Handbogsrum α

Skole-sundhedstjenesten

Betænkning afgivet af
det af sundhedsstyrelsen den 24. april 1980
nedsatte udvalg

ex. 2
DET JURIDISKE LABORATORIUM VED KØBENHAVNS UNIVERSITET

BETÆNKNING NR. 933
KØBENHAVN 1981

ISBN 87-503-3738-6

InO2nO2-88-bet.
B. Stougaard Jensen . København

Indholdsfortegnelse

Side

KAPITEL I. INDLEDNING 7

1.1. Udvalgets nedsættelse og kommissorium. 7
1.2. Udvalgets sammensætning 8
1.3. Tilrettelæggelse af udvalgets arbejde 9
1.4. Opbygning af betænkningen I3
1.5. Udvalgets hovedsynspunkter 14

KAPITEL II. GÆLDENDE SKOLELÆGEORDNING, HISTORISK BAGGRUND, STRUKTUR OG RESSOURCEANVENDELSE. 21

2.1. Historisk udvikling i hovedtræk 21
2.2. Gældende skolelægeordning. 23
2.3. Organisation og struktur 26
2.4. Forsøgs- og udviklingsarbejde 42
2.5. Ressourceanvendelse 45

KAPITEL III. ORDNING I ANDRE NORDISKE LANDE. 53

3.1. Norge 53
3.2. Sverige 54
3.3. Finland 55

KAPITEL IV. SKOLEBØRNS SUNDHEDSTILSTAND 57

4.1. Indskolingsfasen 58
4.2. Midtskolefasen 6l
4.3. Udskolingsfasen 62
4.4. Generelt om børnegruppen 64
4.5. Sygdomsmønster og samfundsudvikling 67

KAPITEL V. MÅLSÆTNING OG FUNKTIONER.. . . . . 7o

5.1. Overordnet målsætning 7o
5.2. Indskolingsfasen 74
5.3. Udskolingsfasen 82
5.4. Screening 93

Side

5.5. Sundhedspædagogik og rådgivning ... 111
5.6. Tværfagligt samarbejde ... 117
5.7. Børn med behov for særlige sundhedsmæssige foranstaltninger ... 118
5.8. Smitsomme sygdomme og vaccinationer ... 122
5.9. Skolehygiejniske forhold ... I23
5.10. Andre funktioner ... 124
5.11. Udbygget skolesundhedstjeneste tilpasset lokale forhold herunder konsulentfunktioner ... 125

KAPITEL VI. FORSKELLIGE RESSOURCEMODELLER ... 128

6.1. Omlægning og effektivisering af den gældende ordning ... 128
6.2. Ændring af strukturen i den gældende ordning ... I36
6.3. Sammenfatning ... I4I

KAPITEL VII. ORGANISATION, PLANLÆGNING M.V. ... 143

7.1. Organisation ... 143
7.2. Planlægning ... 145
7.3. Skolesundhedsudvalg ... 146
7.4. Forsøgsvirksomhed ... 148

KAPITEL VIII. UDDANNELSE OG ANSÆTTELSE AF PERSONALE ... 15o

8.1. Læger ... 15o
8.2. Sundhedsplejersker ... 154
8.3. Sekretærer ... I56
8.4. Andre medarbejdere ... 157
8.5. Kompetencefordeling ... 158
6.6. Efteruddannelse ... 158

KAPITEL IX. OPFØLGENDE ARBEJDE... ... I60

9.1. Blanketsystem ... I60
9.2. Statistik- og informationssystemer ... I6I
9.3. Retningslinier for sundhedsplejerskens sundhedsorienterede samtaler ... I6I
9.4. Retningslinier for lægens funktionsundersøgelser ... I6I
9.5. Retningslinier for etablering og indretning af lokaler ... I6I
9.6. Handlingsplan for videre-og efteruddannelse af læger og sundhedsplejersker ... 162

Bilagsfortegnelse

Side

Bilag A: Bekendtgørelse af lov om skolelægeordning I63

Bilag B: Bekendtgørelse om sko1elæge ordning I65

Bilag C: Forslag til lov om skolesundhedstjeneste I67

Bilag D: Forslag til bekendtgørelse om skolesundhedstjeneste I69

Bilag E: Forslag til retningslinier vedrørende tilrettelæggelse af

skolesundhedstjenesten 177

Bilag P: Litteraturliste for kapitel IV 211

Bilag G: Indskolingsmodel for 5-8 årige for kapitel V, afsnit 5.2 _____ 227

Bilag H: Litteraturliste for kapitel V, afsnit 5.4. . . . . 23I

Kapitel I
Indledning

/. /. *Udvalgets nedsættelse og kommissorium*

Den 16. november 1979 anmodede sundhedsstyrelsen indenrigsministeriet om bemyndigelse til at nedsætte et udvalg til revision af de vejledende retningslinier vedrørende tilrettelæggelse af skolelægeordningen. Baggrunden for sundhedsstyrelsens ønske om en revision af retningslinierne var, at styrelsen siden udsendelsen af disse i 1972 havde modtaget flere tilkendegivelser om, at retningslinierne burde revideres, dels ud fra faglige synspunkter, dels for at skabe en mere effektiv udnyttelse af de ressourcer, der anvendes på ordningen. Sidstnævnte betragtning må i øvrigt ses i lyset af de løbende bestræbelser for dæmpning af de offentlige udgifter, bl.a. inden for sundheds sektoren.

I en skrivelse af 2. april 198o tiltrådte indenrigsministeriet, at sundhedsstyrelsen snarest muligt igangsatte et udvalgsarbejde omkring skolelægeordningen. Hovedvægten i et sådant arbejde måtte efter indenrigsministeriets mening, under hensyntagen til de løbende bestræbelser for besparelse inden for det offentlige, ligge på et forsøg på en effektivisering og billiggørelse af skolesundhedsplejen.

På denne baggrund nedsatte sundhedsstyrelsen ved skrivelse af 24. april I980 nærværende udvalg vedrørende skolesundhedstjenesten. Udvalget har haft til opgave at vurdere virkningen af den gældende skolelægeordning (jf. lovbekendtgørelse nr. 53° af 16. august 1974) i forhold til de ressourcer, der anvendes på ordningen, og på baggrund heraf fremsætte forslag til mulige besparelser og effektivisering af ordningen under opretholdelse af en i sundhedsmæssig henseende betryggende skolesundhedstjeneste. Udvalget skal herunder

- redegøre for skolebørns sundhedstilstand,

- tage stilling til muligheden for, at skolesundhedsplejerskerne/sygeplejerskerne overtager en større eller mindre del af skolelægernes hidtidige funktioner, navnlig de mere rutineprægede og herunder vurdere de afledede virkninger af en eventuel omlægning,
- tage stilling til muligheden for at etablere en skolesundhedstjeneste med alternative løsningsmuligheder svarende til forskellige omkostningsniveauer for indsatsen,
- udarbejde forslag til ændringer i gældende bekendtgørelse og vejledning, der er nødvendige til gennemførelse af udvalgets forslag,
- redegøre for de økonomiske, personalemæssige og uddannelsesmæssige konsekvenser af udvalgets forslag.

Udvalgets arbejde forudsattes færdiggjort inden 1. december I980.

/. 2. Udvalgets sammensætning

Til formand for udvalget blev udpeget overlæge Finn Kamper-Jørgensen, sundhedsstyrelsen.

Udvalget fik i øvrigt følgende sammensætning:

2 medlemmer udpeget af sundhedsstyrelsen:

Sundhedsplejerskeinspektør Elisabeth Rübner,

sundhedsstyrelsen.

Socialoverlæge Niels Michelsen,
Københavns kommune.

1 medlem udpeget af indenrigsministeriet:

Fuldmægtig Kaj Friis Mikkelsen,
indenrigsministeriet.

1 medlem udpeget af undervisningsministeriet:

Undervisningsinspektør I. Skov Jørgensen,
Direktoratet for folkeskolen, folkeoplysning, seminarier m.v.

1 medlem udpeget af socialministeriet:

Fuldmægtig Thomas Børner,
socialministeriet.

1 medlem udpeget af Amtsrådsforeningen i Danmark:

Fuldmægtig Lars Cramer-Petersen,
Amtsrådsforeningen i Danmark.

2 medlemmer udpeget af Kommunernes Landsforening:

Vicekontorchef Nils Eilschou,
Kommunernes Landsforening,

Socialdirektør Svend Aage Henriksen,
Gladsaxe kommune.

2 medlemmer udpeget af Den almindelige danske Lægeforening:

Formanden for Dansk Skolelægeforening, skolelæge Inge Johnsen,

Alment praktiserende læge Erik May, Hedensted.

2 medlemmer udpeget af Dansk Sygeplejeråd:

Ledende skolesundhedsplejerske Elisabeth Knudsen,
Københavns kommune.

Konsulent Anne-Grethe von Magnus,
Dansk Sygeplejeråd.

Fra og med udvalgets 5. møde den 2.september 198o indtrådte ekspeditionssekretær Kaj Holst, Kommunernes Landsforening, i udvalget i stedet for vicekontorchef Nils Eilschou.

Som sekretær for udvalget har fungeret læge Allan Krasnik, sundhedsstyrelsen, og fuldmægtig Søren Thorning, indenrigsministeriet.

Udvalget har under sit arbejde modtaget skriftlige henvendelser fra Skolepsykologisk Rådgivning i Svendborg kommune, Skole og Samfund København samt Dansk Psykologforenings sektion af kliniske psykologer i folkeskolen. Endvidere har udvalgets sekretariat afholdt orienterende møder med repræsentanter for undervisningsministeriets udvalg vedrørende en ændret organisation af skolepsykologisk rådgivning m.v. samt med Dansk Psykologforening.

Udvalget har holdt 17 møder, heraf 2 internatmøder. På udvalgets afsluttende møde den 27. april 198I er nærværende betænkning afgivet til medicinaldirektøren.

1.3. Tilrettelæggelse af udvalgets arbejde

Udvalgets hovedopgave har været at gennemgå den gældende skolelægeordning,

dens mål og funktioner, set i lyset af de ressourcer, der anvendes på ordningen. Udvalget har herefter haft til opgave at stille forslag til mulige besparelser og effektivisering inden for ordningen, dog således, at der opretholdes (etableres) en sundhedsmæssig betryggende skolesundhedstjeneste.

Med henblik på at kunne vurdere hvilke krav, der må stilles til en sundhedsmæssig betryggende skolesundhedstjeneste, besluttede udvalget umiddelbart efter nedsættelsen at foranledige udarbejdet et notat, der på grundlag af foreliggende danske og udenlandske arbejder giver en beskrivelse af de væsentlige sundheds- og sygdomsproblemer for aldersgruppen 6-I7 år i de højt industrialiserede samfund, herunder Danmark. Det udarbejdede notat drøftedes på udvalgets 2. møde den lo. juni I980 og har generelt dannet grundlag for udvalgets diskussioner om sundhedsproblemer blandt skolebørn.

På baggrund dels af opbygningen af den eksisterende skolelægeordning, dels af de fremhævede problemer i notatet om skolebørns sundhedstilstand, besluttedes det på udvalgets 3. møde den 19. juni I980 at nedsætte 4 støttegrupper, der hver inden for sit område havde til opgave at belyse centrale problemstillinger inden for skolesundhedstjenestens opgavefelt. Støttegrupperne sammensattes af personer, som havde beskæftiget sig med og havde særlig interesse for det pågældende område. Under hensyn til de snævre tidsmæssige rammer for udvalgets arbejde blev der endvidere lagt vægt på at finde personer inden for et afgrænset geografisk område for at fremme mulighederne for at mødes. Hver af støttegrupperne fik udleveret udvalgets generelle kommissorium samt en supplerende beskrivelse af de spørgsmål, der særligt ønskedes belyst inden for det pågældende område. Støttegrupperne adskilte sig i øvrigt fra traditionelle underudvalg/arbejdsgrupper ved, at deres oplæg betragtedes som oplæg til sekretariatet, og altså ikke til udvalget, med deraf følgende ret for sekretariatet til at redigere i støttegruppernes oplæg. De 4 støttegrupper havde følgende samnensætning:

Støttegruppen vedrørende indskoling:

Alment praktiserende læge Gert Almind,
Holbæk.

Skolepsykolog Annette Dyrendal,
Holbæk kommune.

Skolelæge Inge-Lise Mouridsen,
Holbæk kommune (koordinator).

Sundhedsplejerske Johnna Lyster-Pedersen,
Jernløse kommune.

Lærer Christian Rasmussen,
Holbæk kommune.

Støttegruppen vedrørende udskoling:

Skolekonsulent i uddannelse og erhvervsorientering Carl Aalund,
Odense kommune.

Arbejdslage Jørgen Jepsen,
Arbejdstilsynet i Fyns amt.

Skolesygeplejerske Jette Thjellesen,
Svendborg kommune.

