



Mottagare:
Utbildningsdepartementet

Östersund 2026-05-18

u.remissvar@regeringskansliet.se
u.s.remissvar@regeringskansliet.se

Remissvar avseende En förbättrad elevhälsa (SOU 2025:113)

Riksföreningen för skolsköterskor har tagit del av remissen angående En förbättrad elevhälsa (SOU 2025:113) Diarienummer U2025/02279 och redogör i remissvaret för Riksföreningens syn på förslagen i betänkandet.

Riksföreningen för skolsköterskor allmänna synpunkter

Riksföreningen för skolsköterskor (som hädanefter benämns RFS) anser att flera av utredningens förslag är positiva, särskilt vad gäller tydligare uppdrag, nationella föreskrifter, behovsstyrd bemanning och stärkt tvärprofessionellt arbete. Samtidigt ser vi behov av viktiga förtydliganden och förändringar, bland annat avseende tidpunkterna för hälsobesök, skolläkarens medverkan vid hälsobesök, införandet av hälso- och sjukvårdskurator, lagstadgade tidsfrister, ansvarsfördelningen mellan elevhälsa och övrig hälso- och sjukvård samt hur resurser och kompetens ska säkerställas för att förslagen ska vara genomförbara i praktiken.

RFS välkomnar utredningens ambition att stärka elevhälsan och tydliggöra dess uppdrag, ansvar och betydelse för barns och ungas hälsa, lärande och utveckling. RFS delar bedömningen att elevhälsan behöver bli mer likvärdig, mer tillgänglig och mer förebyggande samt att sambandet mellan hälsa och lärande måste genomsyra hela skolans arbete. Samtidigt vill vi framhålla att vi anser att elevhälsans professionsföreningar och yrkesverksamma inom elevhälsan inte i tillräcklig omfattning har involverats i utredningsarbetet. Dialogen med professionsföreningarna har varit för begränsad, både vad gäller omfattning och antal möten, vilket riskerar att påverka utredningens förankring i elevhälsans praktiska verksamhet och de bedömningar som gjorts kring uppdragets genomförbarhet.

RFS vill också framhålla att flera delar av utredningens kartläggningar och underlag bör tolkas med försiktighet, då svarsfrekvensen i vissa delar varit låg och representationen från professioner med praktisk förankring i elevhälsans arbete varit begränsad.

RFS ser positivt på att elevers perspektiv inkluderats i utredningen men bedömer att underlaget är för begränsat och icke representativt då det omfattar få elever från ett litet antal skolor. Resultaten kan därför inte ligga till grund för generella slutsatser om elevers syn på elevhälsan och bör tolkas med försiktighet.

RFS vill också betona att elevhälsans uppdrag behöver ses i ett bredare sammanhang där skolans organisation, lärmiljö, arbetsmiljö, skolstress, närvaroarbete och sociala



sammanhang har avgörande betydelse för elevers hälsa och möjligheter att nå utbildningens mål. Ett dubbelriktat samband mellan hälsa och skolresultat är väl belagt i forskning, vilket ytterligare understryker vikten av tidiga, samordnade och hälsofrämjande insatser.

RFS anser att elevhälsans medicinska insats (EMI) har en central roll i detta arbete genom hälsobesök, hälsosamtal och det dagliga relationsskapande arbetet i skolmiljön. EMI bidrar inte enbart genom planerade hälsobesök utan även genom närvaro i skolans vardag, där skolsköterskor och skolläkare tidigt kan uppmärksamma förändringar i elevers mående, lärande och livssituation. Detta möjliggör tidig upptäckt av fysisk och psykisk ohälsa samt tidiga stödinsatser i samverkan med övriga professioner i elevhälsan, skola, socialtjänst och hälso- och sjukvård.

RFS vill särskilt betona betydelsen av EMI:s hälsobesök som en central del i det hälsofrämjande och förebyggande arbetet. Hälsobesöken möjliggör tidig upptäckt av fysisk, psykisk och social ohälsa samt skapar förutsättningar för tidiga och samordnade insatser. Samtidigt bedömer RFS att utredningens förslag kring hälsobesök behöver omarbetas. Vi delar inte bedömningen att alla elever ska träffa skolläkare, då resurserna behöver användas där behoven är störst och där medicinsk kompetens gör störst nytta. RFS anser vidare att de föreslagna tidpunkterna för hälsobesök inte harmonierar med barns utveckling och pubertet.

RFS vill också särskilt framhålla att utredningens bedömningar av tidsåtgång och resursbehov för hälsobesök är väsentligt felberäknade och saknar förankring i elevhälsans praktiska verklighet. Bedömningen att ett hälsobesök, inklusive för- och efterarbete, kan genomföras inom 45 minuter motsvarar inte det faktiska innehållet i uppdraget och riskerar att leda till en kraftig underdimensionering av elevhälsans medicinska insats. Hälsobesök omfattar inte enbart själva elevbesöket utan även genomgång av hälsouppgifter och journal, medicinska bedömningar, dokumentation, uppföljning, vårdnadshavarkontakter, samverkan med andra professioner samt vid behov fortsatta insatser, hänvisningar och samordning med externa aktörer. Tidsåtgången varierar dessutom betydligt beroende på elevens behov, ålder och skolans kontext. RFS bedömer därför att utredningens resursberäkningar inte speglar uppdragets verkliga omfattning och riskerar att få allvarliga konsekvenser för såväl kvalitet och patientsäkerhet som möjligheten att bedriva ett långsiktigt hälsofrämjande och förebyggande arbete.

RFS vill med särskild tydlighet framhålla att skolsköterskor ska vara specialistsjuksköterskor. Detta är en avgörande fråga för patientsäkerhet, kvalitet och likvärdighet inom elevhälsan. Skolsköterskans uppdrag innebär ett omfattande självständigt medicinskt ansvar med kvalificerade medicinska bedömningar, prioriteringar, vaccinationer, hälsoundersökningar samt tidig identifiering av fysisk, psykisk och social ohälsa. Uppdraget kräver fördjupad kompetens inom barns och ungas hälsa, utveckling och levnadsvanor samt förmåga att bedöma komplexa situationer och samverka med andra aktörer. RFS vill understryka att det redan idag, i praktiken, krävs specialistutbildning för att kunna fullgöra centrala delar av uppdraget, bland annat för att ordinera vaccinationer enligt gällande föreskrifter. Det är därför nödvändigt att specialistutbildning tydligt anges som krav.



RFS ser ett tydligt behov av stärkt nationell styrning och tydligare föreskrifter för elevhälsans uppdrag för att säkerställa ökad likvärdighet i bemanning, tillgång och kvalitet över landet. Vi ser även behov av nationella kunskapsstöd och nationella hälsoenkäter. RFS förespråkar att EMQ (Nationellt kvalitetsregister för elevhälsans medicinska insats) fortsätter att utvecklas då dessa enkäter redan innehåller ett antal validerade frågor). RFS vill även lyfta behovet av en förbättrad samverkan mellan elevhälsa, socialtjänst, primärvård och BUP. RFS vill särskilt lyfta behovet av stärkt kompetens kring psykisk ohälsa, hedersrelaterat våld och förtryck, barn i samhällsvård samt andra särskilt utsatta elevgrupper. Samtidigt behöver elevhälsans arbete i högre grad ges förutsättningar att bedriva ett långsiktigt hälsofrämjande och förebyggande arbete på individ-, grupp- och organisationsnivå.

RFS vill vidare understryka att elevhälsans arbete måste utgå från elevers faktiska behov och inte organiseras på ett sätt som riskerar att flytta fokus från långsiktigt förebyggande arbete till kortsiktiga eller vårdliknande uppdrag. Elevhälsan är inte en ersättning för hälso- och sjukvården, utan ska vara en integrerad del av skolans arbete för att främja lärande, utveckling och hälsa.

Sammantaget bedömer RFS att utredningen innehåller flera viktiga steg mot en mer likvärdig och kunskapsbaserad elevhälsa, men att förslagen behöver kompletteras med tydligare ansvarsfördelning, nationell styrning, realistiska resursförstärkningar och stärkt professionell kompetens för att kunna genomföras på ett hållbart och patientsäkert sätt.

1 Författningsförslag

1.1 Förslag till lag om ändring i skollagen (2010:800)

2 kap.

25 §1 och 25 a §

RFS tillstyrker förslaget om lagändring 25 §1 och 25 a § med undantag för skrivningen "hälso- och sjukvårdskurator".

25 b §

RFS tillstyrker förslaget om lagändring. RFS vill dock lyfta att ändringen av författningen även kan innebära risker i form av årliga förändringar, otydligt ansvar och risk för bristande kontinuitet och likvärdighet.

25 c §

RFS avstyrker förslaget om lagändring enligt 25 c § då skrivningen innehåller text om hälso- och sjukvårdskurator.

25 d § samt 26 §

RFS tillstyrker förslagen till lagändring avseende 25 d § samt 26 §



27 §

RFS avstyrker förslaget till lagändring.

27 a §

RFS tillstyrker förslaget till lagändring enligt 27 a §

28 §

RFS avstyrker förslaget till lagändring enligt 28 § då det innehåller följande skrivning "För elever som avses i 25 § ska elevhälsan erbjuda hälso- och sjukvårdsinsatser för lättare fysiska och psykiska **vårdbehov**" Vi anser att det vore problematiskt att skriva vårdbehov då det med den skrivningen förskjuter elevhälsans uppdrag i medicinsk riktning. Vi anser att vårdbehov ska ersättas av ordet besvär.

