



2021-10-03

Socialdepartementet

E-post: s.remissvar@regeringskansliet.se o

Diarienummer S2021/04102

Yttrande över delbetänkandet Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga, SOU 2021:34, D nr S2021/04102

Remissvar från Svenska skolläkarförbundet

Svenska skolläkarförbundet SSLF, som grundades 1921, företräder läkare verksamma inom skolhälsovården/elevhälsans medicinska insats, EMI. Förbundet ingår i såväl Sveriges läkarförbund som i Svenska läkaresällskapet. SSLF lämnar följande synpunkter på delbetänkandet SOU 2021:34, Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga.

Sammanfattning

Vi välkomnar utredningens uppdrag att utreda barns och ungas behov utifrån ett sammanhållet helhetsperspektiv på hälsa. Att utredningen betonar vikten av hälsofrämjande och förebyggande arbete tillsammans med vikten av tidig upptäckt och tidiga insatser vid risk för ohälsa eller etablerad sådan, är mycket bra. Likaså att utredningen genomsyras av ett stärkt barnrättsperspektiv.

Utredningen är också viktig då den tydligt beskriver vikten av att omställningen av svensk hälso- och sjukvård till en sammanhållen, personcentrerad, god och nära vård måste tydligt inkludera också barn och unga.

Vi instämmer till stora delar i utredningens förslag. Särskilt välkomnar vi förslagen på stärkt nationell styrning genom tydligare lagreglering av hälsofrämjande arbete och krav på samverkan, samt förslaget om ett nationellt barnhälsovårdsprogram 0-20 år.

Likaså delar vi utredningens förslag på sex steg för ett bättre stöd till barn och unga med psykisk ohälsa. Detta förutsätter en välfungerande bas och första linjen med primärvård, elevhälsa och socialtjänst i nära samverkan.

För en likvärdig elevhälsa som når alla barn, som möjliggör tidig upptäckt av barn i behov av stöd och som kan vara en tillgänglig och väl fungerande första linje för barn och unga med psykisk ohälsa, menar vi att resurser måste tillföras så att alla professioner inom elevhälsan blir väl dimensionerade.

Vi är övertygade om att ett motsvarande resurstillskott också behövs inom primärvården.

Vi delar inte utredningens bedömning i skrivningarna som öppnar upp för att i framtiden pröva ett regionalt huvudmannaskap för hälsouppföljningar på barn och unga i skolåldern. Vi bedömer att det är oerhört viktigt att fortsatt ha en sammanhållen elevhälsa, inklusive EMI, i skolan, och under skolhuvudmannens ansvar. Det vore mycket olyckligt att lyfta ut EMI eller delar av EMI från skolans elevhälsa. Det skulle leda till en ökad fragmentisering, sämre kontinuitet och försämrad tillgänglighet då regionen knappast kan klara en så hög närvaro i skolan, som EMI har. Hälsöfrämjande och förebyggande insatser till barn och unga ges bäst i skolan för att säkra sammanhållet helhetsperspektiv på hälsa och nå alla barn och unga, även de mest utsatta. Däremot är det viktigt med en stärkt samverkan mellan regionens primärvård och EMI samt ett ökat partnerskap dem emellan.

Vidare menar vi att det i nationella styrdokument måste förtydligas att EMI alltid är en hälso- och sjukvårdsverksamhet. Det är olyckligt att EMI inte nämns i hälso- och sjukvårdslagen som en hälso- och sjukvårdsverksamhet på samma sätt som regionala hälso- och sjukvård samt kommunal hälso- och sjukvård till äldre.

Det borde framgå inte bara i skollagen, utan också i hälso- och sjukvårdslagen, att EMI är hälso- och sjukvård, på samma sätt som mödrahälsovård och barnhälsovård är det. Särskilt viktigt blir detta då utredningen föreslår ändringar i hälso- och sjukvårdslagen så att det tydligt framgår att hälsöfrämjande arbete ingår i hälso- och sjukvården.

Vi vill också särskilt lyfta att det finns ett stort behov av att i skollagen förtydliga att EMI:s uppdrag är att arbeta hälsöfrämjande och förebyggande ur ett helhetsperspektiv på barns och ungas hälsa. Formuleringarna i dagens skollag är uppenbart otydliga och tolkas i praktiken ofta som att EMI:s hälsouppdrag enbart är att stödja elevernas utveckling mot kunskapsmålen i skolan. Detta trots att det i skollagen tydligt står att hälsobesöken inom EMI ska innefatta allmänna hälsokontroller och att EMI ansvarar för genomförandet av det allmänna vaccinationsprogrammet till barn i skolåldern.