Skolelæge Inge Johnsen,
Svendborg kommune (koordinator).

Socialrådgiver Inger Søndergaard,
Odense kommune.

Støttegruppen vedrørende screening;

Sundhedsplejerske Birthe Ahrensbach,
Næstved kommune.

Sundhedsplejerske Ida Cold,
Københavns kommune.

Sundhedsplejerske Rita Friis,
Københavns kommune.

Skolelæge Karsten Kaas Ipsen,
Københavns kommune.

Socialoverlæge Niels Michelsen,
Københavns kommune (koordinator).

Støttegruppen vedrørende sundhedspædagogik i folkeskolen:

Fysioterapeut Dagmar Dalsgaard,
Københavns kommune.

Skoleinspektør Else Diemer,
Københavns kommune

Ledende skolesundhedsplejerske Elisabeth Knudsen,
Københavns kommune (koordinator).

Sundhedsplejerske Inge Lundgaard Kristensen,
Københavns kommune.

Skolelæge Majken Kristensen,
Københavns kommune.

Elevrådsformand Morten Verner Petersen,
Kirsebærhavens skole.

Lærer Line Peyk,
Københavns kommune.

Støttegrupperne havde 2-3 mdr. til at udarbejde deres oplæg, og samtlige medlemmer af støttegrupperne blev opfordret til at deltage i det møde i udvalget, hvor gruppens rapport diskuteredes for nærmere at redegøre for indholdet af rapporten. Støttegruppernes rapporter har dannet grundlag for væsentlige dele af funktionsbeskrivelsen i udvalgets forslag til en fremtidig skolesundhedstjeneste.

Udvalget takker støttegrupperne for det udarbejdede materiale.

På udvalgets 4. møde den 14.-15. august 198o blev udvalgets mellemmer orienteret om internationalt skolesundhedsarbejde samt en undersøgelse om skolelægeordningen i Danmark af en repræsentant for WHO» På samme møde redegjorde repræsentanter for skolesundhedstjenesten i Odense, Hammerum og Holbæk for de erfaringer, man her havde gjort med ændret tilrettelæggelse af skolesundhedstjenesten o.l. Heradover drøftedes problemerne omkring skolesundhedstjenestens tilrettelæggelse med en forældrerepræsentant samt en repræsentant for en kommunal social- og sundhedsforvaltning. Endelig orienteredes om resultatet af arbejdet i Børnekommissionens 4. underudvalg om småbørn og tidlig indsats, herunder navnlig om rapportens forslag (side 197) om, at skolelægen fungerer som konsulent for den øvrige social- og sundhedsforvaltning på børneområdet.

På foranledning af udvalget, og med deltagelse af flere af udvalgets medlemmer, afholdt Komiteen for Sundhedsoplysning i oktober 198o en konference om sundhedspædagogik i folkeskolen. Cm resultatet af konferencen, hvis deltagere først og fremmest var sundhedspersonale med tilknytning til folkeskolen samt lærere, forventes udsendt en rapport i løbet af foråret 1981.

På de første møder i efteråret 198o drøftede udvalget de nævnte støttegrupperapporter om en fremtidig skolesundhedstjenestes målsætning og funktioner, hvorefter man tog foreløbig stilling til, hvilke ressourcemodeller for skolesundhedstjenesten, det var rimeligt at beskrive i betænkningen, og hvilke

af disse modeller udvalget burde koncentrere sit arbejde om.

På baggrund heraf udarbejdedes udkast til lov, bekendtgørelse og retningslinier for en kommende skolesundhedstjeneste, jf. bilag C-E. Disse udkast dannede grundlag for diskussion af en række detailproblemer,som siden er sammenfattet i betænkningens enkelte afsnit. I det omfang udvalget i sine overvejelser har delt sig i et flertal og mindretal er de nævnte udkast i deres endelige udformning udarbejdet i overensstemmelse med flertallets synspunkter.

1.4. Opbygning af betænkningen

Som baggrund for vurderingen af den eksisterende skolelægeordning er i kapitel II indledningsvis givet en kortfattet redegørelse for den historiske udvikling af skolelægeordningen op til den gældende ordning fra 1972. Eovedvægt i afsnittet er lagt på en beskrivelse af de ressourcer, der anvendes i den gældende sko1elægeordning. Der er endvidere søgt at give et billede af den organisatoriske opbygning af dagens skolelægeordning. Endelig er det forsøgs- og udviklingsarbejde, der har foregået i visse kommuner kortfattet nævnt.

Udvalget er ikke gået ind i en nærmere vurdering af skolesundhedstjenestens opbygning i andre lande. I kapitel III er dog givet en kortfattet beskrivelse af de norske, svenske og finske ordninger på baggrund af skriftlige oplysninger fra de pågældende landes sundhedsmyndigheder.

I kapitel IV er som tidligere nævnt givet en beskrivelse af skolebørns sundhedsproblemer. Dette kapitel har dannet grundlag for den opstilling af målsætning og beskrivelse af funktionskrav for skolesundhedstjenesten, som udvalget har foretaget i kapitel V. I kapitlet opstiller udvalget visse minimumskrav til en kommende skolesundhedstjeneste, men peger samtidig på, at der bør gives de enkelte kommuner mulighed for at tilrettelægge en skolesundhedstjeneste, der bedst muligt tilgodeser lokale behov og udnytter skolesundhedstjenestens samlede ressourcer bedst muligt.

I kapitel VI berøres de centrale problemer om, inden for hvilke ressourcerammer det er muligt at etablere en skolesundhedstjeneste, der lever op til de krav, der er beskrevet i de foregående kapitler.

I kapitel VII og i kapitel VIII er skitseret nogle afgørende forudsætninger for, at skolesundhedstjenesten kan virke efter hensigten. I kapitel VII lægges således op til øget lokal plajilægning omkring skolesundhedstjenesten, ligesom der, bl.a. med muligheden for at etablere skolesundhedsudvalg,lægges op til øget tværfagligt samarbejde mellem skolesundhedstjenesten og dens sam-

arbejdspartnere. Den øgede kommunale frihed til planlægning af skolesundhedstjenesten og udnyttelse af dens ressourcer modsvares af et langsigtet krav om en ensartet uddannelse af personalet i skolesundhedstjenesten. Dette krav og kompetencefordelingen mellem de forskellige personalegrupper er nærmere beskrevet i kapitel VIII.

Betænkningen afsluttes med udvalgets påpegning i kapitel IX af det opfølgende arbejde, der bør igangsættes efter udvalgets betænkning.

1.5. Udvalgets hovedsynspunkter

Udvalget har ifølge sit kommissorium haft til opgave at vurdere den gældende skolelægeordning og dens virkning i forhold til de ressourcer, der anvendes på ordningen, og på baggrund af en vurdering af skolebørns sundhedstilstand at fremsætte forslag til mulige besparelser og effektivisering af ordningen under opretholdelse af en i sundhedsmæssig henseende betryggende skolesundhedstjeneste.

Udvalgets arbejde skal ses på baggrund af et generelt ønske om en intensiveret sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende indsats samtidig med, at den samfundsmæssige situation ikke tillader en udvidet ressourceramme for skolesundhedstjenesten.

På baggrund af en beskrivelse og vurdering af den gældende skolelægeordnings baggrund, struktur og ressourceanvendelse samt de aktuelle sundhedsproblemer blandt skolebørn, har udvalget stillet forslag om en omlægning og effektivisering af skolesundhedstjenesten som en del af samfundets samlede tilbud om forebyggelse.

Udvalget påpeger, at danske skolebørns sygdoms- og helbredsproblemer har ændret karakter i takt med samfundsudviklingen og udviklingen af en højere levestandard i Danmark. Generelt er sundhedstilstanden hvad angår fysiske sygdomsproblemer blevet gradvist forbedret, medens de psykiske og sociale problemer fortsat er et stort og muligvis voksende problem, som er et resultat af mange samvirkende faktorer hos individet, familien og det fysiske og sociale miljø omkring os. Børn fra de traditionelt belastede miljøer med dårlige materielle forhold er fortsat en vanskeligt stillet gruppe med mange såvel fysiske som psykiske og sociale problemer, men kvantitativt udgøres de væsentligste risikogrupper af mere materielt velstillede befolkningsgrupper, som imidlertid er præget af belastende livssituationer og svage kontaktnet. Endelig vil mange af voksenlivets helbredsproblemer kunne grundlægges i barnealderen, hvor en række risikofaktorer allerede kan erkendes.

Med udgangspunkt i denne analyse har udvalget opstillet et bredere, overordnet formål for fremtidens skolesundhedstjeneste, hvor ordningen først og fremmest betragtes som en bedriftssundhedstjeneste for skolebørn, som medvirker til at sikre børn og unge en sund opvækst og skabe gode foradsætninger for en sund voksentilværelse såvel gennem generelle sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende aktiviteter overfor skolebørnene og deres daglige miljø som gennem en elevcentreret indsats, som tager udgangspunkt i det enkelte barns helbredsmæssige situation.

Udvalget har i sit arbejde beskrevet en række funktioner, som man finder bør udgøre minimumskravene til en rimelig og forsvarlig skolesundhedstjeneste og har herudover stillet forslag til en række alternative aktiviteter, som vil kunne udgøre en lokal overbygning til minimumsfunktionerne med henblik på bedst muligt at udnytte skolesundhedstjenestens ressourcer til at imødekomme lokale behov på børneområdet.

Udvalget har kritisk gennemgået det nuværende stive rutineundersøgelsesprogram og foreslår, at dette neddæmpes og omlægges, så det i højere grad imødekommer de aktuelle behov. Man har her især ønsket at koncentrere indsatsen om indskolings- og udskolingsfasen, som på mange måder er sundhedsmæssigt betydningsfulde faser, som kan have afgørende betydning for barnets fremtidige sundhedsmæssige situation.

Lægens undersøgelser af samtlige børn på ét klassetrin begrænses således til én enkelt undersøgelse i barnets første og én i barnets sidste skoleår og ændres til en mere funktionsorienteret undersøgelse, hvor barnets helbredstilstand vurderes i relation til dels fysiske, psykiske og sociale funktioner. Dermed bortfalder de lægelige rutineundersøgelser i 2. og 5. klasse og for næsten alle børns vedkommende ligeledes i 1. klasse.

En del af sundhedsplejerskens årlige rutineundersøgelser foreslås ligeledes fjernet, og i stedet indføres en årlig sundhedsorienteret samtale, hvor forhold af betydning for det enkelte barns sundhed kan tages op.

Udvalget finder det væsentligt, at skolesundhedstjenestens behovsindsats overfor børn med særlige sundhedsmæssige problemer fastholdes. Det drejer sig dels om tilsyneladende sunde børn, hos hvem man kan konstatere en række forhold, som kan have sammenhæng med udvikling af sygdom, dels om børn med kroniske sygdomme og handicaps, som kan have konsekvenser for barnets skolesituation og fremtid.

Udvalget finder det af afgørende betydning, at den sundhedspædagogiske indsats blandt skolebørnene styrkes. Skolesundhedstjenesten har en vigtig opgave ved at medvirke til at integrere sundhedspædagogikken i skolens og ele-

vernes daglige liv. Målet hermed er at gøre det enkelte individ bevidst om de forhold, som påvirker sundhedstilstanden og dermed give en forståelse for samspillet mellem det enkelte menneskes ressourcer og påvirkningerne fra bolig-, arbejds-, familie- og nærmiljø. Udvalget finder, at såvel sundhedsplejersken som lægen i langt højere grad end tidligere bør indgå i det sundhedspædagogiske arbejde, dels gennem kontakten med det enkelte barn og dels overfor grupper af børn, først og fremmest som konsulent for børnenes lærere.

En indsats overfor det samspil af faktorer, som medfører sygdom, forudsætter et intensivt tværfagligt samarbejde. Skolesundhedstjenestens placering i skolens miljø samtidig med en administrativ tilknytning til social- og sundhedsforvaltningen, giver skolesundhedstjenestens personale en nøgleposition hvad angår det sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende arbejde blandt skolebørn. Udover samarbejdet mellem skolesundhedstjenestens eget personale peger udvalget på en række grupper med direkte tilknytning til skolen samt en række instanser i det øvrige lokalsamfund, som er inddraget i det forebyggende arbejde, og hvor et samarbejde er nødvendigt.

Udvalget har overvejet, hvorledes det vil være muligt at støtte udviklingen i retning af øget tværfagligt samarbejde, og et flertal af udvalgets medlemmer har på denne baggrund ment, at der bør gives mulighed for at etablere et tværfagligt, rådgivende organ med brugerrepræsentation ved den enkelte skole (et skolesundhedsudvalg), hvor skolesundhedstjenestens funktion og sundhedsproblemer i relation til skolen kan drøftes. Et mindretal (Svend Aage Henriksen, I. Skov Jørgensen og Thomas Børner) stiller sig tvivlende overfor behovet for oprettelse af et sådant organ, medens et andet mindretal (Kaj Holst) generelt må tage afstand fra forslaget om oprettelse af et skolesundhedsudvalg, idet han ikke finder behovet for et sådant dokumenteret (jf. afsnit 7.3.). I udvalgets forslag til regler for skolesundhedstjenesten har flertallet stillet forslag om sammensætning og funktion af et sådant skolesundhedsudvalg.