28 a §

RFS avstyrker förslaget till lagändring enligt 28 a §.

28 b §

RFS tillstyrker förslaget till lagändring enligt 28 b §

28 c §

RFS tillstyrker förslaget till lagändring enligt 28 c § endast om punkten d tas bort

4 kap. 4 §

RFS tillstyrker förslaget till lagändring enligt 4 §

29 kap.

13 a §

RFS tillstyrker förslaget till lagändring enligt 13 a §

1.2 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

7 kap. 10 §

RFS tillstyrker förslaget till lagändring i 7 kap. 10 §

5 Bakgrund och problembild

5.2.2 Det finns ett tydligt samband mellan elevers hälsa och skoltrivsel

RFS instämmer i utredningens bedömning att elevers hälsa påverkas starkt av skoltrivsel, skolstress och lärmiljö. Förbättringar av skolors arbets- och lärmiljö bör därför prioriteras för



att främja elevers hälsa och välbefinnande. Även goda relationer mellan elever och skolpersonal är centrala för ökat välbefinnande och minskade hälsobesvär.

RFS vill vidare betona behovet av att elevhälsans arbete, inklusive EMI, i högre grad skulle fokusera på hälsofrämjande och förebyggande insatser på grupp- och organisationsnivå, särskilt mot bakgrund av ökad skolfrånvaro, försämrad elevsammanhållning och ökad mobbning. Elevens hälsobesök hos sin skolsköterska, och hälsoenkäter, utgör ett viktigt underlag för det vidare hälsofrämjande och förebyggande arbetet och bör i större utsträckning användas systematiskt på skol- och huvudmannanivå för att utveckla skolans lär- och arbetsmiljö.

5.2.3 Hälsosvanor grundläggs tidigt och påverkar elevers hälsa

Elevernas regelbundna hälsobesök hos skolsköterskan och hälsoenkäter är viktiga för att följa elevers hälsosvanor. RFS anser att dessa data i högre grad bör användas systematiskt på skol- och huvudmannanivå och användas för att prioritera insatser och interventioner.

5.3.1 Elevhälsans övergripande syfte

RFS delar inte bedömningen att EMI ska ansvara för sekundärpreventiva insatser kopplade till skolbespisning. RFS anser att det är viktigt att tydliggöra gränsdragningen för EMI:s uppdrag för att undvika en successiv utvidgning av ansvar som riskerar att tränga undan kärnuppdraget, det vill säga hälsobesök, vaccinationer, medicinska bedömningar samt det långsiktiga hälsofrämjande och förebyggande arbetet.

5.3.4 Elevhälsans medicinska, psykologiska, psykosociala och specialpedagogiska insatser

RFS vill förtydliga att skolsköterskor inte remitterar till skolläkare, då båda professionerna ingår i EMI. I stället bokar skolsköterskan tid för eleven till skolläkarmottagningen när skolläkarens fördjupade medicinska kompetens behövs.

Vidare vill vi med tydlighet understryka att det är EMI:s ansvar att bevaka vaccinationstäckning samt säkerställa att elever erbjuds kompletterande vaccinationer upp till 18 års ålder, i enlighet med HSLF-FS 2016:51. Detta är en obligatorisk del av EMI:s uppdrag och inte något som enbart "kan ingå" och ansvaret vilar inte på någon annan aktör. Detta understryker åter behovet av att skolsköterskan skall vara specialistutbildad.

5.3.6 Behov att stärka elevhälsans medicinska, psykologiska och psykosociala insatser

RFS delar utredningens bild av att elevhälsans uppdrag i relation till hälso- och sjukvården behöver förtydligas och betonar vikten av stärkt samverkan. RFS vill samtidigt tydliggöra att elevhälsans kompetenser redan idag används i akuta och individnära insatser, även om detta inte alltid sker i tillräcklig omfattning. Skolsköterskans arbete till största del bedrivs just



på individnivå, vilket också framförts i dialog med utredningen, men inte fullt ut återspeglas i texten.

RFS vill också understryka att ansvar för egenvård inte kan läggas på skolsköterskan, då detta inte ingår i uppdraget enligt gällande regelverk. Egenvård regleras inom hälso- och sjukvården och innebär att en behandlande vårdgivare gör en bedömning om att en åtgärd kan utföras av patienten själv eller av annan person utanför hälso- och sjukvården.

5.4.1 Tidpunkter för hälsobesöken

RFS instämmer i att hälsobesök inom anpassad skola ofta är mer resurskrävande. Vidare ser vi tydliga utmaningar i att nå elever med hög frånvaro, särskilt elever som undervisas på resursenhet utanför hemskolan, där tidigare negativa erfarenheter kan påverka viljan att delta i hälsobesök. Hälsosamtal kan i vissa fall genomföras digitalt, men medicinska kontroller kräver fysisk närvaro. Hembesök kan vara ett alternativ men är resurskrävande. För elever placerade i familjehem eller HVB-hem är situationen ofta särskilt komplex, med begränsningar i kontakt med vårdnadshavare och svårigheter i samverkan med socialtjänsten. Vi bedömer att ökad flexibilitet, tydligare samverkan och förstärkta resurser är nödvändiga för att säkerställa att alla elever får tillgång till hälsobesök.

RFS anser att frågor om framtida yrkesval och praktik bör lyftas tidigare än vad utredningen föreslår, samt att det finns otydligheter kring ansvar vid medicinska kontroller kopplade till arbetsmiljörisker inom gymnasiala yrkesutbildningar.

5.5 Huvudmannskap och ledning i elevhälsan

5.5.1 Det saknas en heltäckande bild av organisering och ledning av elevhälsan

RFS vill uppmärksamma att stora geografiska skillnader i organisering och tillgång till skolläkare och skolpsykologer riskerar att påverka kontinuitet, patientsäkerhet och likvärdighet negativt, särskilt där insatser huvudsakligen bygger på upphandling/köp av tjänster.

5.5.3 Skolhuvudmannens ansvar för elevhälsan

RFS instämmer delvis i utredningens bedömningar men ser behov av vissa förtydliganden. RFS vill särskilt lyfta vikten av att vårdgivare fullgör sin skyldighet att anmäla hälso- och sjukvårdsverksamhet till IVO enligt patientsäkerhetslagen, då det finns indikationer på att detta inte alltid sker. RFS efterfrågar därför en tydligare uppföljning och kontroll av att anmälningsplikten efterlevs.

RFS instämmer i att det är av stor vikt att elevhälsans kompetens i större utsträckning bör tas tillvara i skolans systematiska kvalitetsarbete. För att detta ska vara möjligt krävs att huvudmän och rektorer har tillräcklig kunskap om elevhälsans uppdrag och potential, så att



elevhälsans kunskap om elevers hälsa, lärmiljö och stödbehov integreras i skolans utvecklingsarbete.

5.5.5 Rektorns ledningsansvar för elevhälsan

RFS vill betona att styrningen av elevhälsan kräver särskild kunskap om elevhälsans uppdrag och regelverk. Samtidigt är det viktigt att tydliggöra gränsdragningen mellan rektors ledningsansvar, verksamhetschefens ansvar och det personliga yrkesansvaret för legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Rektor kan inte fatta beslut om vård, diagnostik eller behandling, vilket är avgörande att tydliggöra ur ett patientsäkerhetsperspektiv.

5.5.6 Brist på tillsyn av elevhälsan

RFS anser att det behövs en stärkt nationell tillsyn av elevhälsan för att säkerställa likvärdighet och elevers rätt till elevhälsa. RFS ser därför behov av en nationell inspektionsfunktion med medicinsk, psykologisk och social kompetens som regelbundet granskar elevhälsans kvalitet, tillgänglighet och resultat.

5.7 Utbildningskrav för elevhälsans professioner

5.7.1 Olika utbildningskrav för elevhälsans professioner

RFS vill, även här, betona att det av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd HSLF-FS 2018:43 framgår att sjuksköterskor, för att kunna ordinera vaccinationer inom barnvaccinationsprogrammet inklusive kompletterande vaccinationer, ska ha specialistutbildning till distriktssjuksköterska eller inom hälso- och sjukvård för barn och unga. Detta innebär i praktiken ett indirekt krav på specialistutbildning för att kunna fullgöra samtliga arbetsuppgifter inom EMI, även om det inte är ett uttryckligt formellt krav i dag.

RFS vill därför understryka att specialistutbildning är en förutsättning för att möta de krav som ställs i skolsköterskans uppdrag, som innefattar ett självständigt medicinskt ansvar. Specialistkompetens ger fördjupad kunskap om barns och ungas fysiska, psykiska och sociala hälsa och är avgörande för att kunna göra kvalificerade medicinska bedömningar, tidigt identifiera ohälsa och sätta in adekvata insatser. Den bidrar även till ökad trygghet i medicinska beslut, bättre prioriteringsförmåga och förmåga att hantera komplexa situationer.

