars studerande omfattas av studerandehälsovård

Läroanstalt	Antal anställda					Anställda som samtidigt är studerande
	Universitetsstat (motsvarande)		Forskningsråd		Universitetssjukhus eller dyl (AMS)	
	Heltid	Halvtid	Heltid	Halvtid		
Borås						
Bibliotekshögsk	24					1
Förskolesem	39	19				
Summa	63	19				1
Göteborg						
Universitetet	1 927	390	543	107	74	
Journalisthögsk	21	4				
Chalmers	1 718	89	256	42		14
Musikhögsk	51	3				2
Lärarhögskolan	300	31	34	11		

Läroanstalt	Antal anställda					Anställda som samtidigt är studerande
	Universitetsstat (motsvarande)		Forskningsråd		Universitetssjukhus eller dyl (AMS)	
	Heltid	Halvtid	Heltid	Halvtid		
Sem för huslig utbildning	50	18				
Förskolesem	38	10				
Socialhögskolan	39	54				
Summa	4 144	599	833	160	74	16
Karlstad						
Universitetsfilial	89	14			41	5
Lärarhögskolan	69	17				1
Summa	158	31			41	6
Linköping						
Högskolan	661	140	85	5		85
Lärarhögskolan	208	40	1			
Slöjdsem	11	4				
Summa	880	184	86	5		85
Luleå						
Högskolan	61					1
Lärarhögskolan	90	6				
Förskolesem	26	12				
Summa	177	18				1
Lund						
Universitetet	3 125		240		690	1 100
Sjukgymnastinst	14	1			5	
Socialhögskolan	36	2				6
Summa	3 175	3	240		695	1 106
Malmö						
Lärarhögskolan	290		52			
Statens Scenskola	15					
Musikhögskolan	50	40				
Förskolesem	48	27				
Summa	403	67	52			
Stockholm						
Universitetet	2 150	1 100	450		200	400
Tekniska högsk	1 628		560			400
Karolinska Inst	1 476	274	696	114	75	150
Handelshögsk	150					15
Socialhögskolan	74	24	2	1		5
Skogshögskolan	332	3	90	5		70
Lärarhögskolan	324	5	48			
Sjukgymnastinst	12					200
Inst för högre kommunikations- o reklamutbildning	2	8				
Statens Scenskola	37	15				
Musikhögskolan	139					
Sem för huslig utbildning	45	10				
Journalisthögskolan	19	1				
Veterinärhögskolan	300	20	60	30		10
Gymnastik- o idrottshögskolan	63	2	1			

Läroanstalt	Antal anställda					Anställda som samtidigt är studerande
	Universitetsstat (motsvarande)		Forskningsråd		Universitetssjukhus eller dyl (AMS)	
	Heltid	Halvtid	Heltid	Halvtid		
Ericastiftelsen	22	6				1
Konsthögskolan	57	16				
Förskolesem	37					
Förskolesem (Solna)	25	1				
Statens dansskola	16	2				2
Dramatiska inst	34	1				
Summa	6 942	1 488	1 907	150	275	1 253
Umeå						
Universitetet	1 600	560	130	80		
Socialhögskolan	31					8
Sem för huslig utbildning	50	20				
Förskolesem	5	1				
Summa	1 686	581	130	80		8
Uppsala						
Universitetet	3 000	1 140	850	130	310	700
Lantbrukshögskolan	1 300		200			50
Lärarhögskolan	199	10	35	20		
Sem för huslig utbildning	54	2				
Förskolesem	50	1				
Summa	4 603	1 153	1 085	150	310	750
Växjö						
Universitetsfilial	60					
Lärarhögskolan	80	6				
Summa	140	6				
Örebro						
Universitetsfilial	90	15				10
Förskolesem	17	2				
Gymnastik- o idrottshögsk	27					
Socialhögskolan	47	10				
Summa	181	27				10
Totalt	22 552	4 176	4 333	545	1 395	3 236

2 Tillgång till fri sjukvård genom läroanstaltens försorg

Samtliga heltidsanställda med mer än 6 månaders tjänstgöring har som regel fri sjukvård. De som ej har denna förmån tillhör grupperna

- tim- och deltidsanställda,
- vissa av forskningsråden anställda,
- beredskapsarbetare eller
- s. k. AMS-anställda arkivarbetare.

3 Sjukvårdens organisation

Vid samtliga berörda läroanstalter ombesörjes sjukvården av tillsammans 78 anvisningsläkare. Då det är vanligt att läroanstalter på samma ort delvis utnyttjar samma anvisningsläkare, torde antalet läkare, som är engagerade i denna verksamhet uppgå till ca 60.

På annorlunda sätt har dock följande läroanstalter det ordnat. Slöjdseminariet i Linköping är knutet till en offentlig företagshälsovårdscentral. Högskolan, förskoleseminariet och lärarhögskolan i Luleå utnyttjar läkarstation. Vid Kungl. tekniska högskolan i Stockholm (KTH) bedrivs särskild försöksverksamhet med företagshälsovård, vilken skildrats av utredningen i avsnitt 5.6.1.