Hvad angår skolesundhedstjenestens traditionelle funktioner i relation til smitsomme sygdomme, vaccinationer og skolens hygiejniske forhold finder udvalget, at indsatsen overfor smitsomme sygdomme udgør et naturligt led i skolesundhedstjenestens forebyggende arbejde, men dette bør kun indtage en mindre plads i arbejdet. Man finder det således ikke rimeligt at videreføre det nuværende program vedrørende tuberkulose.

Herudover henvises til det for øjeblikket igangværende arbejde i sundhedsstyrelsen vedrørende foranstaltninger overfor smitsomme sygdomme i skoler og daginstitutioner. Hvad angår tilsynet med skolens hygiejniske forhold anser

udvalget det fortsat for hensigtsmæssigt,at skolelægen er ansvarlig og fungerer som en lokal konsulent overfor 3kolens ledelse og lærerstab i institutionshygiejniske spørgsmål. Der forudsættes fortsat et snævert samarbejde med embedslægeinstitutionen.

Udvalget har som nævnt fundet det væsentligt at opnå en større fleksibilitet i skolesundhedstjenestens tilrettelæggelse, således at der skabes muligheder for, at den enkelte kommune kan imødekomme lokale behov. Man har derfor formuleret dels en række minimumskrav, som normalt bør opfyldes overalt, dels en række aktiviteter som herudover kan tillægges inden for de forskellige funktionsområder, såfremt man i kommunen finder det ønskeligt og nødvendigt.

Udvalget har herunder drøftet mulighederne for at udnytte skolelægens sundhedsfaglige ekspertise på børneområdet og placering i primærkommunalt regie i en funktion som lokal konsulent for en række institutioner, som arbejder med børn og unge i kommunen.

Udvalget finder, at det vil være naturligt med en lægelig konsulent for de skolepsykologiske rådgivningskontorer generelt og i enkeltsager, også før og efter den undervisningspligtige alder. Et flertal mener, at skolelægen naturligt vil kunne indgå i disse funktioner, medens et mindretal (inge Johnsen og Erik May) påpeger, at denne funktion ikke nødvendigvis ligger inden for skolelægens virksomhed hvad angår børn uden for den undervisningspligtige alder (jf. afsnit 5.11.).

Ligeledes finder udvalgets flertal det hensigtsmæssigt, at der åbnes mulighed for at kommunerne inden for den nuværende ressourceramme kan udnytte skolelægens kompetence i social- og sundhedsforvaltningens øvrige arbejde med børn og unge i relation til en række rådgivende funktioner i den generelle planlægning og problemløsning på børne- og ungdomsområdet samt som lokal lægelig konsulent for daginstitutioner for børn, dagpleje m.v. Et mindretal. (inge Johnsen og Erik May) tager dog afstand fra dette forslag, idet de finder, at disse opgaver bør dækkes ind på anden måde. Et andet mindretal (i.Skov Jørgensen) anser skolelægens generelle konsulentfunktion i social- og sundhedsforvaltningen for en svækkelse af skolesundhedstjenestens funktion i skolen (jf. afsnit 5.11.).

På baggrund af de krav, der efter udvalgets opfattelse må stilles til fremtidens skolesundhedstjeneste, har udvalget foretaget en vurdering af anvendelsen af ressourcerne ved en omlægning og effektivisering af den eksisterende skolelægeordning som foreslået af udvalget med henholdsvis uændret ressourceforbrug (nulløsning) og reduceret ressourceforbrug (minimumsmodel). I udvalgets overvejelser konkluderes det, at det for at opfylde

de beskrevne minimumsfunktioner fortsat vil være nødvendigt med medvirken fra såvel læger som sundhedsplejersker i skolesundhedstjenesten.

Udvalget har søgt at give en vurdering af, hvorledes en række relevante funktioner bør tilstræbes fordelt inden for den eksisterende ressourceramme for henholdsvis læger og sundhedsplejersker. Hvad angår lægerne anslås det, at de foreslåede aktiviteter i minimumsmodellen betyder et groft skønnet gennemsnitligt tidsforbrug på 9o % af en skolelæges arbejdstid med den i dag gennemsnitlige anvendte normering (arbejdstid). Udvalgets flertal foreslår, at den enkelte kommune gives mulighed for selv at vurdere,i hvilket omfang man ønsker at anvende den derved frigjorte arbejdstid til imødekommelse af lokale ønsker og behov vedrørende forebyggelse blandt børn og unge på baggrund af de i betænkningen skitserede forslag til alternative aktiviteter. Dette kan føre til uændret ressourceforbrug (model l) eller reduceret ressoareeforbrug (model 2, svarende til minimumsmodellen), hvilket indebærer en besparelse på gennemsnitlig lo % af de til skolelægerne anvendte ressourcer i den enkelte kommune. Der påpeges imidlertid visse negative konsekvenser af model 2 hvad angår en eventuel øgning af børnetallet pr. skolelæge, og et mindretal (inge Johnsen og Erik May) finder, at disse konsekvenser er så alvorlige, at de må tage afstand fra denne model(jf. afsnit é d .) .

Ved den foreslåede omlægning forudsættes et uændret ressourceforbrug til skolesundhedstjenestens øvrige personalekategorier.

Såfremt samtlige landets kommuner vælger minimumsløsningen vil den samlede besparelse være af en størrelsesorden på 4 mill. kr. Udvalgets flertal foreslår endvidere, at 6-års børneundersøgelsen hos alment praktiserende læge afskaffes, hvorved der yderligere kan opnås en besparelse på 3 mill. kr. til amtskommunerne. Et mindretal (Inge Johnsen og Erik May) kan ikke gå ind for denne afskaffelse (jf. afsnit 6.3.).

Uanset, at udvalget ikke kan anbefale en radikal ændring af strukturen i den gældende skolelægeordning,har man forsøgt; at give en vurdering af de økonomiske og sundhedsmæssige konsekvenser af en hel eller delvis afskaffelse af læger eller af sundhedsplejersker i skolesundhedstjenesten. Der vil med disse modeller umiddelbart kunne opnås væsentligt større besparelser (mellem ca. 25 og 55 mill.kr.), men det er udvalgets opfattelse, at der ved sådanne betydelige ændringer af strukturen ikke vil være mulighed for at tilgodese de krav til en forebyggende indsats overfor børn og unge, som udvalget finder nødvendige. På længere sigt vil de sundhedsmæssige konsekvenser af en reduceret forebyggende indsats blandt b ø m og unge kunne medføre væsentlige øgede omkostninger for social- og sundhedssektoren.

Den integration af skolelægeordningen i den kommunale social- og sundhedsforvaltning, som ændringen i 197[2] bl.a. indebar, har en række steder voldt en del problemer. Alligevel finder udvalget ikke grundlag for at foreslå nogen ændring i styringssystemet, idet man fortsat finder, at skolesundhedstjenesten bør forvaltes i sammenhæng med de øvrige sociale og sundhedsmæssige opgaver, der er henlagb til kommunerne.

Udvalget anbefaler endvidere, at der etableres ensartede tilskudsregler for alle personalegrupper, idet man finder en skævhed i, at der alene ydes refusion til udgifterne ved ansættelse af sundhedsplejersker *og* sygeplejersker.

Udvalget finder det afgørende for skolesundhedstjenestens muligheder for til enhver tid at kunne opfylde det overordnede formål, at skolesundhedstjenestens lokale målsætninger og opgaver med jævne mellemrum tages op til kritisk vurdering, dels i relation til den sociale og sundhedsmæssige udbygningsplanlægning, dels i relation til tilrettelæggelsen af skolesundhedstjenestens arbejde på den enkelte skole. I denne forbindelse foreslår udvalget, at der tilskyndes til lokal forsøgsvirksomhed, således at skolesundhedstjenesten lokalt og generelt til stadighed kan udvikle sig i takt med nye krav. Udvalget foreslår derfor, at der fastsættes mere formelle regler om mulighederne for sådan forsøgsvirksomhed.

Udvalget finder det væsentligt, at der på længere sigt stiles mod forbedrede og mere ensartede personalekvalifikationer gennem ændrede uddannelseskrav til personalet. Det foreslås, at der i løbet af nogle år stilles øgede krav til skolelægernes kvalifikationer, først og fremmest på det samfundsmedicinske og pædiatriske område. Udvalget finder det desuden væsentligt,at arbejdet med skolebørn gives en øget prioritering i den fremtidige sundhedsplejerskeuddannelse *fig* at kommunerne ved ledigblevne skolesygeplejerskestillinger tilstræber at besætte disse med sundhedsplejersker. Udvalget finder endvidere, at de kombinerede sundhedsplejerskeordninger frembyder en række fordele hvad angår kontinuitet og koordination af det forebyggende arbejde blandt børn og unge og anbefaler, at man, hvor kombinerede ordninger endnu ikke er etableret, overvejer, hvorvidt det vil være hensigtsmæssigt at etablere sådanne ordninger. Hvor det er muligt bør det tilstræbes at ansætte lægerne som heltidsskolelæger.

Endelig finder udvalget det ønskeligt, at efteruddannelsen af skolesundhedstjenestens personale gives en høj prioritering.

Den nugældende ordning har skolelægen som ansvarlig for ordningen. Den foreslåede indebærer, at sundhedsplejerske og læge hver har ansvaret for sit fag- og funktionsområde.

Udvalget finder, at den foreslåede omlægning af skolesundhedstjenesten er så indgribende, at det er nødvendigt med en lovændring på området. Man har derfor udarbejdet et udkast til lovforslag, som er baseret på udvalgets overvejelser vedrørende kravene til fremtidens skolesundhedstjeneste (bilag C). Endvidere har udvalget udarbejdet et udkast til ændret bekendtgørelse for skolesundhedstjenesten (bilag D) samt til sundhedsstyrelsens retningslinier (bilag E), som giver en detaljeret beskrivelse af udvalgets forslag vedrørende organisation og funktioner.

På grund af den begrænsede tid, som udvalget har haft til rådighed til sit arbejde, har man på flere områder måttet afstå fra en detaljeret analyse og beskrivelse. Det drejer sig om skolesundhedstjenestens fremtidige blanket-, statistik-og informationssystemer, detaljerede retningslinier for sundhedsplejerskens sundhedsorienterede samtaler og lægens tielbredsundersøgelser, regler for etablering og indretning af skolesundhedstjenestens lokaler samt nøjere overvejelser vedrørende behovet for ændringer i uddannelsen til skolelæge og sundhedsplejerske og nødvendige efteruddannelsesaktiviteter.

Udvalget anbefaler, at dette opfølgende arbejde iværksættes snarest muligt efter afslutningen af skolesundhedstjenesteudvalgets arbejde, således at en ændret skolesundhedstjeneste kan realiseres senest pr. 1. august 1982.

København, april 1981.

Thomas Børner	I. Skov Jørgensen	Erik May
Lars Cramer-Petersen	Finn Kamper-Jørgensen (Formand)	Niels Michelsen
Svend Aage Henriksen		Kaj Friis Mikkelsen
Kaj Holst	Elisabeth Knudsen	Elisabeth Rübner
Inge Johnsen	Anne-Grethe von Magnus	

Allan Krasnik

Søren Thorning

Kapitel II
Gældende skolelægeordning, historisk baggrund, struktur og ressourceanvendelse

2.1. Historisk udvikling i hovedtræk

De første spredte forsøg på en mere systematisk indsats overfor sundhedsproblemer hos skolebørn fandt sted i forskellige europæiske storbyer som Bruxelles, Paris, Frankfurt am Main og London i sidste halvdel af det forrige århundrede. I Danmark førte periodens øgede opmærksomhed omkring hygiejniske forhold til forskellige undersøgelser om sundhedstilstanden i de højere skoler i København og almueskolerne på landet, hvilket igen førte til nedsættelse af en skolehygiejnisk kommission i 1882. Denne kommission stillede forskellige forslag om skolebygningers opførelse og indretning og om tilsynet med de hygiejniske forhold på skoler, men stillede ikke forslag om indførelse af særlige skolelæger. En så.dan særlig skolelægeordning indførtes første gang omkring århundredeskiftet for de københavnske kommuneskoler. Ordningens væsentligste formål var at føre hygiejnisk tilsyn med skolerne for dermed at hindre smitsomme sygdommes opståen og udbredelse.

Til trods for flere forslag om at gøre skolelægeordningen permanent for samtlige landets kommuner i løbet af de første årtier af nittenhundredetallet lykkedes det ikke at få en almindelig ordning gennemført. Ganske vist indførte flere købstæder et vist skolelægetilsyn, men de mindre landsbyskoler var stort set fortsat uden skolelægetilsyn.