5.8.4 En hög andel elever är i behov av samordnade insatser

Utredningen skriver att jämsides med ökningen av ADHD-diagnoser har uttag av ADHD-läkemedel ökat på motsvarande sätt. Läkemedlen är tänkta som en komponent i ett större behandlingsprogram. RFS vill betona att vi sällan ser att läkemedelsbehandling kombineras med andra insatser. Alltför ofta utgör läkemedlet den enda behandlingsinsatsen.

RFS vill även understryka vikten av förbättrad återkoppling efter utredningar inom BUP, då



tydlig återkoppling och kunskapsöverföring är avgörande för att skolan ska kunna ge rätt stöd till eleven.

6 Utredningens förslag och bedömningar

6.1 Förslag om förtydligande av syfte och uppdrag

RFS tillstyrker förslaget.

RFS instämmer i behovet av att förtydliga elevhälsans uppdrag och välkomnar att Skolverket och Socialstyrelsen ges i uppdrag att ta fram föreskrifter, vilket är en viktig förutsättning även för tillsynsmyndigheter som Skolinspektionen och Inspektionen för vård och omsorg. Det är samtidigt centralt att ansvarsfördelningen mellan myndigheterna tydliggörs.

RFS delar bedömningen att nuvarande reglering är otydlig, men delar inte utredningens slutsats att elevhälsans arbete i praktiken har ett alltför ensidigt fokus på utbildningsmål eller att stöd till elever med fysisk och psykisk ohälsa brister när koppling till skolmiljön saknas. RFS menar att EMI redan idag, på många skolor runt om i landet, ger stöd utifrån elevens behov, oavsett orsaken till ohälsan.

Samtidigt understryker RFS att ett förtydligt uppdrag i sig inte är tillräckligt. Elevers ohälsa behöver ses i ett bredare sammanhang där även skolans organisation, kunskapskrav och lärmiljöer påverkar. Vidare behöver föreskrifterna möjliggöra ett förebyggande och hälsofrämjande arbete med tillräcklig tid för elevkontakt samt en resursfördelning baserad på faktiska behov, annars riskerar otydligheten att kvarstå och målet om en likvärdig elevhälsa att inte uppnås.

6.1.1 Elevhälsans syfte och uppdrag ska tydliggöras

RFS välkomnar förslaget att tydliggöra elevhälsans syfte och uppdrag, men anser att centrala delar behöver konkretiseras. Särskilt behöver begreppet "vård" och gränsdragningen mellan skolans och regionens ansvar förtydligas för att undvika otydlighet och fördröjt stöd.

RFS välkomnar att elevhälsans arbete ska vila på vetenskaplig grund och beprövad erfarenhet samt instämmer i utredningens definitioner av lärande och utveckling, med betoning på goda lärmiljöer. Definitionen av hälsa delas i huvudsak, men formuleringen att elevhälsan ska "finnas till hands" bör omprövas då den riskerar skapa orealistiska förväntningar.

RFS instämmer i vikten av tidig identifiering av riskfaktorer för ohälsa. Ett systematiskt, kunskapsbaserat och förebyggande arbete på individ-, grupp- och skolenhetsnivå, i nära samverkan med skolans personal, är avgörande för att möta elevers behov i tid.



RFS delar dock inte bedömningen att det främjande arbetet främst sker på grupp- och skolenhetsnivå. EMI, särskilt skolsköterskan, har en unik roll genom att möta alla elever på individnivå i hälsobesök, vilket möjliggör tidig upptäckt och förebyggande insatser.

RFS vill samtidigt betona att elevhälsans hälsofrämjande uppdrag omfattar frågor som lärmiljö, trygghet, kränkande behandling, levnadsvanor, jämställdhet och relationer, då dessa har stor betydelse för barns och ungas hälsa och skolnärvaro.

Avslutningsvis betonar RFS att ett förtydligat uppdrag måste kombineras med tydligt mandat, tillräckliga resurser och ett aktivt ledarskap från rektor i samverkan med verksamhetschefen för HSL, för att säkerställa en likvärdig elevhälsa.

6.1.2 Elevhälsan ska genomföra medicinska, psykologiska, psykosociala och specialpedagogiska insatser

RFS instämmer i förslaget att tydliggöra elevhälsans insatser genom att varje profession ges ett tydligt ansvar att bidra utifrån sin kompetens. Detta stärker ett tvärprofessionellt arbetssätt och förutsätter att insatserna vilar på vetenskaplig grund och beprövad erfarenhet, med särskilt fokus på sambandet mellan hälsa och lärande. RFS efterlyser samtidigt ett förtydligande av vad förändringen från att elevhälsan ska "omfatta" till att "genomföra" insatser innebär i praktiken.

RFS instämmer i att elevhälsan fortsatt ska organiseras som tvärprofessionella team och att samverkan med lärare och övrig skolpersonal är avgörande. Utökade uppdrag, exempelvis hälsofrämjande insatser kopplade till levnadsvanor, förutsätter dock att tillräckliga resurser tillförs. RFS betonar även vikten av att uppmärksamma elever i särskild risk för ohälsa, exempelvis barn i samhällsvård, elever vid anpassad skola och elever i resursskolor och stödjer ett systematiskt arbete med tidig identifiering, exempelvis vid hälsobesök, skolstart och skolbyten. RFS instämmer i att EMI har den kunskap och kompetens som krävs när det gäller tidig identifiering av elever med ökad risk för både fysisk och psykisk ohälsa, IF (intellektuell funktionsnedsättning), socioemotionella stödbehov. Vad det gäller att identifiera språkstörning och motoriska stödbehov krävs en utbildningsinsats då detta i dagsläget inte omfattas av EMI:s uppdrag och inte ingår i grund/vidareutbildning.

EMI lyfts som central i detta arbete, med kompetens att göra helhetsbedömningar av elevers hälsa. RFS understryker vikten av specialistutbildade skolsköterskor för att säkerställa kvalitet i bedömningar och hänvisningar till hälso- och sjukvården, samt behov av kompetensutveckling inom vissa områden. RFS instämmer även i behovet av nationellt stöd för egenvård i skolan.

När det gäller psykologens roll instämmer RFS i dess betydelse för att stödja elevers psykiska hälsa och bidra till anpassade lärmiljöer på alla nivåer. Samtidigt anser RFS att ansvar för bedömningar och remittering till exempelvis BUP inte ensidigt bör tillskrivas psykologen, då denna kompetens ofta delas med EMI.



RFS är sammantaget kritisk till införandet av krav på hälso- och sjukvårdskuratorer inom elevhälsan och avstyrker förslaget att elevhälsans psykosociala insats ska kräva sådan legitimation. RFS anser att socionomexamen bör vara tillräcklig kompetensgrund för skolkuratorer, då skolans uppdrag skiljer sig från hälso- och sjukvårdens och kräver nära samverkan med skolans pedagogiska verksamhet. En övergång till hälso- och sjukvårdskuratorer riskerar att förskjuta uppdraget mot hälso- och sjukvård, vilket inte är skolans uppdrag, samt medföra ökade sekretessgränser som kan försvåra den dagliga samverkan med pedagogisk personal, vilket är en central förutsättning för ett fungerande elevhälsoarbete.

Samtidigt vill RFS framhålla att ett införande av hälso- och sjukvårdskuratorer även skulle kunna medföra vissa positiva effekter, exempelvis stärkt patientsäkerhet, tydligare krav på dokumentation och kvalitet samt förbättrade förutsättningar för samverkan med övrig hälso- och sjukvård. Oavsett reglering vill RFS betona vikten av dokumentation, kvalitet och kontinuitet inom elevhälsans psykosociala arbete.

RFS instämmer i att psykisk och social ohälsa, oavsett orsak, påverkar elevers lärande och delaktighet samt att elever behöver få tydlig information om sekretess och tystnadsplikt.

RFS anser att utredningen är motsägelsefull när det gäller specialpedagogens organisatoriska hemvist. Mot bakgrund av att den specialpedagogiska insatsen ska vara en del av elevhälsans tvärprofessionella arbete och fungera som en brygga till övrig skolverksamhet, bör specialpedagogens huvudsakliga hemvist vara i elevhälsoteamet, inte i lärarkollektivet.

RFS instämmer i att en synlig och tillgänglig specialpedagogisk kompetens i verksamheten är viktig för att tidigt identifiera riskfaktorer. Vidare stödjer RFS förslaget att samråd med speciallärare eller specialpedagog alltid ska ske vid utredning av behov av särskilt stöd, då detta är avgörande för att insatserna ska bli träffsäkra och anpassade efter elevens behov.

6.1.3 Elevhälsans tvärprofessionella arbete har betydelse för elevernas lärande, hälsa och utveckling

RFS ställer sig bakom förslaget att elevhälsans arbete ska vara tvärprofessionellt och delar bedömningen att detta är en förutsättning för att uppnå uppdraget. RFS instämmer även i ett salutogent perspektiv med fokus på hälsofrämjande faktorer.

RFS delar bedömningen att elevhälsan behöver stärkt kunskap inom vissa områden, exempelvis hedersrelaterat våld och elever placerade utanför hemmet. RFS vill särskilt betona behovet av nationella kunskapsstöd och nationella vård- och insatsprogram för särskilt utsatta elevgrupper, såsom barn i samhällsvård och elever utsatta för hedersrelaterat våld och förtryck, för att säkerställa likvärdighet, tidig upptäckt och ändamålsenliga insatser.