I den sammanhållna goda nära vård som utredningen föreslår kommer EMI att få en central roll för barn i skolåldern. Det är då oerhört viktigt att EMI:s resurser och inte minst dimensionering av skolläkare stärks. Likaså behöver kompetenskraven på skolläkare höjas. Det är oacceptabelt att det kan räcka med krav på enbart läkarlegitimation. Det måste till krav på att skolläkaren ska ha en relevant specialistkompetens. I dagsläget specialistkompetens i skolhälsovård, barnmedicin, allmänmedicin eller barnpsykiatri. På sikt måste målet vara krav på specialistkompetens i skolhälsovård.

SSLF har varit representerade i referensgrupp till utredningen, men ser att det borde ha funnits skolläkare med som expert i utredningen. I framtiden ser vi det som nödvändigt att skolläkare finns med som expert i utredningar som rör barn och ungas hälsa samt i myndigheters uppdrag att ta fram allmänna råd, riktlinjer och vägledningar. I närtid är det särskilt viktigt att

skolläkare finns med som expert i framtagandet av det nationella barnhälsovårdsprogrammet, vägledning till skolhuvudmäns och rektorers ansvar i fråga om hälso- och sjukvård.

Synpunkter på utredningens beskrivning av bakgrund, nuläge och problembild

Vi delar i huvudsak utredningens beskrivning av detta. Kanske skulle man mer betonat den bristande samverkan och samordningen ofta leder till att barn bollas runt mellan olika vårdverksamheter och vårdnivåer, där konsekvensen blir att ingen tar ansvar, utan barn och familjer hamnar i ett ingenmansland. Inte alls ovanligt att remisser skicks fram och tillbaka mellan specialistnivån, primärvård och EMI. Specialistverksamheten bedömer att problembeskrivningen i remissen inte kräver specialistnivåns kompetens samtidigt som primärvården eller EMI bedömer att problemen är för komplexa för att hanteras i primärvård/EMI. Vi menar att utvecklingen mot tydlig ansvarsfördelning ibland skapat så skarpa gränser att barn med komplex problematik, som inte tydligt beskrivits i ansvarsfördelningen hamnar i en gråzon, där ingen tar ansvar.

Synpunkter på utredningens förslag och bedömningar

6.2 Förtydligande av skyldigheten att arbeta för att främja hälsa

Bra förslag att i hälso- och sjukvårdslagen förtydliga att hälso- och sjukvården ska arbeta för att främja hälsa liksom att Socialstyrelsen får meddela föreskrifter om hälso- och sjukvårdens arbete med att främja hälsa och förebygga ohälsa.

6.3 Nationellt hälsovårdsprogram för barn och unga

Mycket bra och efterlängtat förslag. Vi delar helt utredningens beskrivning av ett styrande och evidensbaserat nationellt hälso- och sjukvårdsprogram för att säkra kvalitet och likvärdighet över landet. Viktigt att denna hälsouppföljning utgör grunden i det hälsofrämjande och förebyggande arbetet och att insatser ska ges på såväl generell som indikerad och selektiv nivå. Bra att föräldraskapsstöd ska ingå som en central del i programmet och att också det ges på tre nivåer, generell och riktat enskilt eller i grupp. Viktigt att i bas och första linjen utveckla föräldrakunskapsstöd till föräldrar med barn som utmanar mer än andra, exv barn med regleringssvårigheter, men inte av sådan grad att det föranleder remiss till den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri. Vår erfarenhet säger oss att en sådan tidig insats tillsammans och gärna samordnat, med tidigt och adekvat särskilt stöd skulle kunna förebygga en negativ utveckling hos barnet gällande både hälsa och lärande.

I framtagandet av ett nationellt barnhälsovårdsprogram är det viktigt att skolläkare finns med som expert i det arbetet.

6.4 Organisering, planering och samverkan i hälso- och sjukvården som riktar sig till barn och unga

Bra med lag reglerat krav på samverkan mellan region och skolhuvudmännen.