I 1936 nedsatte undervisningsministeriet en kommission til drøftelse af skolens hygiejniske forhold, men til trods for at kommissionen i 1938 fremkom med forslag til lov om skolelægetilsyn i alle landets skoler, blev der først i 1943 fremsat et forslag til lov om skolelæger, byggende på kommissionens forslag. Som følge af rigsdagens opløsning i august 1943 blev forslaget imidlertid ikke færdigbehandlet og blev først genfremsat efter krigen og gennemført som lov nr. 413 af 12. juli 1946 om skolelæger.

Med skolelægeloven af 1946, som senere ændredes i 1957 og 1962, blev der ind-

ført en almindelig skolelægeordning for elever i offentlige og private skoler. Efter loven skulle der foretages "regelmæssige undersøgelser" af skolebørn ved en skolelæge, der tillige skulle føre kontrol med sundhedstilstanden i skolen. I henhold til de af undervisningsministeriet godkendte reglementer og instrukser blev der foretaget årlige undersøgelser af alle skoleelever, ligesom måling og vejning af eleverne skulle finde sted mindst én gang årligt. Egentlig lægebehandling var efter loven skolelægen uvedkommende. Et barn, der trængte til lægebehandling, skulle således henvises til praktiserende læge. Til bistand for skolelægen forudsattes ansat skolesundhedsplejersker. Opgaverne i henhold til loven tilkom i købstadkommunerne kommunalbestyrelsen, medens det påhvilede amtsskoledirektionen at træffe en fælles ordning for landkomiianerne i amtsrådskredsen.

I begyndelsen af i960 rejstes fra forskellig side kritik af den eksisterende ordning, som man bl.a. fandt i alt for høj grad koncentrerede sig om overflødige rutineundersøgelser, og derfor fik mindre tid til at beskæftige sig med de særligt traede børn. På denne baggrund nedsatte undervisningsministeren i 1965 et udvalg, der havde til opgave på grundlag af den gældende skolelægelov at udarbejde forslag til nye normalreglementer for skolelægeordningen i amtsrådskredsene og i købstæderne og nye mønsterinstrukser for skolelæger og sundhedsplejersker samt ny instruks for embedslægers og skolelægers indbyrdes virksomhed.

Dette udvalg afgav betænkning i 197o (betænkning nr. 59l/l97o), hvori der stilledes forslag om nye reglementer og instrukser. Hovedlinierne i forslaget var, at de årlige rutineundersøgelser skulle forlades til fordel for mere behovsprægede undersøgelser, således at samtlige børn alene blev rutineundersøgt på nærmere angivne klassetrin.

Gennemførelse af Kommunalreformen pr. 1.april 197o gjorde en revision af skolelægeloven yderligere påkrævet, dels fordi man ikke fortsat kunne opretholde en sondring mellem købstads- og landkommuner, dels fordi statens hidtidige tilskud til udgifter ved skolelægeordningen på indtil 5o % blev ophævet fra 1. april 197o som led i den generelle omlægning af byrdefordelingen mellem stat og kommuner.

I forbindelse med forberedelsen af loven om børnetandpleje (lov nr. 217 af 19.maj I97I med senere ændringer) blev spørgsmålet om overflyttelse af skolelægelovgivningen fra undervisningsministerens til indenrigsministerens ressort taget op til overvejelse, idet man fandt, at der var en naturlig sammenhæng mellem skolelægeordningan, børnetandplejen og en række af de sygdomsforebyggende ordninger, der henhørte under indenrigsministeren såsom under-

søgelser i svangerskabet, undersøgelse ved sundhedsplejerske og lægeundersøgelse af børn i førskolealderen. Resultatet af disse overvejelser blev, at man ved kongelig resolution af 1. april 1971 overførte området til indenrigsministeren (med virkning fra 1. juli 1971).

1. februar 1972 fremsatte indenrigsministeren herefter forslag til lov om en ny skolelægeordning. Forslaget blev vedtaget som lov nr. 266 af 7. juni 1972 om skolelægeordning.

2.2. Gældende skolelægeordning

1972-loven om skolelægeordning har karakter af fleksibel rammelov (bilag A). Med loven afløstes de hidtidige reglementer og mønsterinstrukser af generelle bestemmelser fastsat af indenrigsministeren om undersøgelsernes omfang m.v. (indenrigsministeriets bekendtgørelse nr. 325 af 5.juli 1972)(bilag B) og mere detaljerede retningslinier udfærdiget af sundhedsstyrelsen (sundhedsstyrelsens vejledende retningslinier af 22.august 1972). Tanken hermed var at give både kommunerne og personalet inden for skolesundhedsplejen større frihed med hensyn til ordningens tilrettelæggelse, end man havde haft under de hidtidige, med reglementer og instrukser, der skulle godkendes centralt. Opbygningen svarede endvidere til opbygningen af lovgivningen omkring de øvrige profylaktiske ordninger under indenrigsministeriets område.

Som en konsekvens af intentionerne om en øget koordination af skolelægeordningen og andre sygdomsforebyggende ordninger indeholdt loven endvidere en bestemmelse om, at skolelægeordningen skulle forvaltes efter reglerne i lov om styrelse af sociale og visse sundhedsmæssige anliggender med den konsekvens, at ordningen forvaltes af kommunens social- og sundhedsforvaltning og omfattes af bestemmelserne i den sociale styrelseslov om planlægning af social- og sundhedsområdet.

Grundlaget for de generelle bestemmelser i lov og bekendtgørelse var iøvrigt for væsentlige dele hentet fra 1970-betænkningen om den fremtidige skolelægeordning. Loven fastslår således, at der skal foretages helbredsundersøgelser af alle børn i den undervisningspligtige alder og i børnehaveklasser og føres kontrol med sundhedstilstanden på skolerne. Ordningen er obligatorisk, idet en elev alene kan fritages for en sådan helbredsundersøgelse, når det ved lægeattest godtgøres, at barnet på anden måde er blevet undersøgt. I loven præciseres det endvidere, at alle skolesøgende elever skal tuberkuloseunder-

søges, og at der skal tilbydes dem vederlagsfri calmettevaccination, såfremt de reagerer negativt ved tuberkulinprøver. Sidstnævnte bestemmelse er siden ophævet ved lov nr. 634 af 17. december 1976 om tilbud om gratis vaccination mod visse sygdomme, idet reglerne om vederlagsfri calmettevaccination nu er omfattet af denne lov. Endvidere er den fastsatte bestemmelse om tvungen tuberkuloseundersøgelse af skolens personale i lovens § 2, stk. 2, ophævet ved lov nr. 178 af 7. maj 1975 om ændring af lov om foranstaltninger til tuberkulosens bekæmpelse. Endelig er skolelægeloven senest ændret ved lov nr. 3II af 19. juni 1974, idet der som en ny § 8 a er indføjet en regel om statsrefusion på 5o *io* af udgifterne til sundhedsplejerske eller sygeplejerske på samme måde som udgifterne til andre sundhedsplejersker og hjemmesygeplejersker.

Lovens generelle rammer er udfyldt i indenrigsministeriets skolelægebekendtgørelse. I bekendtgørelsen fastslås det, at alle børn i den undervisningspligtige alder er omfattet af den kommunale skolelægeordning, idet der dog er mulighed for konkret undtagelse af visse skoler inden for åndssvageforsorgen og den øvrige særforsorg. Endvidere slås det fast, at skolelægeordningen skal omfatte sygdomsforebyggende og sundhedsfremmende foranstaltninger overfor børnene og deres miljø på skolen og tilsynet med det enkelte barns legemlige og psykiske helbredstilstand. Herudover omfatter ordningen almene sygdomsforebyggende og sundhedsfremmende foranstaltninger, herunder oplysningsvirksomhed m.v. Endelig omfatter ordningen kontrol med sundhedstilstanden i de enkelte skoler samt foranstaltninger til bekæmpelse af smitsomme sygdomme.

Den tidligere skolelægeordnings obligatoriske årlige rutineundersøgelser afløses af rutineundersøgelser i børnehaveklasse (i det omgang sådanne findes) samt i 1., 2., 5. og 9. klasse (den seneste klasse, efter hvilken undervisningspligten ophører). Herudover skal erhvert barn helbredsundersøges, når der er formodning om, at det pågældende barn har særligt behov for en sådan undersøgelse (behovsbørn).

Denne udvikling i retning af en mere behovspræget indsats skal ses på baggrund af den øgede erkendelse af, at den fysiske sundhedstilstand blandt skolebørn generelt var blevet væsentlig forbedret siden ikrafttrædelsen af 1946-skolelægeloven, men at man på, den anden side havde konstateret et stigende antal skoleelever, der havde vanskeligheder med trivsel og tilpasning. Loven tilsigter således en mere intensiv indsats i form af socialmedicinsk bistand til disse børn.

Den øgede indsats overfor børn med særlige behov må endvidere ses i sammenhæng med en parallel udvikling inden for andre ordninger med forebyggende sigte, både i sundheds-, undervisnings- og socialsektoren. I den nye lovgiv-

ning om sundhedsplejerskeordninger fra 1973 fremhæves således betydningen af en omlægning af sundhedsplejerskernes arbejdsopgaver i retning af en koncentration af arbejdet omkring den behovsprægede sundhedspleje til familier med børn. I skolelægeloven af 1972 og i lov om sundhedsplejerskeordningen af 1973 lægges endvidere op til, at skolesundhedsplejen kan tilrettelægges i kombination med småbørnssundhedsplejen. På samme måde opfordres de alment praktiserende læger i sundhedsstyrelsens vejledning om profylaktiske børneundersøgelser af oktober 1978 til navnlig at foretage en opsøgende virksomhed overfor børn, der har særlige behov, herunder også de børn, der er udgået af sundhedsplejersketilsynet.

På skolesiden har det særlige behovshensyn, der kommer til udtryk ved specialundervisning, herunder oprettelse af særklasser, en lang tradition bag sig. Således blev der allerede ved folkeskoleloven af 1937 givet hjemmel til at oprette særklasser, hvor specialundervisning kunne finde sted, hvis forholdene tillod det. Udviklingen fortsattes i 1949» hvor der i skolestyrelsesloven blev indsat en hjemmel til oprettelse af stillinger som konsulenter for særundervisningen. Ved folkeskoleloven af 1958 fastsloges det, at der skulle gives specialundervisning til børn, der på grund af talevanskeligheder, svagt syn, svag hørelse, små evner eller læsevanskeligheder ikke med tilstrækkelig udbytte kunne følge den almindelige undervisning.

En skelsættende ændring skete i 1969, da folketinget traf principbeslutning om, at undervisningen af handicappede elever skulle søges udbygget på en sådan måde, at de kunne undervises i et almindeligt skolemiljø, såfremt forældrene ønskede dette, og institutionsophold i øvrigt ikke var et nødvendigt led i behandlingen af de pågældende børn. Hermed lagdes grundlaget for en vidtgående integrering af handicappede elever i folkeskolen. Med § 59 i skolestyrelsesloven af 1979 og § 11 i folkeskoleloven af 1975 skete en yderligere uddybning af reglerne om specialundervisning og om skolepsykologiske rådgivningsfunktioner, og ved ændringen i 1978 af folkeskolelovens § 3 udvidedes skolepsykologisk rådgivningsvirksomhed til at dække hele aldersgruppen 0-18 år.

Til trods for den forøgede integration af handicappede elever i folkeskolen, der er fundet sted op gennem 70erne »og som har nødvendiggjort en særlig indsats over for denne gruppe børn med særligt stort behov for støtte fra både skolepsykologisk rådgivnings og skolelægeordningens side, er der imidlertid ikke generelt gjort forsøg på mere formaliseret samarbejde omkring disse børn, der oftest som følge af deres handicap har behov for bistand fra begge instanser.

På socialområdet er behovshensynet tilgodeset i en lang række bestemmelser i bistandsloven, der trådte i kraft 1976. For gruppen børn og unge er deres særlige behov dels tilgodeset direkte gennem særlige regler om støtte over for denne aldersgruppe, dels indirekte gennem tildeling af individuelt bestemt behovspræget bistand - både kontant hjælp og serviceydelser - til forældrene.