Vidare instämmer RFS i elevhälsans betydelse för att skapa goda lärmiljöer, men betonar att detta också förutsätter bredare förändringar i skolans styrning, såsom betygssystem och kunskapskrav.

RFS instämmer även i vikten av ett systematiskt närvaroarbete där frånvaro tidigt identifieras och där elevhälsans samlade kompetens bidrar till anpassade insatser utifrån elevers behov. Vi vill samtidigt betona att EMI behöver involveras tidigare i skolors systematiska närvaroarbete, inklusive möjlighet till kontakt med skolläkare vid behov.

RFS ser även behov av nationella riktlinjer och en mer enhetlig definition av skolfrånvaro, då nuvarande rapportering och hantering riskerar att bli ojämlig och i vissa fall missvisande, exempelvis vid anpassade scheman. Tydlig uppföljning är avgörande för att minska risken för långvarig skolfrånvaro, utanförskap och försämrad psykisk hälsa.

Avslutningsvis betonar RFS att det tvärprofessionella arbetet kräver tydliga organisatoriska förutsättningar, såsom avsatt tid, struktur och ansvarsfördelning. Utan detta riskerar kravet att bli svårt att genomföra i praktiken.

6.1.4 Föreskrifter ska bidra till ökad likvärdighet avseende elevhälsans syfte och uppdrag

RFS delar utredningens bedömning att elevhälsans syfte och uppdrag behöver kompletteras med föreskrifter, samt stöd för implementering, för att säkerställa en mer likvärdig och kunskapsbaserad verksamhet. En mer detaljerad reglering ses som nödvändig för att skapa stöd i det praktiska arbetet samt för att möjliggöra en effektiv tillsyn.

RFS betonar att sådana föreskrifter är en förutsättning för att tillsynsmyndigheter som Skolinspektionen och Inspektionen för vård och omsorg ska kunna genomföra sitt uppdrag på ett ändamålsenligt sätt.

6.2 Skärpta utbildningskrav för vissa av elevhälsans professioner

RFS tillstyrker delvis förslaget om skärpta utbildningskrav, då det bedöms stärka kvalitet och patientsäkerhet inom elevhälsan. RFS anser dock att kravet bör avse skolkurator med socionomexamen, inte hälso- och sjukvårdskurator.

RFS menar vidare att kraven på kompetens behöver tydliggöras ytterligare, särskilt för skolsköterskor där specialistutbildning ska vara ett krav för att säkerställa hög och likvärdig kvalitet.

RFS anser det anmärkningsvärt att utredningen lyfter vikten av specialistkompetens för både skolläkare och skolsköterskor, men samtidigt inte föreslår skärpta kompetenskrav.

RFS vill tydligt framhålla att det i praktiken redan krävs specialistutbildning för att kunna fullgöra skolsköterskans uppdrag. Enligt Socialstyrelsen föreskrifter (HSLF-FS 2018:43)



krävs specialistutbildning för att exempelvis ordinera vaccinationer, vilket är en central del av uppdraget. Därmed kan en grundutbildad sjuksköterska inte utföra alla arbetsuppgifter som ingår i EMI.

Mot denna bakgrund anser RFS att det ska vara ett tydligt och formellt krav på specialistjuksköterskeutbildning för skolsköterskor. Detta är nödvändigt för att säkerställa patientsäkerhet, då skolsköterskan arbetar självständigt med medicinska bedömningar, prioriteringar och hänvisningar. Specialistkompetens krävs även för det förebyggande och hälsofrämjande arbetet, inklusive arbete med levnadsvanor, psykisk hälsa samt bedöma barn och ungas utveckling.

Att det råder brist på sjuksköterskor förändrar inte dessa krav. RFS ser en tydlig risk för patientsäkerheten om grundutbildade sjuksköterskor anställs i rollen som skolsköterska.

RFS vill även lyfta att det saknas en tydlig reglering av psykologers kompetens för arbete med barn och unga i skolmiljö, och att detta inte bör överlåtas till enskilda huvudmän att hantera.

RFS avstyrker förslaget att elevhälsans psykosociala insats ska utföras av legitimerad hälso- och sjukvårdskurator och anser att socionomexamen ska vara tillräcklig. Detta bedöms säkerställa rätt kompetens och bidra till ökad likvärdighet.

RFS instämmer i att elevhälsan vid behov bör kompletteras med ytterligare kompetenser för att bättre möta elevers olika behov och uppnå uppdraget. En breddning med exempelvis arbetsterapeut, fysioterapeut och logoped kan stärka det förebyggande och hälsofrämjande arbetet samt bidra till tidiga insatser och en mer inkluderande lärmiljö.

RFS vill samtidigt betona vikten av att säkerställa tillgången till studie- och yrkesvägledare, som har en central roll i att stödja elevers motivation, närvaro och framtidsval samt bidra med kunskap till hela elevhälsoteamet gällande, bland annat, anpassad studiegång etcetera.

6.3 Stärkt tillgång till elevhälsans professioner

RFS instämmer i att elevhälsan idag är underdimensionerad och att nuvarande bestämmelser om bemanning är otydliga. Avsaknaden av skarpa krav och systematiska behovsanalyser har lett till stora skillnader mellan huvudmän, vilket skapar en ojämlig tillgång till elevhälsa. Detta medför att det förebyggande och hälsofrämjande arbetet trängs undan till förmån för åtgärdande och akuta insatser.

RFS anser därför att tydligare krav på bemanning och på hur behovsanalyser ska genomföras måste införas, samt att staten behöver ta ett större ansvar för att säkerställa likvärdighet.

RFS vill även betona vikten av fysisk tillgänglighet. Direkta möten med elever är grundläggande för att kunna uppmärksamma subtila förändringar i mående och möjligheter



tidig upptäckt och uppföljning. Digitala kontakter kan vara ett värdefullt komplement, men kan inte ersätta den fysiska närvaron.

Utan dessa åtgärder riskerar elevhälsan fortsatt att vara otillräcklig, med negativa konsekvenser för både elevers hälsa och skolresultat.

6.3.1 En plan för bemanning av elevhälsan

RFS tillstyrker delvis förslaget om en bemanningsplan för elevhälsan och välkomnar att rektor ges ansvar att ta fram en skriftlig plan baserad på behovsanalys. RFS vill dock att det läggs till förslaget att verksamhetschefen enligt HSL ska vara delaktig i framtagandet av bemanningsplanen. Detta för att säkerställa att behoven av EMI tillgodoses. RFS betonar också att planen bör ha ett långsiktigt perspektiv och inte enbart revideras årligen, då detta annars riskerar att skapa osäkerhet i bemanningen.

RFS instämmer i behovet av tydligare och nationellt fastställda beräkningsgrunder samt att Skolverket, i samverkan med Socialstyrelsen, ska ges i uppdrag att ta fram föreskrifter och stöd, inklusive en gemensam mall och verktyg för behovsanalys. Dessa bör beakta flera faktorer såsom elevsammansättning, hälsa, måluppfyllelse och socioekonomiska förutsättningar, samt hela elevhälsans uppdrag, inte enbart elevnära insatser utan även tid för exempelvis samverkan, dokumentation och kompetensutveckling.

RFS framhåller att starkt kvalitet i behovsanalys är avgörande för ökad likvärdighet, då nuvarande variationer mellan huvudmän leder till ojämlika förutsättningar.

Vidare lyfter RFS att rekryteringsutmaningar i glesbygd och socioekonomiskt utsatta områden behöver beaktas. Digital elevhälsa kan vara ett komplement i glesbygd, men bör inte ersätta fysisk närvaro, särskilt inte i områden med större och mer komplexa behov där tillgänglig elevhälsa på plats är avgörande.

6.3.2 Tillgänglighet till elevhälsans professioner i skolans lokaler

RFS avstyrker förslaget i dess nuvarande form, då det finns en risk att "tillgänglighet" tolkas som en lägstanivå som huvudmän anpassar sig till, snarare än utifrån elevers faktiska behov. Begreppet tillgänglighet behöver därför tydliggöras i relation till bemanning, elevantal och uppdrag, för att inte närvaro ska prioriteras framför kvalitet och behovsstyrt arbete.

RFS välkomnar samtidigt att elevhälsans professioner ska finnas på plats i skolan, då fysisk närvaro är avgörande för att skapa tillitsfulla relationer och möjliggöra tidig upptäckt av ohälsa. Dock avvisar RFS skrivningen om att skolsköterskan ska finnas på plats varje vecka för att hantera akuta situationer, då detta riskerar att tränga undan det förebyggande och hälsofrämjande arbetet.

RFS ser positivt på ökad närvaro av skolläkare och psykologer, vilket kan stärka tillgänglighet och tvärprofessionell samverkan. Samtidigt betonas att skolsköterskans uppdrag inte kan ersättas av digitala lösningar, då fysiska möten är avgörande både för



medicinska bedömningar och för elevernas upplevda tillgänglighet. Digitala insatser bör endast vara ett komplement.

Avslutningsvis framhåller RFS behovet av förtydliganden kring ansvar vid akuta situationer och organisatoriska lösningar. RFS betonar även att Skolinspektionen behöver ges ett tydligt ansvar och ändamålsenliga verktyg för att följa upp och säkerställa att kraven på tillgänglighet efterlevs i praktiken, så att likvärdighet uppnås i hela landet.