Nödvändigt och bra lyfta att barnrättsperspektivet systematiskt måste integreras i planering och organisering av hälso- och sjukvården, liksom att barn- och unga bör göras mer delaktiga. Vi tror att kravet behöver vara dubbelriktat med krav också på skolhuvudmannen och inte minst EMI att samverka med regionen.

Bra med stärkt krav på samverkan för att minimera risken för bollande mellan olika verksamheter bas, första linjen och specialistnivån. Allt för ofta erfar vi att barn och unga med komplext sammansatta behov inte tydligt tillhör någon verksamhets ansvar, utan bollar runt och faller ständigt mellan stolarna.

För barn och unga med utvecklingsrelaterade/neuropsykiatriska funktionsnedsättningar, som haft kontakt med BUP och Habilitering behöver bra övergång till specialistnivå för unga vuxna förberedas och säkras. Viktigt att denna övergång individualiseras och anpassas till den unge vuxnes mognad och utvecklingstakt.

6.5 Fast vårdkontakt för barn och unga

Bra förslag. Bör i detta sammanhang betonas att det är önskvärt att EMI kan vara en viktig part i ett patientkontrakt och i vissa fall ha en samordnade roll tillsammans med regionens fasta vårdkontakt. Det är i dag vanligt att EMI, och då särskilt skolsköterskan får en samordnade roll, då skolsköterskan är närvarande på skolan och regelbundet följer många barn. Kontinuitet inom EMI är lika viktigt som i övrig hälso- och sjukvård varför fast vårdkontakt avseende skolsköterska och skolläkare bör vara möjligt för barn som önskar det eller bedöms vara i behov av det.

Oerhört viktigt att, i mer komplexa situationer där barnet eller den unge har kontakt med många aktörer, namngiven samordnare utses.

6.6 Vägledning för rektorer och skolhuvudman

Också detta är ett bra förslag och helt nödvändigt. Det råder i dag stor otydlighet och okunskap på vad EMI är och hur EMI ska styras. Vi har noterat att även utredningen i något textavsnitt ger uttryck för en anmärkningsvärd beskrivning av EMI: *"den verksamhet som bedrivs av elevhälsans medicinska insats definieras i regel som hälso- och sjukvård"*. EMI är alltid en hälso- och sjukvårdsverksamhet. Vi tänker att EMI motsvarar BHV/barnhälsovården som hälso- och sjukvårdsverksamhet. Där tänks aldrig i termer av att BHV i regel definieras som en hälso- och sjukvårdsverksamhet.

När skolläkaren eller skolsköterskan exempelvis deltar på elevhälsoteam är det på uppdrag inom en hälso- och sjukvårdsverksamhet under respektive legitimation och hälso- och sjukvårdens regelverk. Det är direkt jämförbart med när andra vårdverksamheter samverkar i möten med verksamheter som inte är hälso- och sjukvård/vårdverksamhet.

Vi bedömer att det inte är tillräckligt med förtydligande i en vägledning utan att EMI:s uppdrag också behöver förtydligas i skollagen. Det ska inte råda någon tvekan om att EMI:s uppdrag är att arbeta med ett helhetsperspektiv på barns och ungas hälsa. Formuleringarna i dagens skollag är uppenbart otydliga och tolkas i praktiken ofta som att EMI:s hälsouppdrag enbart är att stödja elevernas utveckling mot kunskapsmålen i skolan. Detta trots att de i skollagen tydligt står att hälsobesöken inom EMI ska innefatta allmänna hälsokontroller och att EMI ansvarar för genomförandet av det allmänna vaccinationsprogrammet till barn i skolåldern.

Vidare behöver det medicinska ledningsansvaret för EMI förtydligas. Det är lagkrav på att skolläkare ska finnas i EMI. För de medicinska ledningsuppgifterna i en hälso- och sjukvårdsverksamhet med krav på läkare, menar vi att läkare också måste ha ansvar för vissa medicinska ledningsuppgifter på motsvarande sätt som i övrig hälso- och sjukvårdsverksamhet där läkarkompetens.

I framtagandet av den föreslagna vägledningen är det viktigt att SSLF är med som experter i framtagandet av vägledningen.