Som det fremgår har både skolelægeordningens og de tilgrænsende områders indsats i løbet af 70erne i stigende grad været koncentreret om en indsats over for særlige behovs- eller risikogrupper. Skolelægeordningen har herudover inden for de tildelte ressourcer været bundet til at foretage et antal rutinemæssige helbredsundersøgelser af samtlige elever på 4. klassetrin og i børnehaveklasse. Bortset fra den øgede tendens til at tilrettelægge sundhedsplejen som kombineret småbørns- *og* skolesundhedspleje, er der imidlertid gjort meget lidt for at koordinere de forebyggende bestræbelser, der fra forskellig side rettes mod gruppen af børn *og* unge, og det må konstateres, at skolelægeordningen, som den har forløbet siden loven af 1972 trådte i kraft, ikke har givet den forudsatte mulighed for mere almene sygdomsforebyggende og sundhedsfremmende foranstaltninger, der kunne fremme forståelsen for betydningen af sygdomsforebyggelse og hygiejne hos børn, forældre og skolepersonale. Dette forhold har da også været et væsentligt punkt i den kritik, der har været rettet mod skolelægeordningen både fra personale- og brugerside, og er baggrunden for, at man forskellige steder i landet har etableret forsøgsordninger med en ændret tilrettelæggelse af ordningen, jf. afsnit 2.4.

2.3. Organisation og struktur

Ifølge lov om skolelægeordning er det kommunerne, der er ansvarlige for tilrettelæggelsen af skolelægeordningen inden for de af indenrigsministeren fastsatte rammer. Som tidligere omtalt forvaltes ordningen efter reglerne i lov om styrelse af sociale og visse sundhedsmæssige anliggender. Den umiddelbare forvaltning af området varetages derfor - ligesom lovene om sundhedsplejerskeordninger, hjemmesygeplejerskeordninger, børnetandpleje m.v. - af det sociale udvalg i kommunen, og den daglige administration sker i social- *og* sundhedsforvaltningen. Københavns kommune er ikke omfattet af de almindelige bestemmelser i den sociale styrelseslovs kapitel 2-5, og kommunen har - som landets eneste kommune - bibeholdt skolelægeordningen under skoleforvaltningen (magistratens 1. afdeling).

Kommunen har altså det direkte ansvar for tilrettelæggelse og administration af skolelægeordningen, ligesom den er ansvarlig for ordningens koordination med anden virksomhed i kommunen inden for det sociale og sundhedsmæssige område. I forbindelse med den nærmere tilrettelæggelse af ordningen kan kommunerne hente sagkyndig vejledning hos amtskommunerne. En sådan vejledning forudsættes ydet af sagkyndige inden for det sociale og sundhedsmæssige område, f.eks. af socialcentrenes sagkyndige medarbejdere (konsulenter) og amtssundhedsplejersken.

Henførelse af skolelægeordningen til bestemmelserne i den sociale styrelseslov betyder, at ordningen er omfattet af planlægningsbestemmelsen i lovens § 11. Efter denne bestemmelse påhviler det kommunalbestyrelser og amtsråd at udarbejde forslag til udbygningsplaner for den sociale og sundhedsmæssige virksomhed i kommunen og amtskommunen. Planerne udarbejdes for 5-årige perioder og revideres en gang årligt. Socialministeren fastsætter de nærmere regler om fremgangsmåden ved udarbejdelsen af disse udbygningsplaner, der skal angive, hvorledes de enkelte kommunalbestyrelser og amtsråd finder, at udviklingen skal forløbe på de forskellige sociale og sundhedsmæssige områder i en årrække fremover. Amtsrådene har pligt til at foretage koordinering mellem kommunernes forslag indbyrdes og mellem disse og amtskommunens egne udbygningsplaner.

De kommunale og amtskommunale udbygningsplaner samles i en central redegørelse udarbejdet af socialstyrelsen i samarbejde med indenrigsministeriet og sundhedsstyrelsen. Denne redegørelse afgives til socialministeren, der har det øverste tilsyn med kommunernes socialvæsen og sendes desuden til kommunalbestyrelser og amtsråd som en generel tilbagemelding. Udbygningsplanen vil bl.a. kunne danne grundlag for en egentlig landsplanlægning i sammenhæng med andre sociale og sundhedsmæssige opgaver.

Af de seneste års redegørelser om de sociale udbygningsplaner fremgår, at skolelægeordningen må anses for fuldt udbygget. De kommende års forventede nedgang i det samlede elevtal forventes at medføre en mindre nedgang i antallet af ansatte inden for ordningen. Inden for skolesundhedsplejen kan der konstateres en fortsat tendens til øget tilrettelæggelse af ordningen i kombination med ssmåbørnssundhedsplejen.

I det følgende er peget på forskellige forhold, der kan være af betydning for tilrettelæggelsen af skolelægeordningen i den enkelte kommune, ligesom der kortfattet er redegjort for strukturen, som den har udviklet sig inden for den gældende ordning. Endelig er givet en kort beskrivelse af sundhedsstyrelsens skolelægestatistik.

Med gennemførelsen af skolelægeordningen af 1972 ophævedes sondringen mellem købstadskommuner og landkommuner. Selv med den væsentlige reduktion i antallet af kommuner, der fandt sted ved kommunalreformen i 197o, betød dette imidlertid, at der nu gennemførtes en principielt ensartet ordning i 275 kommuner med meget varierende befolkningstal (børn i undervisningspligtig alder), med forskellige skolestrukturer og med forskellige livsmønstre og sociale problemstillinger, altsammen forhold, der spiller ind ved en hensigtsmæssig tilrettelæggelse af ordningen.

Til illustration af de meget store forskelle i børnetal og skolestørrelser kan oplyses, at af landets ialt 275 kommuner har 47 kommuner under l.ooo børn i alderen 5-14 år, 124 kommuner har l.ooo-2.ooo børn, 7° kommuner 2.ooo-5.ooo børn, medens 34 kommuner, heraf ca. halvdelen i hovedstadsområdet, har over 5.000 børn.

Nedenstående oversigt (skema 2.a.) over skolestørrelser fordelt på amtskommuner viser spredningen inden for det enkelte amt og spredningen amterne imellem. Af oversigtens sidste kolonne fremgår, at hovedvægten ligger på skolestørrelser på mellem 2oo og 800. Det er dog bemærkelsesværdigt, at over 1/3 af skolerne (med ca. l/lo af eleverne) har mindre end 2oo elever. Det store antal mindre skoler er naturligvis af betydning for tilrettelæggelse af skolelægeordningen, både for skolelægen, der med et normtal på 5.000-5.500 elever pr. fuldtidsansat, i landdistrikter kan have tilsyn med elever på op til 2o skoler, men også for sundhedsplejersker, der, som det fremgår nedenfor, for landet som gennemsnit dækker I.800 elever pr. fuldtidsansat.

Skema 2.a. Folkeskolen [1] opdelt efter skolestørrelser (elevtal) [2] i de enkelte amter m.v.

Skolernes elevtal \ Amtskommunerne	Nordjyll.	Viborg	Århus	Ringkøbing	Vejle	Ribe	Sønderjyll.	Fyns	Bornholms	Storstrøms	Vestsjæll.	Roskilde	Frederiksborg	Kbhvns. amt	Frederiksberg	Kbhvns.komm.	Hele landet	% af samtlige skoler	antal elever	% af samtlige elever	% opdeling på hovedgrupper: skolestørrelse	% antal skoler	% antal elever
1 - 49	11	14	4	8	4	14	14	11	-	7	2	1	3	-	-	-	93	4,8	2.563	0,3			
50 - 99	29	24	6	23	9	12	12	11	1	11	19	2	2	1	-	-	162	8,3	12.094	1,6	- 199	36,1	10,7
100 - 149	33	33	22	31	16	16	29	40	3	22	19	1	5	-	-	1	271	13,9	33.588	4,6			
150 - 199	20	13	20	9	19	16	16	19	2	15	15	5	6	1	-	2	178	9,1	30.083	4,2			
200 - 299	25	16	13	15	11	8	13	27	3	14	3	5	8	4	1	10	186	9,5	46.597	6,4			
300 - 399	20	14	14	14	13	8	10	22	5	14	8	8	10	13	3	20	196	10,0	69.067	9,5	200 -	31,9	31,0
400 - 499	19	13	23	16	14	12	6	23	2	19	17	7	17	30	5	19	242	12,4	109.284	15,1	499		
500 - 599	21	10	23	9	19	6	13	23	1	12	9	7	11	33	3	12	212	10,8	115.871	16,0			
600 - 699	21	3	25	7	10	8	7	10	3	4	14	14	18	28	1	10	183	9,3	118.623	16,4	500 -	26,9	46,1
700 - 799	10	4	29	8	11	9	7	5	-	2	5	10	16	18	-	3	133	6,8	99.256	13,7	799		
800 - 899	7	2	9	4	4	3	5	3	-	4	3	4	9	7	-	-	64	3,3	53.785	7,4			
900 - 999	3	-	2	-	-	1	-	3	-	-	-	3	1	8	-	-	21	1,1	19.781	2,7	800 -	5,1	12,2
1.000 -	-	-	2	1	2	-	-	1	-	-	-	1	-	7	-	-	14	0,7	15.242	2,1			
IALT	219	146	188	145	132	113	132	198	20	124	124	68	106	150	13	77	1.955	100	725.804	100	-	100	100

1) Oplysningerne vedrører samtlige folkeskoler (excl.specialskoler)i skoleåret 1979/80
2) Børnehaveklasse - 10. klasse.

Det forhold, at der også efter kommunalreformen eksisterede en række kommuner med et forholdsvist lille elevunderlag bevirkede da også, at man i skolelægeordningen af 1972 opererede med en forudsætning om, at der kan etableres fælleskommunale skolelægeordninger, jf. skolelægebekendtgørelsens § 7. En anden mere principiel bestemmelse af betydning for tilrettelæggelse af skolelægeordningen er bestemmelsen i skolelægebekendtgørelsens § 6 om, at skolesundhedsplejen kan tilrettelægges i kombination med kommunens almindelige sundhedspleje (småbørnssundhedsplejen).

Af nedenstående oversigt (skema 2.b.). der er udarbejdet af sundhedsstyrelsens medicinal-statistiske afdeling på grundlag af ressourceopgørelsen for 198o, fremgår, i hvilket omfang landets kommuner benytter sig af egenkommunal/fælleskommunal skolelægeordning og af særlig skolesundhedspleje/kombineret skolesundhedspleje/ såvel særlig skolesundhedspleje som kombineret skolesundhedspleje.

Skema 2.b. Skolelægeordning opdelt på egenkommunal/fælleskommunal ordning samt særlig/kombineret skolesundhedsple.je.

	Egenkommunale			Fælleskommunale			Andet	ialt
	Skole	Kombi.	Både-og	Skole	Kombi.	Både-og		
København komm.	1	-	-	-	-	-		1
Frederiksberg "	1	-	-	-	-	-		1
København amt	7	7	4	-	-	-		18
Frederiksborg "	4	14	1	-	-	-		19
Roskilde "	2	8	1	-	-	-		11
Vestsjællands "	6	1o	2	-	5	-		23
Storstrøms "	9	1o	1	-	4	-		24
Bornholms "	-	-	-	-	5	-		5
Fyns "	7	3	-	19	3	-		32
Sønderjyllands "	1	3	-	17	2	-		23
Ribe "	9	2	2	1[1]	-	-		14
Vejle "	1	2	3	-	5	-	5[2]	16
Ringkøbing "	14	3	-	-	-	-	1[3]	18
Århus "	6	17[4]	1	-	-	2		26
Viborg "	7	2	-	8	-	-		17
Nordjyllands "	6	4	1	13	-	-	3[5]	27
ialt	81	85	16	58	24	2	9	275

1) Sammen med kommuner i Vejle amt.

2) Både egen- og fælleskommunal ordning.

3) 1 kommune har ingen skolelægeordning.

4) 6 kommuner har ordning, men ingen angivelse af læge.

5) 3 kommuner har ordning, men ingen angivelse af læge.

Som det fremgår af oversigten har 182 kommuner egen skolelægeordning, medens 84 kommuner deltager i en fælleskommunal ordning. De fælleskommunale ordninger er navnlig almindelige i Bornholms, Fyns, Sønderjyllands og Nordjyllands amter, medens Københavns og Frederiksberg kommuner og kommunerne i hovedstadsregionen iøvrigt alle har egen ordning.

Med hensyn til skolesundhedsplejen kan det konstateres, at noget over halvdelen af kommunerne, 139» har etableret særlig skolesundhedspleje, medens Io9 kommuner benytter sig af kombineret småbørns- og skolesundhedspleje. I København og Frederiksberg kommuner er der etableret særlig skolesundhedspleje (jf. at skolelægeordningen i København ikke henhører under social- og sundhedsforvaltningen), medens der omvendt er etableret kombinerede ordninger i samtlige kommuner på Bornholm. I alle andre amter benyttes både særlig og kombineret skolesundhedspleje. Den kombinerede sundhedspleje er dog især udbredt i amterne øst for Storebælt samt i Århus amt.

Set under ét viser tallene tillige, at der blandt kommuner med egen skolelægeordning, d.v.s. typisk bykommuner eller kommuner med større befolkningsunderlag, er en nogenlunde ligelig fordeling mellem særlig skolesundhedspleje og kombineret skolesundhedspleje, medens der blandt de kommuner, der indgår i fælleskommunale ordninger, d.v.s. typisk mindre kommuner, er en klar overvægt af særlige skolesundhedsplejeordninger.