6.3.3 Tidsfrister i elevhälsan

RFS avstyrker förslaget om tidsfrister i elevhälsan och motsätter sig införandet av en garanti för bedömning inom viss tid. RFS menar att elevhälsans uppdrag inte är jämförbart med hälso- och sjukvårdens och att akuta behov ska hanteras av primärvård eller akutmottagning.

En tidsfrist riskerar i stället att leda till fler oplanerade besök, svårigheter att planera verksamheten och avbrott i exempelvis hälsobesök och vaccinationer, vilket kan påverka både kvalitet och patientsäkerhet.

RFS vill även lyfta oklarheter kring ansvar för prioritering och hantering av väntelistor samt hur olika professioner ska fördelas, särskilt på mindre skolenheter med begränsad närvaro.

Vi ser även att införandet av tidsfrister riskerar att styra elevhälsan mot en mer vårdcentralsliknande funktion, vilket inte är förenligt med elevhälsans uppdrag.

6.4 Huvudmannen ska informera om elevhälsans uppdrag och bemanning

RFS tillstyrker förslaget utan vidare kommentarer.

6.5 Det är möjligt att anordna elevhälsa för elever i kommunal vuxenutbildning

RFS tillstyrker förslaget att möjliggöra elevhälsa inom kommunal vuxenutbildning. RFS betonar att många elever i vuxenutbildningen har tidigare erfarenheter av skolvårigheter, psykisk ohälsa eller andra utmaningar, vilket gör tillgång till elevhälsa viktig för både hälsa och studieresultat.

RFS anser att elevhälsan inom vuxenutbildningen bör regleras likvärdigt med grund- och gymnasieskolan, med tillgång till samtliga professioner. Vidare behövs en tydligare nationell reglering av uppdragets omfattning, då det idag saknas krav på vad elevhälsan ska innehålla och erbjuda.

6.6 Förslag om utökade hälsobesök och hälsosamtal

RFS vill inleda med att betona att hälsobesök från tidig ålder är en viktig del av det förebyggande och hälsofrämjande arbetet, då levnadsvanor grundläggs tidigt i livet. Skolsköterskan har här en central roll i att stödja både elever och vårdnadshavare genom hälsosamtal, rådgivning och tidig identifiering av riskfaktorer kopplade till exempelvis psykisk



hälsa, levnadsvanor och digital medieanvändning. RFS anser att vårdnadshavares deltagande vid det första hälsobesöket är särskilt viktigt samt att tematiska föräldramöten kan vara ett värdefullt komplement i det förebyggande och hälsofrämjande arbetet.

RFS instämmer i att Socialstyrelsen ska få i uppdrag att ta fram föreskrifter om innehåll och genomförande av hälsobesök och hälsosamtal, i samverkan med Folkhälsomyndigheten och Skolverket. Detta är en viktig förutsättning för ökad kvalitet och likvärdighet i genomförandet.

6.6.1 Den nationella styrningen av hälsobesöken är inte tillräcklig

RFS instämmer i utredningens bedömning att den nationella styrningen av hälsobesöken är otillräcklig, vilket leder till variationer mellan huvudmän och bristande likvärdighet. RFS delar även uppfattningen att hälsobesöken idag sker för sällan, vilket försvårar tidig upptäckt och förebyggande arbete.

Samtidigt ifrågasätter RFS utredningens förslag om ett stort hälsobesök i årskurs 8, då detta inte bedöms vara anpassat till barns utveckling, särskilt med hänsyn till puberteten. RFS menar att ett stort hälsobesök i stället bör genomföras i årskurs 9 och ersätta det föreslagna hälsosamtalet.

RFS instämmer vidare i att hälsobesöken är centrala för att tidigt identifiera elevers behov och möjliggöra tidiga insatser, både inom skolan och i samverkan med hälso- och sjukvård samt socialtjänst.

6.6.2 Hälsobesöken förstärks och förtydligas

RFS tillstyrker förslaget att stärka och förtydliga skolans ansvar att erbjuda hälsobesök, i syfte att säkerställa en mer likvärdig elevhälsa. RFS delar bedömningen att enbart ett erbjudande inte är tillräckligt, utan att elever behöver kallas aktivt till hälsobesök för att säkerställa att alla nås, särskilt de elever som har störst behov av stöd och förebyggande insatser.

Samtidigt avstyrker RFS delar av förslaget i dess nuvarande utformning. RFS anser att de stora hälsobesöken bör genomföras i årskurs 1, 5 och 9 i stället för i årskurs 8, då detta bättre överensstämmer med barns kognitiva utveckling och puberteten. Förslaget om ett nytt hälsosamtal i årskurs 9 avstyrks, då detta i stället bör utgöras av ett stort hälsobesök genomfört av skolsköterska. Mindre hälsobesök bör enligt RFS genomföras i årskurs 3 och 7. För sameskolan årskurs 1 och 5 samt ett litet hälsobesök i årskurs 3.

RFS avstyrker vidare att vårdnadshavare ska kallas till samtliga hälsobesök och betonar vikten av ett tydligt barnperspektiv. Vårdnadshavare bör kallas till besöket i årskurs 1, men därefter endast erbjudas att delta. Elevens rätt till integritet och möjlighet till enskilda samtal måste värnas, särskilt i högre åldrar där ett förtroendefullt samtal mellan elev och skolsköterska är en central del av det hälsofrämjande arbetet.



RFS avstyrker också förslaget att samtliga elever i årskurs 1 ska träffa både skolläkare och skolsköterska. RFS anser att en sådan generell modell innebär ett ineffektivt resursutnyttjande och riskerar att ta resurser från elever med större behov. Skolsköterskan har kompetens att genomföra generella hälsobedömningar, följa elevens utveckling över tid samt identifiera avvikelser och riskfaktorer. Skolläkarens kompetens bör i stället riktas till de elever där ett medicinskt behov har identifierats. RFS vill i detta sammanhang särskilt lyfta att det internationella kunskapsunderlag (<https://www.who.int/publications/b/71099>) som utredningen hänvisar till inte föreskriver att läkare ska delta i alla hälsobesök. I dokumentet används begreppet "care provider", vilket omfattar flera olika professioner beroende på behov och sammanhang. Vidare framgår att insatser ska kunna anpassas efter lokala förutsättningar. RFS menar därför att det saknas evidens för ett generellt krav på skolläkarbesök och att en behovsstyrd modell är mer ändamålsenlig och i linje med internationella rekommendationer.

RFS delar inte heller bedömningen att flera professioner i större utsträckning ska delta i hälsobesök. Erfarenhet visar att elever föredrar att samtala med en person, och övriga professioner bör involveras utifrån behov. RFS tillstyrker införandet av en nationell, standardiserad hälsoenkät, men betonar att datainsamlingen måste kopplas till en tydlig struktur för analys, återkoppling och uppföljning, samt att den inte får innebära en ökad administrativ belastning. Den samlade analysen från hälsobesök ska, inte bör, integreras i skolans systematiska kvalitetsarbete, vilket förutsätter både stärkt kompetens hos rektorer och ett tydligare delat ansvar med elevhälsans professioner.

RFS tillstyrker förslagen för gymnasieskolan om ett stort hälsobesök under första året och ett hälsosamtal under det andra året, men vill understryka att utökade uppdrag förutsätter resursförstärkningar. Utan detta finns en risk att kvaliteten påverkas och att det förebyggande och hälsofrämjande arbetet trängs undan.

Sammanfattningsvis välkomnar RFS en stärkt och mer likvärdig reglering av hälsobesök, men betonar behovet av en utvecklingsanpassad, behovsstyrd och resurseffektiv modell där elevens integritet, kvalitet i mötet och rätt användning av professionell kompetens står i centrum.

6.6.3 En hälsoenkät ska ligga till grund för hälsobesöket

RFS tillstyrker förslaget att en nationell hälsoenkät ska ligga till grund för de stora hälsobesöken, då detta kan bidra till ökad likvärdighet och kvalitet i genomförandet. RFS delar bedömningen att standardiserade enkäter är en viktig förutsättning för att systematiskt kunna fånga elevers behov och skapa ett gemensamt underlag för hälsosamtal och uppföljning.

RFS anser också att regeringen bör ge Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten i uppdrag att, i samverkan med Skolverket, ta fram både hälsoenkäten och tillhörande analysstöd.

RFS instämmer i att enkäten bör omfatta ett brett spektrum av områden såsom fysisk, psykisk och social hälsa, levnadsvanor, skolgång, relationer, utsatthet för våld och



kränkningar samt sexuell och reproduktiv hälsa. Samtidigt vill RFS betona vikten av att redan etablerade och kvalitetssäkrade frågebatterier, såsom EMQ och andra standardiserade och validerade hälsofrågor som används i många kommuner, tas tillvara i arbetet.

För att enkäten ska fungera i praktiken behöver den vara flexibel och möjlig att anpassa efter lokala förutsättningar och olika skolformer. Den bör utformas så att den är tillgänglig för alla elever, exempelvis genom flerspråkighet, bildstöd, enkla formuleringar samt alternativa sätt att besvara frågorna, såsom digitala lösningar eller muntligt stöd.