6.7 Sex steg för ett bättre stöd till barn och unga med psykisk ohälsa

Bra förslag att stärka bas och första linjen och då inte minst främjande och förebyggande arbete, men även bedömning, utredning och behandling på den nivån. Förslag bör leda till en bättre nivåstrukturering med öka insatser mot psykisk ohälsa på primärvårdsnivå och därmed minska belastning och köer till BUP. Att stärka bas och första linjen bör rimligen också leda till en minskad medikalisering/psykiatisering av psykiska symtom kopplat till livssituationer och händelser. Symtom som inte kräver hälso- och sjukvårdsinsatser utan annat stöd.

Första Linjen består av samtalsterapeuter som ofta, men inte alltid är psykologer. Psykisk ohälsa hos barn och unga behöver dock ses i ett bredare perspektiv än ur endast ett psykologiskt perspektiv. Bakom oro och ångest finns mycket ofta neuropsykiatriska funktionsnedsättningar och skolvårigheter. Elevhälsan bör inkluderas i första linjen mottagning, gärna i samverkan med delar av primärvård och socialtjänst, för barn i skolåldern. Vi finns där barnen finns. Barnen kan söka själva. Vi når alla barn i alla samhällsklasser, oavsett hemförhållanden och oavsett på vilken vårdcentral de är listade. I elevhälsan finns förutom kurator och psykolog även specialistutbildad skolsjuksköterska och specialistutbildad skolläkare.

Det är viktigt att i första linjen verksamheter ha multidisciplinära team för bedömning och basal utredning. Detta är nödvändigt för att öka träffsäkerhet och kvalitet i behandlande insatser och inte missa tidiga tecken på allvarigare psykisk ohälsa, funktionsnedsättningar eller somatiska tillstånd som manifesteras i psykiska symtom. Lika viktigt är det att fånga psykiska symtom som kommer till uttryck i kroppsliga besvär. För bedömningar innan behandling krävs legitimerad personal, minst läkare och psykolog.

Vill betona att förslagen som utredningen föreslår kräver resurstillskott och utökad dimensionering av EMI, inte minst skolläkare.

Hela elevhälsan behöver stärkas med både resurser och kompetenser. Hela skolan behöver få ökade resurser för att kunna erbjuda det särskilda stöd och de anpassningar som barn behöver då det finns ett starkt dubbelriktat samband mellan lärande och hälsa.

6.7.1 Ett bredare förhållningssätt till psykisk hälsa.

Bra och viktigt att bredda perspektivet och inom skolan införa evidensbaserade generella och indikerade främjande och förebyggande insatser.

SLS, Svenska Läkaresällskapets arbete Kraftsamling för ungas psykiska hälsa, där SSLF också aktivt deltagit, har identifierat fem evidensbaserade insatsområden och föreslår utifrån dessa följande fem konkreta åtgärder:

- Regelbunden strukturerad fysisk aktivitet i anslutning till skoltid.
- Balans mellan tid ägnad åt digitala medier och hälsofrämjande aktiviteter.
- "Livskunskapsprogram" som stärker självkänsla, stresshantering och skapar positiva förändringar.
- Anpassa kunskaps- och betygskrav till ungas utveckling och förutsättningar.
- Tidig upptäckt och stöd till unga med ökad risk för sämre psykisk hälsa.

Dessa insatser bör snarast breddinföras i skolan.

6.7.2. Ett nationellt hälsovårdsprogram, med skärpt fokus på psykisk hälsa, som erbjuds av en sammanhållen barn- och ungdomshälsovård.

Vi delar helt utredningen bedömning att detta är central förutsättning för att främja psykisk hälsa och förebygga psykisk ohälsa hos barn och unga.

6.7.3. Ökad tydlighet i primärvårdsuppdraget när det gäller psykiska vårdbehov hos barn och unga.

Bra och helt nödvändigt att utveckla en vårdnivå mellan elevhälsa och den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrien.

För att detta ska bli verklighet krävs en tydlig långsiktig plan för omfördelning och resurstillskott till primärvården samt en kompetensutvecklingsplan som inkluderar grund- och specialistutbildningarna för berörd legitimerad personal.

Många fördelar med att stärka samverkan mellan primärvård och elevhälsan, särskilt EMI.

6.7.4. Primärvården och den nära vården behöver stärkas med resurser, kompetenser och metoder för att kunna möta barn och unga med psykiska vårdbehov.