Medens det må antages, at valg af egenkommunal eller fælleskommunal ordning er afhængig af et større eller mindre elevunderlag, synes udviklingen på sundhedsplejerskeområdet at gå i retning af en øget tilrettelæggelse af ordningen i kombination med småbørnssundhedsplajen, jf. herved det tidligere nævnte om forventningerne hertil i redegørelsen om de sociale udbygningsplaner. Hvor hurtigt denne udvikling går, hænger dog nøje sammen med muligheden for at skaffe uddannede sundhedsplejersker til de områder, hvor en kombineret ordning endnu ikke er gennemført, det vil navnlig sige de fynske og nord-,vest- og sønderjyske kommuner.

I det efterfølgende skal kort redegøres for ansættelses- og uddannelsesstrukturen for lægerne og sundhedsplejerskerne (sygeplejerskerne) inden for skolelægeordningen.

a. Læger.

De uddannelsesmæssige krav til skolelæger, der kan udledes af det gældende re-

gelstof, er alene, at der skal være tale om personer, der har bestået lægevidenskabelig embedseksamen og har ret til selvstændigt virke som læge, og at den pågældende skal have fulgt et af sundhedsstyrelsen tilrettelagt kursus i skolehygiejne. I den gældende overenskomst mellem Kommunernes Landsforening og Den almindelige danske Lægeforening for ikke-tjenestemandsansatte skolelæger er det dog[1] præciseret som en betingelse for ansættelse som skolelæge, at den pågældende har autorisation til almen praksis eller en for arbejdet som skolelæge hensigtsmæssig speciallægeuddannelse.

Der er for tiden kun tjenestemandsansatte skolelæger i Københavns kommune (skoleoverlægen) og Århus kommune, hvilket betyder, at så at sige samtlige landets skolelæger aflønnes efter den nævnte overenskomst (der er medunderskrevet af Foreningen af Kommuner i Københavns amt og Københavns og Frederiksberg kommuner). Denne overenskomst sondrer mellem heltidsansatte skolelæger, d.v.s. skolelæger med 5.000-5.500 elever under tilsyn, der får en fast årlig løn (pr. 1.oktober 1980 ca. 230.000 kr.) og deltidsansatte skolelæger, d.v.s. læger med mindre end 2.750 elever under tilsyn, der aflønnes med et særligt honorar pr. elev under tilsyn (pr. 1.oktober I980 ca. 4I kr.). Normeringstallet for fuldtidsansatte skolelæger er anført i sundhedsstyrelsens vejledende retningslinier for ordningen, ligesom der heri også er angivet et minimumstal på 800 elever for deltidsansatte læger.

Usikkerheden omkring antallet af ansatte skolelæger og de ressourcer, der anvendes til aflønning af skolelægerne er nærmere beskrevet nedenfor i afsnit 2.5. I nedenstående to oversigter (skema 2.c. og 2.d.), der er udarbejdet af sundhedsstyrelsens medicinal-statistiske afdeling på grundlag af oplysninger fra lægeregistret i juli 1980, er der søgt givet et billede, dels af skolelæger fordelt efter ugentlig arbejdstid i de enkelte amter, dels af fordelingen af skolelæger efter køn og alder.

Skema 2.c. Skolelæger fordelt efter ugentlig arbejdstid.

ugentlig arbejdstid	Skolelæger ≥ 2o timer	Skolelæger < 2o timer	Antal skolelæger ialt
Københavns kommune	14	13	27
Frederiksberg "	3	2	5
Københavns amtskommune	19	3o	49
Frederiksborg "	1o	17	27
Roskilde "	7	6	13
Vestsjællands "	7	18	25
Storstrøms "	5	9	14
Bornholms "	1	2	3
Fyns "	13	5	18
Sønderjyllands "	8	1	9
Ribe "	6	7	13
Vejle "	8	11	19
Ringkøbing "	5	13	18
Århus "	17	19	36
Viborg "	8	3	11
Nordjyllands "	15	9	24
Hele landet	146	165	311

Skema 2.d. Skolelæger fordelt efter køn og alder

	Skolelæge ≥ 2o timer		Skolelæge < 2o timer		ialt		
	M	K	M	K	M	K	M + K
- 29 år	-	-	-	-	-	-	-
3o- 39 "	8	12	32	9	4o	21	61
4o- 49 "	13	25	36	9	49	34	83
5o- 59 "	5	34	3o	8	35	42	77
6o- 69 "	27	19	29	8	56	27	83
7o år og derover	2	1	2	2	4	3	7
Ialt	55	91	129	36	184	127	311

Om skema 2.c. bemærkes, at registreringen indeholder oplysning om højst 2 bierhverv pr. person. Læger, der har skolelægegerning som 3. bierhverv eller derover, indgår altså ikke i opgørelsen, hvilket formentlig udelukker et antal skolelæger med små børnetal, og dermed giver en del af forklaringen på forskellen på antallet af skolelæger, som den er opgjort her og nedenfor i afsnit 2.5. Som det iøvrigt kan læses af skemaet er I46 af 3II skolelæger, svarende til 47 %, ansat med mindst 2o arbejdstimer pr. uge. Skemaet viser ikke direkte, hvor de fuldtidsansatte skolelæger er placeret, idet et hovederhverv som nævnt omfatter arbejde på helt ned til 2o timer om ugen. Der er dog en tendens til forholdsvis flere hovederhverv i Fyns, Sønderjyllands og Nordjyllands amter, hvilket formentlig har sammenhæng med det store antal fælleskommunale ordninger, der netop findes inden for disse amter.

Af skema 2.d. ses, at 127 ud af 311 skolelæger, svarende til 4I %, er kvinder. Ser man på kønsfordelingen inden for de to ansættelseskategorier (mere eller

mindre end 2o timer ugentlig), udgør kvinderne 62 % af de, der er skolelæge mindst 2 o timer ugentlig og 22 *fo* af de øvrige. Med hensyn til aldersfordelingen ses det, at 2o *fo* af skolelægerne er under 4o år, at 51 % af lægerne ligger inden for aldersgruppen 4o-59 år og at 29 *fo* er 6o år og derover.

For så vidt angår spørgsmålet om, hvorfra de deltidsansatte skolelæger rekrutteres, kan det gennem almen praksistællingerne konstateres, at den væsentligste del er almen praktiserende læger. Af tællingen pr. 5I. december 1979 fremgår således, at ialt I25 almen praktiserende læger virker som deltidsansatte skolelæger, i det væsentligste med elevtal fra I.500 og nedefter. Dette tal har været nogenlunde konstant siden gennemførelsen af skolelægeordningen af 1972.

Af oplysninger fra Dansk Skolelægeforening fremgår endvidere, at ca. 3o læger med embedslægeeksamen (heraf dog kun ca. 5, der er ansat som embedslæger) og ca. 4o speciallæger, heraf ca. halvdelen pædiatere, har deltidsjob som skolelæger. Endvidere virker et antal tilsynsførende læger ved alderdomshjem, særforsorg og børnehave/vuggestuer samt kommunale lægekonsulenter som deltidsansatte skolelæger.

b. Sundhedsplejersker.

Af § 6 i skolelægebekendtgørelsen fremgår, at kommunen skal ansætte sundhedsplejersker til varetagelse af skolesundhedsplejen med mindre sundhedsplejerskeordningen for kommunen på tilfredsstillende måde tilrettelægges i kombination med skolelægeordningen.

Uddannelseskravet for ansættelse i de 2 ordninger er således ens, d.v.s. autorisation som sygeplejerske og afgangsbevis som sundhedsplejerske fra Danmarks Sygeplejerskehøjskole. Dette må ses i lyset af, at der er en fælles sundhedsplejerskeuddannelse for såvel sundhedsplejersker inden for småbørnssundhedsplejen som sundhedsplejerske inden for skolesundhedsplejen. Om indholdet af denne uddannelse henvises iøvrigt til afsnit 8.2.

Som en væsentlig modifikation i dette uddannelsesprincip siges det dog i samme bestemmelse, at der, såfremt det ikke er muligt at ansætte de fornødne sundhedsplejersker eller at tilrettelægge ordningen i kombination med småbørnssundhedsplejen, vil kunne ansættes personer, der alene har sygeplejerskeuddannelse. I modsætning til, hvad der gælder inden for småbørnssundhedsplejen , kræves der ikke særlig dispensation for sådanne ansættelser ved skolesundheds-

plejen. Sundhedsplejersker og sygeplejersker ansættes og aflønnes i henhold til aftale og overenskomst mellem Dansk Sygeplejeråd og Kommunernes Landsforening (Københavns og Frederiksberg kommuner samt Foreningen af Kommuner i Københavns amt). Sundhedsplejerskestillingerne har hidtil været kommunale tjenestemandsstillinger, hvilket har betydet, at de principielt kun har kunnet besættes som fuldtidsstillinger. Dette forhold vil dog blive ændret i forbindelse med de nye overenskomster, der forventes at træde i kraft pr. 1. juli 1981. Sundhedsplejersker vil herefter på samme måde som sygeplejersker kunne ansættes i deltidsstillinger.

Om fordelingen mellem særlig skolesundhedspleje *og* kombineret skole- og småbørnssundhedspleje henvises dels til det tidligere sagte, dels til bemærkningerne i afsnit 2.5.

Den geografiske fordeling af sundhedsplejersker *og* sygeplejersker er vist i skema 2.e., hvori er angivet antal sundhedsplejersker i særlig skolesundhedsple je, i kombineret småbørns- og skolesundhedspleje samt antal sygeplejersker ansat under skolelægeordningen. Det fremgår heraf, at antallet af sygeplejersker er omtrent svarende til eller højere end antallet af sundhedsplejersker i Fyns, Sønderjyllands, Ribe, Ringkøbing, Viborg og Nordjyllands amtskommuner. Dette er ikke overraskende, idet det er en almindelig erfaring, at det inden for såvel småbørnssundhedsplejen som skolesundhedsplejen er vanskeligt at skaffe uddannede sundhedsplejersker til de mindre og tyndt befolkede landkommuner.

Aldersfordelingen blandt sundhedsplejersker og sygeplejersker er kun sparsomt belyst, men en WHO-undersøgelse over forskellige forhold omkring skolelægeordningen i byerne Ålborg og Vejle samt Storkøbenhavn synes dog at vise, at skolesundhedsplejens personale gennemsnitligt er ældre i hovedstadsområdet end i Vejle og Ålborg.

Skema 2.e. Antal sundhedsplejersker i særlig skolesundhedspleje, kombineret skole- og småbørnssundhedsple.je samt antal sygeplejersker ved skolelægeordningen pr. .januar I980 fordelt på amtskommuner (omregnet til heltid).

Amtskommuner	Sundhedsplejersker Særlig skole-sundhedspleje	Sundhedsplejersker skole- og småbørns-sundheds-pleje	Sygeplejersker
Københavns kommune	41,4	-	12,4
Frederiksberg "	4,4	-	1,9
Københavns amtskommune	13,3	57,4	27,2
Frederiksborg "	o,5	65,4	5,7
Roskilde "	3,o	3o,3	3,9
Vestsjællands "	1,5	27,o	9,o
Storstrøms "	o,3	24,4	1o,2
Bornholms "	-	5,5	-
Fyns "	7,3	1o,2	26,7
Sønderjyllands "	1,o	9,8	8,9
Ribe "	3,o	13,5	13,1
Vejle "	3,4	3o,3	13,5
Ringkøbing "	-	5,5	18,1
Århus "	o,3	1o9,9	4,3
Viborg "	1,8	7,3	9,3
Nordjyllands "	2,o	22,8	19,4
Hele landet	83,1	419,4	183,7

Kilde: Danmarks Statistik, Sociale ressourcer I980.

c. Sekretærer m.v.

Der foreligger ikke statistisk materiale, der nærmere belyser ansættelses- og uddannelsesforhold for denne personalegruppe. Om antallet af ansatte og de anvendte ressourcer henvises til det nedenfor under afsnit 2.5. anførte.

Skolelægestatistik.

Fra og med skoleåret 1975/74 har sundhedsstyrelsen udgivet en publikation vedrørende skolelægestatistik hvert andet år. Statistikken udarbejdes på baggrund af årlige indberetninger fra hver skolelæge til sundhedsstyrelsen. Indberetninger sker i henhold til en bestemmelse i skolelægeloven om, at kommunalbestyrelser og amtsråd er forpligtede til efter regler fastsat af styrelsen at give oplysninger i medfør af loven. I sundhedsstyrelsens vejledende retningslinier for tilrettelæggelse af ordningen er det herefter foreskrevet, at skolelægen skal udarbejde en årsberetning for hver skole. Årsberetningen fremsendes til komnunens socialudvalg, som videresender beretningen til embedslægeinstitutionen senest 15. september efter udløbet af det indberettede skoleår. Embedslægeinstitutionen fremsender efter gennemsyn skemaet til sundhedsstyrelsen med eventuelle bemærkninger senest 1. oktober.