RFS vill även betona behovet av tydliga användarstöd, såsom manualer och samtalsstöd, för att säkerställa likvärdiga hälsosamtal. Vidare krävs strukturerade analysverktyg som möjliggör både kvantitativ och kvalitativ analys, så att resultaten kan tolkas korrekt och omsättas i relevanta insatser på individ-, grupp- och skolenhetsnivå, samt även på nationell nivå. RFS vill även lyfta behovet av att datainsamlingen utformas så att den inte innebär en ökad administrativ belastning för skolsköterskor och övrig elevhälsa, utan i möjligaste mån integreras i befintliga system.

6.7 Förstärkta möjligheter för insatser för lättare fysiska och psykiska vårdbehov

RFS tillstyrker förslaget under förutsättning att begreppet "lättare fysiska och psykiska vårdbehov" tydliggörs. RFS anser att benämningen *vårdbehov* bör ersättas med *besvär*, då begreppet *vårdbehov* signalerar en förskjutning mot en mer behandlande och vårdinriktad inriktning för elevhälsan. En sådan utveckling riskerar att skapa otydlighet kring elevhälsans uppdrag och leda till att verksamheten uppfattas som likvärdig med primärvården.

RFS betonar att elevhälsan, inklusive EMI, inte ska utgöra en behandlande vårdinstans. Redan idag görs första bedömningar av exempelvis huvudvärk, buksmärta, tidiga tecken på psykisk ohälsa och levnadsvanor inom elevhälsan, och vid behov sker hänvisning eller remittering till rätt vårdnivå. Denna funktion bör kvarstå och förtydligas, inte utvidgas.

RFS instämmer i att elevhälsans psykologiska och psykosociala insatser kan ge stöd vid lättare psykiska besvär, men framhåller att detta redan idag i stor utsträckning utförs av skolkuratorer. RFS delar utredningens bedömning att elevhälsans uppdrag fortsatt ska vara hälsofrämjande och förebyggande, och inte omfatta diagnostik, medicinering eller andra behandlande insatser.

RFS välkomnar därför utredningens ställningstagande att mer avancerade medicinska åtgärder, såsom uppföljning av medicinering, inte ska ingå i elevhälsans uppdrag, då detta annars riskerar att skapa otydlighet i ansvarsfördelning och påverka patientsäkerheten negativt.

Avslutningsvis vill RFS betona vikten av tydliga samverkansöverenskommelser mellan skolhuvudmän och hälso- och sjukvården, där ansvarsfördelningen klargörs. Det är även viktigt att regionens hälso- och sjukvård tar ett mer proaktivt ansvar i denna samverkan för att säkerställa att elever får rätt insatser på rätt nivå.



6.8 Förbättrad samverkan mellan elevhälsan, skolan i övrigt, hälso- och sjukvården och socialtjänsten

6.8.1 Sammanfattande bedömning om hur utredningens förslag förbättrar samverkan

RFS instämmer i utredningens bedömning att samverkan mellan elevhälsan, skolan i övrigt, hälso- och sjukvården samt socialtjänsten behöver förbättras, och delar uppfattningen att flera parallella insatser krävs för att åstadkomma detta. RFS ser positivt på att ett tydligare uppdrag, stärkt tillgång till elevhälsans professioner, samordnande funktioner och samverkansöverenskommelser kan bidra till bättre förutsättningar för samverkan.

RFS instämmer i att elevhälsans medicinska och psykologiska kompetens bör involveras inför kontakt med hälso- och sjukvården för att säkerställa ändamålsenlig samverkan.

RFS delar inte utredningens slutsats att vårdnadshavares deltagande i samtliga hälsobesök skulle minska risken för stigmatisering. RFS menar att den viktigaste och mest kontinuerliga kontakten mellan skola och hem sker via en mentor eller ansvarig lärare, och att samverkan bör utgå från denna relation. Elevhälsan, särskilt EMI, har redan idag en regelbunden kontakt med vårdnadshavare i samband med hälsobesök, vilket innebär att insatserna inte är stigmatiserande.

Sammanfattningsvis anser RFS att utredningens förslag kan bidra till förbättrad samverkan, men att detta förutsätter tydliga ansvarsförhållanden, rätt kompetens i respektive profession samt att befintliga samverkansstrukturer tas tillvara och utvecklas.

6.8.2 Vid varje skolenhet ska det finnas en samordnande funktion som ansvarar för att samordna insatser

RFS tillstyrker förslaget om en samordnande funktion i elevhälsan, då det finns en tydlig risk att elever med behov av insatser från flera aktörer inte får ett samordnat och ändamålsenligt stöd. En sådan funktion kan underlätta samverkan och bidra till att elevens behov bättre tillgodoses.

RFS betonar dock att den samordnande funktionen inte bör vara knuten till en fast person, utan utses utifrån elevens behov i varje enskilt fall. Det är avgörande att den som samordnar har god kännedom om elevens situation och, i möjligaste mån, är en person som eleven har förtroende för.

RFS delar bedömningen att funktionen kan underlätta för vårdnadshavare genom att fungera som en sammanhållande länk mellan skola, hälso- och sjukvård och socialtjänst. Samtidigt vill RFS understryka att uppdraget är resurskrävande och förutsätter tillräcklig tid, kompetens och kontinuitet. Det innebär ökade krav på samverkan, koordinering, uppföljning och tillgänglighet, vilket behöver beaktas i bemannings- och resursplanering, särskilt i verksamheter med högre andel elever i behov av samordning.



RFS anser vidare att uppdraget behöver tydliggöras avseende ansvar, mandat och avgränsning, samt hur samverkan med regionens hälso- och sjukvård och socialtjänsten ska organiseras, inklusive relationen till eventuell fast vårdkontakt. För att funktionen ska fungera i praktiken krävs gemensamt framtagna rutiner för samverkan och informationsdelning mellan berörda aktörer.

Sammanfattningsvis ser RFS positivt på en samordnande funktion, men betonar att uppdraget måste vara tydligt definierat, flexibelt utformat och resurssättas utifrån uppdragets omfattning. Utan tillräcklig tid, bemanning och organisatoriskt stöd finns risk att funktionen inte får avsedd effekt.

6.8.3 Skolhuvudmän ska ingå samverkansöverenskommelser med regionen

RFS tillstyrker förslaget att skolhuvudmän ska ingå samverkansöverenskommelser med regionen.

RFS delar utredningens bedömning att tydliga överenskommelser om kontaktvägar, ansvarsfördelning och informationsöverföring ökar förutsättningarna för snabbare insatser och att rätt aktör involveras i rätt tid. Särskilt viktigt är att det framgår hur samordning ska ske för elever i behov av insatser från både elevhälsa och regional hälso- och sjukvård, såsom primärvård, BUP och barnhabilitering.

RFS betonar vikten av att samverkansöverenskommelserna tydligt reglerar hur återkoppling ska ske, förutsatt att samtycke finns. Utan fungerande informationsöverföring riskerar elevhälsan att sakna avgörande kunskap om elevens funktionsförmåga, vilket kan påverka både lärande och hälsa negativt. RFS ser därför mycket positivt på förslagen som stärker ansvaret för informationsdelning mellan verksamheterna.

RFS instämmer i att elevhälsan, genom sitt tvärprofessionella arbete, ska göra samlade bedömningar inför kontakt med hälso- och sjukvården, exempelvis vid remittering till BUP. Samtidigt är det avgörande att samverkansöverenskommelserna skapar tydliga och jämbördiga strukturer, då det annars finns en risk för obalans mellan huvudmännen.

RFS tillstyrker även att ansvaret för att ingå överenskommelser läggs på skolhuvudmannen, samt att regionen åläggs motsvarande skyldighet enligt hälso- och sjukvårdslagen. Detta är en nödvändig förutsättning för att samverkan ska fungera i praktiken och bli likvärdig över landet.

Sammanfattningsvis bedömer RFS att förslaget skapar bättre strukturella förutsättningar för samverkan, men att dess genomslag är beroende av tydliga krav, väl fungerande rutiner och en reell balans i ansvarsfördelning mellan skola och hälso- och sjukvård.

6.9 Elevhälsans del i skolans kvalitetsarbete

RFS tillstyrker förslaget och delar bedömningen att elevhälsans samtliga professioner ska ingå i det systematiska kvalitetsarbetet.



RFS instämmer i att skolsköterskan bör ha en mer aktiv roll i kvalitetsarbetet och bidra med medicinsk kompetens och ett hälsoperspektiv, baserat på erfarenheter från exempelvis hälsobesök och mottagningsverksamhet. Samtidigt innebär detta ökade krav på sammanställning och analys av data, vilket riskerar att öka arbetsbelastningen och ta tid från elevnära arbete, särskilt då skolsköterskor ofta saknar administrativt stöd.

6.10 Elevhälsans huvudmannaskap och ledning

RFS delar utredningens bedömning att elevhälsans nuvarande huvudmannaskap är ändamålsenligt.

6.10.1 För- och nackdelar med nuvarande huvudmannaskap för elevhälsan

RFS delar utredningens bedömning av flera fördelar med nuvarande huvudmannaskap, såsom möjligheten till ett helhetsperspektiv på både skolans verksamhet och elevens skolsituation, samt goda förutsättningar för tillgänglighet, samverkan, samordning och kontinuitet.

Samtidigt instämmer RFS i att det finns tydliga brister, särskilt vad gäller likvärdighet, risk för att det pedagogiska perspektivet dominerar samt otillräcklig kompetens kring vårdgivaransvaret.