Vi instämmer helt i detta, men vill påminna att primärvården måste arbeta i nära samverkan med EMI, övrig elevhälsa och vid behov även socialtjänst.

6.7.5. Den specialiserade vården behöver stärka sin konsultativa roll och bli mer nära och tillgänglig för primärvården och elevhälsan.

Bra, men viktigt också att säkra resurser, kompetens och kvalitet på den specialiserade nivån så att barn kan erbjudas en likvärdig vård på alla nivåer. Det finns många vittnesmål om ojämn tillgång och kvalitet i landet. Det är med andra ord inte bara tillgänglighet och brister i samverkan som är orsak till att barn bollas runt utan kanske också en generell resurs- och kompetensbrist på alla nivåer gällande barn och ungas psykiska hälsa.

6.7.6. Den specialiserade vården, socialtjänsten, förskola/skola och elevhälsan behöver samordna sig kring barn och unga med stora och långvariga behov.

Bra och mycket viktigt för att ha ett helhetsperspektiv på barnet, kunna arbeta med barnet och säkra barnrättsperspektivet. Viktigt att betona att även den specialiserade hälso- och sjukvården behöver stärka sin samverkan kring enskilda barn, mellan sina olika specialiserade enheter liksom att primärvården också kan behöva ingå i samverkan kring barn och unga med stora och långvariga behov.

6.8 Förutsättningar för ett samlat huvudmannaskap för barn- och ungdomshälsovården

Vi stödjer till fullo utredningens förslag här. Vi menar att fördelarna med att EMI är skolhuvudmannens ansvar är stora och helt avgörande för tillgänglighet och likvärdighet. De problem som ses idag beror inte på huvudmannaskapet utan på att EMI inte prioriterats tillräckligt högt när det gäller resurser och nationell styrning av uppdraget.

EMI i en sammanhållen elevhälsa på skolan har optimala förutsättningar att nå alla barn med såväl generellt som riktat främjande och förebyggande arbete. Täckningsgraden i hälsobesök och vaccinering är mycket hög när detta erbjuds på skolan, i barns vardag där alla barn nås, även de mest utsatta barnen. Tillgängligheten för barn med ohälsoproblem kan knappast bli högre än tillgång till en väldimensionerad EMI på skolan.

Samverkan med regionen är viktigt och behöver utvecklas. En närmare samverkan, ett ökat partnerskap med primärvården är viktigt att utveckla, men kräver resurser såväl personella som kompetensmässiga.

Att utveckla samverkan mellan olika huvudmän och även bedriva samordnade verksamheter med olika huvudmän har visat sig fungera mycket väl i familjecentraler och på ungdomsmottagningar. Vi menar att det är modeller som behöver utvecklas och ställer oss positiva till mer sammanhållen barn- och ungdomshälsa där EMI ges en central roll.

Ändrat huvudmannaskap löser inte de problem som finns idag. Problem med samverkan och samordning finns idag inte bara mellan kommun och region utan också mellan olika kliniker/enheter inom regionen. Gemensam huvudman ingen garant för samverkan och samordning.

I stället finns lösningen i att utveckla gränsöverskridande teambaserade arbetssätt med barnet i centrum i mer samverkande och sammanhållna verksamheter. För detta behövs resurstillskott som möjliggör evidensbaserat främjande och förebyggande arbete samt tidiga insatser.

6.9 Bör regionen ansvara för sammanhållen hälsouppföljning för barn och unga?

Nej, regionen bör inte ansvara för en sammanhållen hälsouppföljning. Något som utredningen också kommit fram till, men tyvärr öppnat upp för att överväga i framtiden om implementering av nationella hälsoprogrammet skulle misslyckas. Vi bedömer av flera skäl att det är olyckligt att utredningen inte tydligt föreslår oförändrat huvudmannaskap.

Strukturerad hälsouppföljning och uppföljning av något som fångats vid hälsobesöken sker bäst sammanhållet på skolan av skolläkare och skolsköterskor.

Med ett oförändrat samlat huvudmannaskap för hela elevhälsa, även EMI, säkras hög kontinuitet och tillgänglighet liksom en hög täckningsgrad i hälsoprogram, inklusive vaccinering. I många fall krävs också en samverkan med övrig elevhälsa och personal i skolan.