Den skolelægesstatistik, der udarbejdes på grundlag af disse indberetninger er primært en oversigt over de stedfundne helbredsundersøgelser og henvisninger i det forløbne skoleår. Statistikken giver meget få reelle oplysninger om skolebørnenes sundhedstilstand, og må primært betragtes som en statistik over skolelægernes aktivitet, målt som antal undersøgelser og henvisninger af børn på de enkelte klassetrin. Opgørelserne falder i hovedgrupperne l) rutineundersøgelser (førstegangsundersøgelser på obligatoriske klassetrin), 2) behovsundersøgelser (undersøgelser udover 1. gang på obligatoriske klassetrin samt alle undersøgelser på ikke-obligatoriske klassetrin), 3) antallet af henvisninger (opdelt på forskellige instanser), 4) vaccinationsstatus (i forhold til gældende vaccinationsprogrammer).

Nedenfor er givet en kort oversigt over hovedkonklusioner inden for de nævnte områder, baseret på skolelægestatistikken for 1977/78.

1) Rutineundersøgelser.

På landsplan undersøges næsten alle børn på klassetrin med obligatoriske undersøgelser. Der er kun lille variation, mellem 97-99 %, med højeste procentdel undersøgte i børnehaveklasse og 1. klasse.

1. klasseeleverne er undersøgt for 98-loo %'s vedkommende i de enkelte amter, medens der ved undersøgelserne på 9• klassetrin er lidt større amtslig variation, idet der her er undersøgt mellem 87 og loo %.

Konkluderende bliver alle børn på de klassetrin, hvor helbredsundersøgelserne er obligatoriske, undersøgt mindst én gang.

2) Behovsundersøgelser.

På de klassetrin, hvor helbredsundersøgelserne ikke er obligatoriske, bliver samtlige helbredsundersøgelser rubriceret som behovsundersøgelser. Disse omfatter ca. 1/4 af eleverne, idet mellem 23-27 % af eleverne behovsundersøges.

Også på klassetrin med obligatoriske helbredsundersøgelser, foretages behovsundersøgelser, idet en helbredsundersøgelse udover den obligatoriske rubriceres som en behovsundersøgelse.

På 1. klassetrin er der på landsplan ca. 7 % af eleverne, der behovsundersøges, if1g. den ovenfor nævnte definition.

Der er betydelig amtslig variation, idet den laveste andel behovsundersøgte findes i Vejle amt (4»4 %) *og* den højeste i Frederiksberg kommune (ca. 22 %). Disse tal vedrørende behovsundersøgelserne skal tolkes med varsomhed, idet der formentlig kan være forskellig registreringspraksis.

I alle amter er en del af de elever, der er blevet behovsundersøgt i 1. klasse, blevet undersøgt 2 eller flere gange, idet der er foretaget mellem I.067 og I.43I behovsundersøgelser pr. 1 .000 behovsundersøgte elever.

På de klassetrin, hvor helbredsundersøgelserne ikke er obligatoriske, er der altså 3-4 gange så stor en andel børn, der behovsundersøges som på de klassetrin, hvor helbredsundersøgelserne er obligatoriske. Dette skyldes formentlig, at det for en del af de børn, der opfattes som "behovs-børn", er tilstrækkeligt med én undersøgelse om året, således at den obligatoriske undersøgelse dækker behovet.

3) Henvisninger.

Af skolelægernes indberetning fremgår antallet af indstillinger, anmeldelser eller henvisninger til læge, skolepsykolog eller "andre social- eller sundhedsorganer", bestående af a) revalidering, b) erhvervsvejledning, c) familievejledning, d) børneværn og e) særforsorg.

Langt de fleste henvisninger er henvisninger til læge, d.v.s. alment praktiserende læge eller speciallæge samt til skolepsykolog. Tallene viser en klar forskel på antallet af henvisninger pr. l.ooo undersøgte mellem klassetrin med obligatoriske undersøgelser og klassetrin uden obligatoriske undersøgelser. 560 af l.ooo undersøgte elever på 3.klassetrin(uden obligatoriske undersøgelser) er således blevet henvist til enten læge, skolepsykolog eller social- eller sundhedsorganer, medens det tilsvarende for 5«klassetrin (med obligatoriske undersøgelser) drejer sig om 197 ud af l.ooo undersøgte elever.

lait henvises ca. hvert femte barn på klassetrin med obligatoriske undersøgelser, men omkring hvert ottende barn på klassetrin uden obligatoriske undersøgelser. Ses antallet af henviste derimod i relation til antallet af undersøgte, er det stadig hver femte af eleverne med rutineundersøgelserne, men nu ca. halvdelen af eleverne pä de øvrige klassetrin, der henvises.

Antallet af henvisninger fordeler sig forskelligt på de forskellige klassetrin. Henvisninger til læge udgør mere end 3/4 af alle henvisningerne, medens henvisningerne til skolepsykolog udgør ca. 1/5 af børnehaveklasse og 1. klasse, fra 2.-4. klasse 25-30 %, hvorefter henvisningerne til skolepsykolog falder med stigende klassetrin.

Henvisningerne til social- eller sundhedsorganer ligger under 2 % indtil 7.klasse, hvorefter der sker en stigning, der kulminerer med ca. I3 % i 9. klasse. Det er ikke muligt at fordele henvisningerne til sociale instanser på de oprindelige grupper a)- e), da disse er slået sammen i EDB-behandlingen. For at få et fingerpeg om, efter hvilket mønster henvisningerne gives på de enkelte klassetrin, er der manuelt foretaget en optælling ud fra skemaerne i Københavns kommune i skoleåret 1977/78. Denne optælling viser, at henvisningerne til sociale instanser på hvert klassetrin drejer sig om familievejledning i mere end 60 % af tilfældene, undtagen 9. klasse, hvor denne andel falder til ca. 25 *io.* Samtlige henvisninger til erhvervsvejledning finder sted i 9. klasse og her udgør de mere end halvdelen af henvisningerne.

4) Vaccinationer.

Opgørelsen viser den procentvise andel af skoleeleverne i 1., 2. og 9. klasse, der ikke eller kun delvist er vaccineret mod difteri, tetanus, polio, kopper samt tuberkulose.

I 1. klasse er ca. 17 *fo* ikke fuldt vaccineret mod polio, og halvdelen ikke mod tuberkulose.

Det gælder for de opgjorte vaccinationer, at kun nogle få procent i 9. klasse (o,6-5,6 *tfo)* ikke har den immunitet, de eksisterende vaccinationsprogrammer tilsigter.

2.4. Forsøgs- og udviklingsarbejde

Der er ikke i den gældende lov eller bekendtgørelse særlig hjemmel for gennemførelse af forsøgsvirksomhed vedrørende ændret tilrettelæggelse af skolelægeordningen. Indenrigsministeriet og sundhedsstyrelsen har imidlertid på baggrund af den rejste kritik af den eksisterende skolelægeordning fundet det rimeligt, at der drages erfaringer ved lokal forsøgsvirksomhed med nye organisationsformer og funktioner for skolesundhedstjenesten, og har i den forbindelse inden for nærmere tidsmæssige rammer tilladt forsøgsordninger i Odense *og* Billund kommuner, der på visse punkter fraviger de gældende regler for tilrettelæggelse af skolelægeordningen. Man har ligeledes været opmærksom på, at der inden for de gældende regler er sat særlige aktiviteter i gang med hensyn til tværfagligt samarbejde og sundhedspædagogiske foranstaltninger i henholdsvis Holbæk og Hammerum skole i Herning kommune.

Hensigten med forsøgsordningen i Odense kommune,der har omfattet 3 skoler i kommunen, har været at komme bort fra de mange rutineprægede undersøgelser og i stedet vurdere den enkelte elevs behov. Dette er søgt opnået ved en særlig intensiveret indsats ved skolestart og skoleslutning. Man har således startet med 2 undersøgelser i børnehaveklassen (l.klasse), heraf én særdeles grundig ved skoleårets begyndelse og en opfølgende ved skoleårets slutning.

Indgangen til undersøgelsen har været en personlig samtale med hver enkelt elev af sundhedsplejersken, hvor denne på grundlag af foreliggende oplysninger (udfyldte forældrekort/helbredskort fra praktiserende læge/oplysninger fra klasselærer) har forsøgt at få så godt et indtryk som muligt af de problemer

eleven måtte have. Den egentlige skolelægeundersøgelse af nye elever er tilstræbt gjort mere "funktionsorienteret" i relation til det at gå i skole. Begge disse forhold har efter forsøgsgruppens opfattelse bevirket, at en del forhold, i stedet for at udvikle sig til et alvorligere problem har kunnet rettes på et meget tidligt tidspunkt. Med hensyn til afgangssituationen har man i samarbejde med skolevejleder og klasselærer givet en afsluttende lægeundersøgelse med et mere erhvervsrettet sigte end hidtil.

Som tilfældet var for forsøgsgruppen i Odense har sundhedsudvalget ved 2 skoler i Billund kommune følt behov for opstilling af målsætning for skolelægeordningens arbejde, og har på grundlag heraf fremhævet forskellige væsentlige funktioner for ordningen ved de pågældende skoler. Af funktionerne kan nævnes tilrettelæggelse og gennemførelse af undervisning i kropsbevidsthed i indskolingsforløbet i samarbejde med klasselæreren, og i forbindelse hermed øget kontakt med forældrene om undervisningens forløb, åben konsultation hos skolelægen én gang ugentlig fra 3.-10. klasse samt en øget indsats fra skolesundhedstjenestens side med hensyn til nye initiativer af sundhedspædagogisk karakter på skolen. Disse funktioner gennemføres ved en vis reduktion i de årlige rutinemæssige helbredsundersøgelser. Forsøgsordningen er endnu ikke afsluttet.

Med det formål at forsøge en mere gruppe- og samfundsorienteret indsats over for skoleeleverne påbegyndte man i Holbæk kommune i 1973 et socialpædagogisk samarbejde omkring skolebørnene, idet man nedsatte et tværfagligt udvalg bestående af repræsentanter fra undervisnings-, social- og sundhedssektoren i kommunen. Udvalget havde til opgave at formidle og inspirere det forebyggende socialpædagogiske arbejde blandt børn og unge, at følge kommunikationen institutionerne imellem og at koordinere den pædagogiske, sociale og økonomiske støtte til barnet eller dets hjem mest muligt. Som eksempler på resultater af udvalgets arbejde kan nævnes etableringen af en udviklingskiasse for socialt og emotionelt handicappede elever, oprettelse af indskolingsklasse for fremmedsprogede elever samt ansættelse af en fysioterapeut, der skal virke som konisulent for skolevæsenets idrætslærere og yde støtte til hæmmede førskolebørn. I 1977 udvidedes rådet og består i dag af 1 repræsentant valgt af fælleslærerrådet, 1 repræsentant valgt af skolelederen, 1 repræsentant valgt af skolepsykologerne, 1 repræsentant for social- og sundhedsforvaltningen, 1 repræsentant fra politimyndigheden (de kriminalpræventive råd), 1 repræsentant valgt af sundhedsplejerskerne, 1 repræsentant valgt af daginstitutionerne,, Holbæk bys skolelæge, konsulenten for hjælpeklasserne samt skoledirektøren.

Det er oplyst, at visse af udvalgets medlemmer også var repræsenteret i de såkaldte § 19, stk. 2-visitationsudvalg (amtslige skoler for specialundervisning af "børn og unge, hvis udvikling kræver særlig vidtgående hensyntagen eller støtte).

Endelig er der i Hammerum skole i Herning kommune fra skolelægeordningens side taget initiativ til en særlig tidlig kontakt med og undervisning af forældrene til de nye elever i skolen. Kontakten med forældrene etableres ved indskrivning af børn og der arrangeredes - med stor tilslutning - 4 mødeaftener for forældrene. Erfaringerne fra studiekredsen, der etableredes med støtte fra folkeskolens forsøgsråd, var, at de pågældende forældre havde større forståelse og mere positiv holdning over for de problemer, deres børn mødte ved skolestarten, og de var mere indstillede på at henvende sig med problemerne inden disse eventuelt udviklede sig alvorligere.

Herudover er der i Ringkøbing amt etableret en særlig gruppe, bestående af repræsentanter for skolelægerne, amtsudvalget for skoleidræt, interesserede praktiserende læger, amtslægen, amtsskolelægekonsulenten og amtsskolepsykologen med det formål at forsøge at yde en samlet indsats for skoleelevernes manglende fysiske aktivitet. Et resultat af dette arbejde er en særlig idémappe med forslag til aktivitet, både i og uden for idrætstimerne (mappen krop-pædagogik), der er blevet distribueret til samtlige amtets skoler og har dannet udgangspunkt dels for den almindelige skoleundervisning, dels for en række tværfaglige kurser i amtet.