RFS vill särskilt lyfta att otillräcklig kunskap om hälso- och sjukvårdsuppdraget hos huvudmän och rektorer är en central utmaning. Mot denna bakgrund framstår det som problematiskt att lägga ett omfattande ansvar för exempelvis bemanningsplanering på rektor. RFS ser därför behov av ett tydligare medicinskt ledningsansvar, där verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagstiftningen ges ett tydligare mandat och ansvar för frågan. Detta för att säkerställa att det medicinska uppdraget ges tillräcklig tyngd och inte underordnas det pedagogiska perspektivet.

6.10.2 För- och nackdelar med kommunen som huvudman

RFS delar utredningens resonemang om fördelar och nackdelar med kommun som huvudman.

6.10.3 För- och nackdelar med regionen som huvudman

RFS delar utredningens resonemang om fördelar och nackdelar med regionen som huvudman.

6.10.4 Sammanfattande analys och ställningstaganden till elevhälsans huvudmannaskap

RFS delar utredningens bedömning att nuvarande huvudmannaskap för elevhälsan är ändamålsenligt. Det möjliggör en nära samordning med den pedagogiska verksamheten, främjar ett tvärprofessionellt arbetssätt och bidrar till ett helhetsperspektiv på elevers lärande,



hälsa och utveckling. Det skapar även goda förutsättningar för att erbjuda stöd i nära anslutning till elevernas skolvardag.

6.10.5 Insatser för att stärka huvudmannens styrning och ledning av elevhälsan medicinska insatser

RFS tillstyrker förslaget och delar utredningens bedömning att kunskapen om vårdgivaransvaret behöver stärkas hos både huvudmän och rektorer. RFS instämmer i att Socialstyrelsen bör få i uppdrag att ta fram stödmaterial, samt att Skolverket ska säkerställa att kunskap om hälso- och sjukvårdslagstiftningen ingår i rektorsprogrammet och skolchefsutbildningen.

RFS delar bedömningen att rektorer behöver tillräckliga kunskaper om EMI och att det finns behov av ökad förståelse för vårdgivaransvaret, medicinska professioners uppdrag samt relevanta regelverk, inklusive hälso- och sjukvårdslagen, patientlagen, patientdatalagen, patientsäkerhetslagen och offentlighets- och sekretesslagen.

RFS ser positivt på att rektor ges denna ökade kunskap men anser att utredningens formuleringar om att rektor ska "leda" dessa insatser är problematiska och behöver förtydligas. Det finns en tydlig risk för sammanblandning mellan ansvar enligt skollagen och hälso- och sjukvårdslagstiftningen.

EMI utgör hälso- och sjukvård och omfattas av hälso- och sjukvårdslagen och patientsäkerhetslagen. Det är vårdgivaren som bär det övergripande ansvaret och som utser verksamhetschef för EMI. Ansvaret kan inte övertas av rektor, om inte rektor formellt utsetts till verksamhetschef för EMI. Det finns inget krav på medicinsk kompetens för en verksamhetschef, vilket innebär att medicinsk kompetens då behöver säkerställas genom att rektor utser en medicinskt ledningsansvarig skolsköterska eller skolläkare (MLA). RFS bedömer att det inte är realistiskt eller ändamålsenligt att samtliga rektorer ska inneha rollen som verksamhetschef för EMI.

RFS vill understryka att verksamhetschefens ansvar för EMI avseende patientsäkerhet, kvalitet och medicinsk ledning är tydligt skilt från rektors uppdrag enligt skollagen. Formuleringar om att rektor ska leda eller styra EMI riskerar därför att ge en felaktig bild av ansvarsfördelningen.

Det måste också tydliggöras att rektor inte får fatta medicinska beslut. Bedömningar av vård, diagnostik och behandling är ett ansvar för legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal.

6.11 Nationell uppföljning av elevhälsan

RFS tillstyrker förslaget. RFS delar bedömningen att nationell uppföljning och utvärdering av elevhälsan är nödvändig för att säkerställa likvärdighet och kvalitet samt för att kunna följa utvecklingen över tid och bedöma effekten av nationella insatser.



RFS föreslår även att en nationell inspektionsenhet för elevhälsa inrättas, med medicinsk, psykologisk och social kompetens, som genomför regelbundna kontroller av elevhälsans kvalitet, utformning och resultat.

6.12 Förslagen föranleder inga ändringar gällande tystnadsplikt och sekretess

RFS delar utredningens bedömning att förslagen i utredningen inte föranleder några ändringar av offentlighets- och sekretesslagstiftningen.

7 Ikraftträdande och övergångsbestämmelser

RFS instämmer till viss del i utredningens förslag om ikraftträdande och övergångsbestämmelser. Vi ser inte behovet av en längre omställningsperiod, gällande hälso- och sjukvårdskuratorer då vi avstyrker detta förslag.

8 Konsekvenser av utredningens förslag

8.4.2 Alternativ till förslagen för att stärka elevhälsans medicinska, psykologiska och psykosociala insatser

RFS instämmer i utredningens bedömning att elevhälsan inte ska få ett mer utpräglat hälso- och sjukvårdsuppdrag. En sådan utveckling skulle riskera att skapa otydlighet i ansvarsfördelningen mellan skolhuvudman och region samt leda till en ökad och problematisk integrering med hälso- och sjukvården.

8.5 De som berörs av utredningens förslag

8.5.1 Statliga myndigheter

RFS vill betona att Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten och Skolverket bör ta tillvara befintlig kunskap genom att inhämta erfarenheter från kommuner och regioner som redan har väl utvecklade enkäter och arbets sätt för digital datainsamling.

8.5.2 Kommuner

RFS ställer sig tveksam till utredningens bedömning att behovet av speciallärare kan mötas genom en ökning av utbildningsplatser med över 80 procent, då detta bedöms vara svårt att realisera.

RFS delar inte heller utredningens uppfattning att behovet av elevhälsans professioner endast kommer att öka marginellt. Tvärtom bedömer RFS att förslagen kommer att leda till ett markant ökat behov, särskilt av skolsköterskor, skolläkare och psykologer.

RFS instämmer i att mindre kommuner kan ha särskilda svårigheter att rekrytera personal, bland annat på grund av tjänster som omfattar flera skolenheter.



RFS delar vidare utredningens bedömning att fler hälsobesök, nationell hälsoenkät och en stärkt elevhälsa kan leda till att fler barn i behov av stöd identifieras, vilket sannolikt ökar antalet orosanmälningar och behovet av samverkan mellan socialtjänsten, första linjens psykiatri och BUP.

Slutligen instämmer RFS i att ökad nationell styrning är nödvändig för att säkerställa likvärdighet, och att den inskränkning i det kommunala självstyret som förslagen innebär är proportionerlig i förhållande till målet att garantera alla elevers rätt till stöd och vård.

8.5.3 Regioner

RFS instämmer inte i utredningens bedömning att elevhälsans tidiga insatser skulle leda till färre besök i primärvården. Skolsköterskor arbetar redan i dag med att identifiera och hantera lindrig oro, sömnsvårigheter och enklare smärtproblematik, särskilt på skolor där skolsköterskan har en hög grad av fysisk närvaro. RFS vill samtidigt betona att detta är beroende av i vilken omfattning skolsköterskan finns närvarande på skolan. Mot denna bakgrund bedömer RFS inte att förslagen kommer att minska belastningen på hälso- och sjukvården.

RFS delar dock bedömningen att ett stärkt förebyggande arbete och tidigare identifiering av riskfaktorer kan leda till att fler elever initialt remitteras vidare, men att detta på sikt kan minska behovet av mer omfattande vårdinsatser.

RFS instämmer även i att ökad involvering av psykologer inför remittering till BUP kan bidra till mer välgrundade remisser och därmed minska behovet av kompletteringar och avslag.

Vidare delar RFS bedömningen att ökade krav på bemanning och tillgänglighet kan leda till ökad konkurrens om personal mellan skolhuvudmän och regioner, med stigande lönekostnader som följd.

Slutligen instämmer RFS i att behovet av en mer enhetlig och formaliserad samverkan mellan skola och hälso- och sjukvård väger tyngre än regionernas nuvarande handlingsutrymme.

8.5.6 Hur yrkesverksammas arbetsförutsättningar påverkas av förslagen

RFS instämmer i utredningens bedömning att förslagen sammantaget innebär ett ökat arbetsinnehåll för elevhälsans professioner. RFS vill dock tydliggöra att detta inte enbart kan, utan kommer att, medföra en ökad arbetsbelastning och därmed ett behov av att utöka tjänster eller anställa fler skolsköterskor, skolläkare, skolkuratorer och psykologer.

RFS instämmer i att psykologens roll kan stärkas och bli mer integrerad i det tvärprofessionella arbetet, men betonar samtidigt att även denna profession kommer att få en ökad arbetsbelastning som kräver förstärkta resurser.

RFS instämmer i att ökade krav på fysisk närvaro påverkar arbetsförutsättningarna, bland



annat genom ökade krav på planering, samordning och i vissa fall resor, vilket kan göra tjänster mindre attraktiva.

Slutligen delar RFS inte utredningens bedömning att resursbehovet endast ökar i begränsad omfattning. RFS bedömer att förslagen innebär ett markant ökat resurs- och bemanningsbehov, särskilt om förslaget om att skolläkare ska träffa alla elever genomförs.