Om delar av EMI:s uppdrag flyttas från skolhuvudmannen riskeras en försämring av kontinuitet och tillgänglighet. Inte minst gäller det tillgänglighet till skolsköterska och skolläkare för de mest utsatta barnen. Enligt barnkonventionen ska barn själva kunna ta initiativ och söka själva. Det möjliggörs med den höga tillgänglighet till skolsköterska som finns på de flesta skolor.

Dagens problem med sammanhållen statistik löses heller inte genom ett regionalt huvudmannaskap utan genom att säkra att våra dokumentationssystem automatiskt tankas över i kvalitetsregister och hälsodataregister. Ett steg som skulle underlätta detta vore en sammanhållen journal.

Att föreslå att förslaget om regionalt ansvar för hälsouppföljning återkommer om vi inte lyckas, känns inte seriöst. Märkligt också att öppna upp för just ett regionalt huvudmannaskap när huvudmannastrukturen för dagens regionala hälso- och sjukvård i en framtid kan se annorlunda ut än idag.

Viktigt och självklart är däremot att införandet av ett nationellt hälsoprogram följs upp och utvärderas, samt att detta görs förutsättningslöst. Vilka åtgärder som kan bli aktuella vid brister måste styras av vad som framkommer i uppföljning och utvärdering.

En förutsättning för att lyckas är att adekvata resurser tillförs. Riskerna är uppenbara att otillräckligt resurstillskott till EMI omöjliggör en lyckad implementering av det föreslagna hälsoprogrammet. Ett annat huvudmannaskap löser inte det, tvärtom riskerar det leda till en ökad fragmentisering.

Synpunkter på utredningens konsekvensanalys av förslagen i utredningen

Under förutsättning att tillräckligt med resurser tillförs till den omställning som utredningen föreslår ser vi positiva konsekvenser för barns och ungas hälsa. Likaså att barns och ungas rätt till en lättillgänglig, jämlik och likvärdig hälso- och sjukvård stärks.

Främjande och förebyggande hälsoarbete tidigt i livet tillsammans med tidiga insatser är en god investering som, om de är väl underbyggda och vetenskapligt förankrade, leder till bättre hälsa, lärande, utbildning och mindre social utslagning.

Vi har svårt att i detalj kommentera de förväntade kostnaderna för omställningen till en starkare bas och första linjen, men känner en oro för att de kostnaderna för nödvändiga förstärkningar av EMI är underskattade. Här vill vi särskilt lyfta vikten av en adekvat och över landet likvärdig dimensionering av skolläkare med specialistkompetens.

Avslutande kommentarer

Vi vill avslutningsvis betona att det också inom den specialiserade barnsjukvården som barn- och ungdomspsykiatri, habilitering, barnmedicin, barnlogopedi m fl, finns ett stort behov av att utveckla samverkan och mer sammanhållna arbetssätt med barnet i centrum.

Det finns också på denna nivå ett stort problem med fragmentisering. Inte minst gäller detta barn med utvecklingsrelaterade/neuropsykiatriska funktionsnedsättningar där barns behov och barns rätt åsidosätts av organisatoriska strikta, ofta diagnosbaserade, gränser gällande ansvarsfördelning. Barn bollas runt, faller mellan stolarna och får inte adekvat hjälp, stöd, behandling och habilitering. Det är inte ovanligt att olika kliniker ansvarar för olika tillstånd som adhd, språkstörning, autism, intellektuella funktionsnedsättning osv, trots att dessa tillstånd ofta förekommer samtidigt, påverkar varandra och barnets sammantagna funktionsnedsättning. Lika splittrade kan stöd-, behandlings- och habiliteringsinsatser.

Vi vill se en utveckling av det som ofta benämns ESSENCE team (ESSENCE = Early Symtomatic Syndromes Eliciting Neurodevelopmental Clinical Examination). Dvs specialiserade multidisciplinära och tvärasektoriella team med barnet i centrum. Team som kan bedöma barns utvecklingsavvikelse inom olika områden och väga samman detta ur ett helhetsperspektiv.

Utvecklar vi sammanhållna arbetssätt med barnet i centrum och ett helhetsperspektiv på hälsa i bas och första linjen (primärvård och EMI), så måste motsvarande utveckling också ske på specialistnivån.

För Svenska skolläkarföreningen SSLF:

Josef Milerad
ordförande SSLF

Eva Nordin-Olson
styrelseledamot SSLF