4 Hälsovårdande verksamhet

Hälsovårdande verksamhet med t. ex. allmänna och riktade hälsoundersökningar och motionsverksamhet förekommer i regel inte. Vid musikhögskolan i Göteborg förekommer dock allmänna hälsokontroller och vid socialhögskolan i Örebro förekommer riktade hälsokontroller, i båda fallen anordnade av respektive kårortsnämnd. För förhållanden vid tekniska högskolan i Stockholm hänvisas till utredningens avsnitt 5.6.1.

Motionsverksamhet i läroanstaltens egen regi förekommer vid universitetsfilialen i Karlstad, Lund universitet, sjukgymnastinstitutet i Lund, Karolinska institutet och GHI i Stockholm samt förskoleseminariet i Umeå.

5 Antal besök, remisser och väntetid

Av tabell 5.1 framgår, att endast ca hälften av läroanstalterna kunnat redovisa någon form av statistik vad avser läkarbesök och remisser. Väntetiden för läkarbesök ligger på mellan 1–14 dagar. Endast vid KTH finns särskilda lokaler inom läroanstalten för hälso- och sjukvårdande verksamhet. Detsamma gäller ifråga om laboratorieresurser för provtagning vid läkarundersökning.

6 Kuratorsverksamhet

Endast vid KTH har personalen tillgång till särskilt anställd kurator. För de studerande finns studievägledare vid samtliga större läroanstalter (se utredningens avsnitt 6.3). Vid statens dansskola i Stockholm finns 1 deltidsanställd psykolog för de studerande och vid 7 läroanstalter har de studerande tillgång till av läroanstalten särskilt anställda kuratorer (varav 5 på deltid).

Tabell 5.1 Antal läkarbesök, remisser och väntetid vid läroanstalternas företagshälsovård

Läroanstalt	Antal besök				Antal remisser				Väntetid (dagar)
	1969	1970	1971	1972	1969	1970	1971	1972	
Borås									
Bibliotekshögskolan	Skolan är så ny att siffror ännu ej föreligger								
Förskoleseminariet	8	8	11	12		1	2		14
Göteborg									
Universitetet				2 000					
Journalisthögskolan	3	3	1	8					
Chalmers			1 565	1 735			95	103	7
Sem för huslig utbildning	38	55	67	60	15	14	11	22	7
Socialhögskolan	17	15	22	16	2	2	2	3	3
Karlstad									
Universitetsfilial				70				10	
Lärarhögskolan		37	43	36					1
Linköping									
Högskolan				398					2– 3
Luleå									
Högskolan	Läkarstation								14–21
Lund									
Universitetet			1 500	1 500					
Socialhögskolan	32	19	30	22	10	9	10	20	
Malmö									
Statens scenskola		47	51	54					1– 3
Musikhögskolan				25				5	2
Förskolesem	19	16	19	20					
Stockholm									
Universitetet	2 004	3 372	3 444	2 136	1 002	980	958	1 098	1– 3
Karolinska Inst	2 628	2 460	2 064	2 820	859	592	441	430	7
Skogshögskolan				580				170	1– 2
Sem för huslig utbildning	125	129	123	172	17	18	17	19	1– 3
Journalisthögskolan				13				6	7–10
Veterinärhögskolan				400				100	1– 2
Konsthögskolan	36	19	21	60					2– 3
Statens dansskola		5	20	30		5	5	5	7
Dramatiska inst				75					
Uppsala									
Universitetet	1 536	1 452	1 673	1 880	117	135	189	243	1– 5
Lärarhögskolan		82	4						2– 3
Sem för huslig utbildning	65	73	98	112	45	67	85	102	8–14
Örebro									
Universitetsfilialen	125	100	120	100					2– 3
Förskolesem	8	8	7	7			1	1	2– 3
Gymnastik- o idrottshögskolan	5	7	11	8				2	

Statens offentliga utredningar 1975

Kronologisk förteckning

1. Demokrati på arbetsplatsen. A.
2. Psalmer och visor. Del 1:1. U.
3. Psalmer och visor. Del 1:2. U.
4. Psalmer och visor. Del 1:3. U.
5. Bättre bosättning för flera. S.
6. Huvudmannaskapet för specialskolan och särskolan. U.
7. Framtida studerandehälsovård. U.

Statens offentliga utredningar 1975

Systematisk förteckning

Socialdepartementet

Bättre bosättning för flera. [5]

Utbildningsdepartementet

1969 års psalmkommitté. 1. Psalmer och visor. Del 1:1. [2]
2. Psalmer och visor. Del 1:2. [3] 3. Psalmer och visor. Del 1:3.
[4]
Huvudmannaskapet för specialskolan och särskolan. [6]
Framtida studerandehälsovård. [7]

Arbetsmarknadsdepartementet

Demokrati på arbetsplatsen. [1]

Anm. Siffrorna inom klammer betecknar utredningarnas nummer i den kronologiska förteckningen

LiberFörlag
Allmänna Förlaget

ISBN 91-38-02209-5