8.6 Samhällsekonomiska konsekvenser

8.6.2 Kostnader för kommuner

RFS instämmer i att förslagen om förstärkta hälsobesök innebär ett ökat personalbehov, men anser att utredningens beräkningar av tidsåtgång och därmed kostnader är allvarligt underskattade. RFS vill tydligt framhålla att ett hälsosamtal inte, som utredningen anger, uppgår till 45 minuter inklusive för- och efterarbete. Enligt RFS erfarenhet motsvarar 45 minuter enbart direkt elevtid. Den faktiska tidsåtgången, inklusive förberedelser, dokumentation, samordning, uppföljning och hantering av elever med särskilda behov, uppgår till cirka 145–190 minuter per elev beroende på årskurs och behov.

RFS vill i detta sammanhang understryka att dessa uppgifter har framförts till utredningen under arbetets gång, men att de inte tycks ha beaktats i de slutliga beräkningarna.

Mot denna bakgrund bedömer RFS att utredningens beräkningar av personalbehov och kostnader är tydligt underskattade. Detta gäller även uppskattningen av bemanningsplanernas tidsåtgång, där utredningen underskattar både komplexiteten och antalet involverade professioner.

RFS delar inte utredningens bedömning av det ökade personalbehovets omfattning. De angivna nivåerna av heltidstjänster och ökad närvaro per skolenhet saknar förankring i verksamhetens verkliga tidsåtgång. RFS bedömer att samtliga skolor, inte endast vissa, kommer att behöva förstärka elevhälsan inom samtliga professioner för att kunna uppfylla kraven.

RFS vill särskilt framhålla att förslaget om att skolläkare ska träffa samtliga elever innebär en mycket omfattande och kostnadsdrivande insats, utan att det finns tillräcklig evidens för ett generellt behov. Det krävs dessutom samordning, dubbel bemanningstid och logistik för att få ihop tider som passar alla berörda parter.

Sammanfattningsvis bedömer RFS att utredningen kraftigt underskattar de ekonomiska konsekvenserna av förslagen. Den angivna kostnadsnivån framstår som orealistisk i relation till den faktiska tidsåtgången och det resursbehov som RFS erfarenhetsmässigt ser. RFS vill därför starkt betona att resurser måste prioriteras där de gör störst nytta.



8.6.4 Kostnader för staten

RFS instämmer i att förslagen innebär ökade kostnader för statliga aktörer såsom SPSM, Sameskolstyrelsen och SIS.

RFS delar dock inte utredningens beräkningar av kostnader kopplade till förstärkta hälsobesök och hälsosamtal. Eftersom utredningens uppskattning av tidsåtgång är tydligt underskattad, bedömer RFS att även kostnadsberäkningarna är felaktiga och i realiteten betydligt högre.

RFS ställer sig även frågande till utredningens beräkningar av tidsåtgång för bemanningsplaner, som anges till i genomsnitt åtta timmar per skolenhet. Med tanke på de omfattande analyskrav som föreslås bedömer RFS att detta kommer att kräva avsevärt mer tid och involvera fler professioner.

RFS avvisar även utredningens uppskattningar av ökad närvaro per skolenhet, som bedöms till några få timmar per vecka, då dessa framstår som orealistiskt låga i förhållande till uppdragets omfattning och faktiska tidsåtgång.

Samtidigt instämmer RFS i utredningens övergripande bedömning att tidig identifiering av ohälsa kan ge positiva samhällsekonomiska effekter genom förbättrad hälsa, bättre skolresultat och ökade möjligheter till etablering på arbetsmarknaden.

8.6.5 Finansiering

RFS delar inte utredningens bedömning av de kostnader som redovisas i tabell 8.11. RFS menar att utredningens beräkningar saknar förankring i verksamhetens verklighet och bygger på en kraftig underskattning av tidsåtgången för såväl stora som små hälsobesök. Utredningen anger att ett hälsosamtal totalt uppgår till cirka 45 minuter, medan RFS erfarenhet visar att denna tid enbart motsvarar direkt elevtid. Den faktiska tidsåtgången, inklusive för- och efterarbete, uppgår i stället till cirka 145–190 minuter per elev.

Denna felbedömning får genomgripande konsekvenser för samtliga kostnadsberäkningar. RFS bedömer därför att de redovisade kostnaderna är systematiskt underskattade och inte ger en rättvisande bild av det faktiska resursbehov som förslagen innebär. Mot denna bakgrund finns en uppenbar risk att den föreslagna finansieringen blir otillräcklig i förhållande till uppdragets omfattning.

8.7 Övriga konsekvenser av utredningens förslag

8.7.1 Konsekvenser utifrån FN:s konvention om barns rättigheter

RFS instämmer i att utredningens förslag sammantaget stärker barns rätt till bästa möjliga hälsa enligt barnkonventionen, bland annat genom ett tydligare uppdrag för elevhälsan, fler och mer strukturerade hälsobesök samt införandet av en nationell hälsoenkät. Förslagen bedöms förbättra möjligheterna att tidigt identifiera och stödja barn med psykisk och social



ohälsa samt bidra till ett mer sammanhållet och förebyggande arbete där hälsa och lärande ömsesidigt förstärker varandra.

RFS betonar samtidigt vikten av att elevhälsans tvärprofessionella kompetens fortsatt används för att utveckla lärmiljöer och undanröja hinder på organisationsnivå, som en förutsättning för att tillgodose barnets bästa.

RFS avstyrker förslaget att vårdnadshavare ska kallas till samtliga stora hälsobesök, med hänvisning till barnets rätt till integritet, och anser att vårdnadshavare bör kallas till besöket i årskurs 1 och därefter erbjudas att delta.

RFS instämmer vidare i att förslagen särskilt kan gynna barn i glesbygd och i socioekonomiskt utsatta områden genom tidigare upptäckt av ohälsa, förbättrad samverkan och mer likvärdig tillgång till stöd.

8.7.5 Konsekvenser för brottsligheten och det brottsförebyggande arbetet

RFS instämmer i utredningens bedömning att faktorer såsom skolfrånvaro, låga skolprestationer, bristande vuxenkontakt, psykisk ohälsa och social utsatthet ökar risken för normbrytande beteende, medan god skolanknytning, stabil vuxennärvaro och god psykisk hälsa utgör viktiga skyddsfaktorer. RFS delar vidare bedömningen att ett tydligare uppdrag för elevhälsan, i kombination med ett stärkt förebyggande och hälsofrämjande arbete, skapar bättre förutsättningar att tidigt identifiera och möta riskfaktorer.

En mer tillgänglig och närvarande elevhälsa ökar möjligheterna att i ett tidigt skede ge samordnat stöd till elever med psykisk ohälsa, social problematik eller risk för skolavbrott, vilket är centralt i det brottsförebyggande arbetet.

9 Författningskommentar

9.1 Förslaget till lag om ändring i skollagen (2010:800)

RFS tillstyrker att det i 25 § första stycket införs bestämmelser som förtydligar elevhälsans syfte att skapa förutsättningar för och stödja elevers lärande, hälsa och utveckling.

RFS ställer sig dock kritisk till utformningen av 25 a §. Formuleringen att det ska finnas "tillgång till" angivna professioner innebär, enligt RFS bedömning, att det fortsatt finns ett betydande tolkningsutrymme, vilket riskerar att motverka syftet om ökad likvärdighet. Vidare avstyrker RFS kravet på legitimerad hälso- och sjukvårdskurator.

RFS avstyrker förslaget i 25 c §. RFS bedömer att regleringen riskerar att i praktiken etablera lägstanivåer som huvudmän anpassar verksamheten till, snarare än att utgå från elevers faktiska behov. Detta kan leda till en normering där formell tillgänglighet prioriteras framför kvalitet och ändamålsenlig resursfördelning.



RFS avstyrker förslaget i 27 §. RFS anser att hälsobesök bör genomföras i årskurs 9 i stället för årskurs 8, då förslaget annars inte tillräckligt beaktar elevers utvecklingsfas och riskerar att generera ett ökat behov av uppföljande insatser. RFS avstyrker även ett generellt krav på att skolläkare ska träffa samtliga elever och bedömer att detta inte är en ändamålsenlig användning av resurser. Det saknas dessutom stöd för en sådan ordning i det WHO-underlag som utredningen hänvisar till.

RFS avstyrker vidare förslaget i 28 a § och motsätter sig införandet av lagstadgade tidsfrister.

9.2 Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

RFS tillstyrker förslaget.

Maria Göransdotter Hammar

*Ordförande
Riksföreningen för skolsköterskor*

Åsa Råhlén

*Ledamot
Riksföreningen för skolsköterskor*

Agneta Fröjdman

*Ledamot
Riksföreningen för skolsköterskor*

Jenny Nordfors

*Ledamot
Riksföreningen för skolsköterskor*

Camilla Collan

*Ledamot
Riksföreningen för skolsköterskor*

Marie Wahlman

*Ledamot
Riksföreningen för skolsköterskor*

Christina Harang

*Ledamot
Riksföreningen för skolsköterskor*

Kristina Norman

*Ledamot
Riksföreningen för skolsköterskor*

Natalie Holst

*Ledamot
Riksföreningen för skolsköterskor*