Uanset, at der givetvis udover de her nævnte forsøgsordninger og udviklingsarbejde formentlig er etableret forsøgsordninger o.l. på flere andre skoler rundt omkring i landet, må det nok konstateres, at forsøgsvirksomheden hidtil har været af et yderst begrænset omfang. Baggrunden herfor må tilskrives den manglende tilskyndelse hertil i form af formaliserede forsøgsbestemmelser sammenholdt med de meget snævre grænser, som den gældende bekendtgørelse og de gældende retningslinier har lagt for den enkelte skolelægeordnings virksomhed. De ovenfor nævnte forsøgsordninger, som, bortset fra Billund kommune, har været drøftet mellem initiativtagerne og udvalgets medlemmer, giver da heller ikke noget fyldigt erfaringsgrundlag for at foreslå ændrede ordninger eller tilskynde til særlige aktiviteter. Udvalget har dog hentet inspiration fra disse forsøgsordninger m.v. til visse af de forslag til en fremtidig skolesundhedstjeneste, der stilles i betænkningen.

2.5. Ressourceanvendelse

I henhold til § 1 i lov om skolelægeordning påhviler udgifterne ved skolelægeordningen primærkommunerne. Efter lovens § 8 a refunderer staten dog efter regler fastsat af indenrigsministeren 5o % af kommunernes udgifter til sundhedsplejersker og sygeplejersker (men ikke til andet hjælpepersonale). De nærmere regler for denne refusion, der primært vedrører lønudgifter, er fastsat i indenrigsministeriets cirkulære af 11. juni 1979, afsnit II.

Det er vanskeligt at give et helt nøjagtigt tal for, hvad skolelægeordningen koster. De senest foreliggende kommunale regnskabs- og budgettal for skolelægeordningen (funktion 5.82) fremgår af nedenstående oversigt (skema 2.f.).

Skema 2.f. Driftsudgifter (mill.kr.) ved skolelægeordning.

	1979[1]		1980[2]		1981[2]	
ialt	udg.	indt.	udg.	indt.	udg.	indt.
	59,1	5,5	7o,o	5,8	74,o	6,3
Heraf løn	45,4	-	52,7	-	55,o	-

1) Regnskabstal.
2) Budgettal.

Det fremgår af oversigten, at langt den væsentligste del af udgifterne, ca. 75 %, går til lønninger, medens'de resterende ca. 25 *fo* dækker anskaffelse af inventar og instrumenter, mindre reparationer og andre serviceydelser, kontorhold o.l.

Indtægterne ved ordningen hidrører fra betaling for deltagelse i fælleskommunale ordninger til den kommune, der i første omgang har afholdt udgifterne ved sådanne ordninger.

Der er ikke forbundet nævneværdige anlægsudgifter med ordningen, idet de nødvendige lokaler stilles til rådighed på de enkelte skoler og eventuelt tillige i den stedlige social- og sundhedsforvaltning.

De lønudgifter, der er angivet i de kommunale regnskaber (og budgetter), kan

imidlertid ikke tages som et korrekt udtryk for, hvad skolelægeordningen koster samfundet. Dette skyldes, at en del af lønudgifterne til sundhedsplejersker og sygeplejersker i skolesundhedsplejen henføres til kontoen for den almindelige sundhedspleje (funktion 5.81).

I det følgende har man derfor forsøgt at vurdere ressourceanvendelsen ved ordningen med udgangspunkt i det anslåede antal beskæftigede inden for de enkelte personalegrupper. Der er på grundlag heraf opstillet en oversigt over lønudgifterne til de enkelte grupper og hvem, der dækker disse udgifter.

a. Læger.

Der foreligger flere oplysninger om antallet af ansatte skolelæger. 1f1g. sundhedsstyrelsens ressourceopgørelse fra 198o, der baserer sig på oplysninger indhentet af Danmarks Statistik, er der på opgørelsestidspunktet ansat 62 skolelæger med 3° timer ugentligt eller derover, medens der er ialt 3I6 skolelæger med under 3o timer om ugen. Da det for langt den største del af de deltidsansattes vedkommende ikke er oplyst, hvor stort et ugentligt timetal ansættelsen vedrører, er der som et gennemsnit regnet med en omregningsfaktor på o,l, d.v.s. en gennemsnitlig ugentlig arbejdstid på ca. 3 timer. Det samlede omregnede antal heltidsstillinger bliver herefter 91. Dette tal er utvivlsomt for lavt sat, idet en omregningsfaktor af den nævnte størrelse virker mindre realistisk, sammenholdt med de vejledende retningsliniers anbefaling af et mindsteantal på 800 elever for deltidsansatte skolelæger.

Et andet tal for antallet af skolelæger er angivet i redegørelsen for de sociale udbygningsplaner for 1979» hvis oplysninger baserer sig på data indsamlet af socialstyrelsen fra de enkelte kommuner. I ressourcetællingen for 1979 angives der,omregnet til heltidsstillinger, at være ansat I7I skolelæger. Omregningen til heltidsstillinger bygger her på et angivet antal skolelægetimer for den enkelte deltidsansatte skolelæge. Den her foretagne omregning er formentlig forholdsvis realistisk, da den baserer sig på nogle faktisk opgivne tal. Til gengæld kan det tænkes, at der ved den skønsmæssige fastsættelse af timetal for de enkelte skolelæger kan ske en overvurdering af det timetal, der medgår til arbejdet.

Af sundhedsstyrelsens lægetælling fra 1978 fremgår, at ialt 15o læger har skolelægehvervet som hovedbeskæftigelse, idet man betragter en arbejdstid på mindst 3o timer som værende en hovedbeskæftigelse. Tallet rummer altså samt-

lige fuldtidsbeskæftigede skolelæger samt den mere tungtvejende del af de deltidsbeskæftigede.

Dansk Skolelægeforening har ca. 37o medlemmer, hvortil kommer, at man skønsmæssigt anslår, at yderligere ca. 3o skolelæger står uden for foreningen. Af det samlede antal skolelæger på ca. 4oo er ca. 7o fuldtidsansat med fast løn, medens de resterende 33o honorarlønnes efter antallet af børn under tilsyn.

På ovennævnte baggrund skønnes det rimeligt at antage, at der i dag er ansat ca. 7o fuldtids skolelæger, medens ca. 33o er på deltid, heraf et antal med mindre elevtal end det i retningslinierne angivne minimumstal.

Antallet af børn i alderen 6-15 år udgjorde pr. 1.januar 198o ca. 77o.ooo. Under hensyn til, at mange lo. klasser og dermed 16-årige er omfattet af skolelægeordningen, medens kun et mindre antal 6-årige ikke går i børnehaveklasse, skønnes det, at ca. 8I0.000 børn er omfattet af ordningen.

Regnes der med ca. 5.ooo elever pr. fuldtidsansat skolelæge, kan det samlede antal skolelæger omregnet til heltidsstillinger anslås til ca. I60. De samlede lønudgifter for disse beløber sig til ca. 35 mill.kr. Tages der herudover hensyn til en række tillæg og andre udgifter, der er knyttet specielt til skolelægerne, iså ,som skoletillæg, tillæg for'grønne skoler",udgifter til vikarer, kørsels- og kursusudgifter m.v., kan de samlede udgifter til skolelæger anslås til ca. 4o mill.kr.

b. Sundhedsplejersker.

Den samme usikkerhed som for skolelæger gør sig gældende med hensyn til antallet af ansatte sundhedsplejersker og sygeplejersker. For så vidt angår sundhedsplejersker og sygeplejersker, der udelukkende er beskæftiget i skolesundhedsplejen, er antallet iflg. sundhedsstyrelsens ressourceopgørelse for I980 omregnet til heltidsstillinger henholdsvis 82 og 182.

Dette tal er i nogenlunde overensstemmelse med redegørelsen for de sociale udbygningsplaner for 1979, i hvis ressourcetælling for 1979 er angivet 88 sundhedsplejersker og 2o2 sygeplejersker. For sundhedsplejersker i kombinerede stillinger foreligger ikke præcise oplysninger om, hvor stor en andel af arbejdstiden, der vedrører skolesundhedsplejen, men i sundhedsstyrelsens retningslinier for tilrettelæggelse af sundhedsplejerskeordninger er vejledende anslået 3 dage i småbørnsordningen og 2 dage i skolesundhedsplejen. En sådan fordeling betyder iflg. retningslinierne, at (det vejledende) befolkningsunderlag for sundhedsplejersken nedsættes fra 8.000 til 5.ooo. Overensstem-

mende hermed er antallet af sundhedsplejersker i kombinerede stillinger i de kommunale udbygningsplaner omregnet som 5/8 i småbørnssundhedsplejen og 3/8 i skolesundhedsplejen.

Lægges denne fordeling til grund, vil der i sundhedsstyrelsens opgørelse skulle medregnes I80 kombinerede sundhedsplejersker ved skolesundhedsplejen og iflg. de sociale udbygningsplaner I72 kombinerede sundhedsplejersker. Samlet viser sundhedsstyrelsens opgørelse, at der omregnet til heltidsstillinger er ansat ca. 26o sundhedsplejersker og ca. I80 sygeplejersker i skolesundhedstjenesten, hvilket svarer nogenlunde til de sociale udbygningsplaners tal.

Dansk Sygeplejeråd, der skønner at have en organisationsprocent på 94-97, har oplyst, at der pr. 1. januar I980 blandt deres medlemmer var ansat 2o9 sygeplejersker og 154 sundhedsplejersker ved skolesundhedsplejen, medens antallet af kombinerede sundhedsplejersker i skolesundhedsplejen, i henhold til den tidligere nævnte fordeling, er 186. Det samlede antal sundhedsplejersker er herefter ca. 540. Der er her tale om antal personer ansat i de pågældende stillinger, og selv om sundhedsplejersker hidtil principielt ikke har kunnet tage ansættelse i deltidsstillinger, skønner Dansk Sygeplejeråd, at et ikke ubetydeligt antal sundhedsplejersker og sygeplejersker er .ansat i deltidsstillinger, hvorfor de nævnte tal omregnet til heltidsstillinger skal reduceres noget.Ifølge redegørelsen for de sociale udbygningsplaner 1979 er ca. 1/3 af sundhedsplejerskerne deltidsbeskæftigede. Forudsættes det, at ca. 1/3 af sundhedsplejerskerne kun er ansat på l/2-tid, nærmer tallet sig de tidligere nævnte 26o sundhedsplejersker. Noget tilsvarende gør sig gældende for sygeplejerskernes vedkommende.

På ovennævnte baggrund skønnes det rimeligt at antage, at der, omregnet til heltidsstillinger, er ansat ca. 26o sundhedsplejersker og 19o sygeplejersker inden for skolesundhedsplejen. De samlede lønudgifter andrager herefter ca. 51 mill.kr., hvortil kommer forskellige tillæg og andre udgifter, der er knyttet specielt til sundhedsplejerskerne og sygeplejerskerne såsom beklædnings- og befordringsgodtgørelse, vikarudgifter, kursusudgifter m.v. De samlede udgifter til sundhedsplejersker og sygeplejersker i skolesundhedsplejen kan herefter anslås til ca. 55 mill.kr.

c. Hjælpepersonale.

Gruppen hjælpepersonale dækker primært sekretærhjælp, men også enkelte andre

personer, som f.eks. klinikassistenter og audiometridamer. I sundheds styreIsens ressourceopgørelse er antallet af sådant hjælpepersonale omregnet til heltidsstillinger angivet til 48 i skolesundhedsplejen, hvortil kommer skolesundhedsplejens andel af denne personalekategori i den kombinerede ordning på ca. 18 personer. Dette stemmer rimeligt overens med udbygningsplanernes 6l personer. Regnes der med 65 personer, vil den samlede lønudgift til denne personalekategori være ca. 6 mill.kr.

Den skønsmæssigt anslåede samlede ressourceanvendelse inden for skolelægeordningen fremgår af nedenstående oversigt(skema 2.g. og 2.h.).

Skema 2.g. Antal personer/antal omregnede heltidsstillinger i skolelægeordningen.

	Skolelæger	Skolesundhedsplejersker	Kombinerede sundhedsplejersker	Sygeplejersker	Andet hjælpepersonale	ialt
Antal personer 1)	4oo	12o	57o	21o	13o	1.43o
Omregnet til fuldtidsstillinger 2)	16o	9o	17o	19o	65	675

1) 1f1g. sundhedsstyrelsens ressourceopgørelse fra I980. For kombinerede stillinger er medtaget samtlige ansatte, idet disse alle har tilknytning til skolesundhedsplejen.

2) 1f1g. ovenstående vurderinger.

Skema 2.h. Omtrentlige årlige udgifter ved skolelægeordningen(mi]1.kr.)

Udgifts-gruppe	Skole-iægger	Skole-sund-heds-pie-jer-sker	Kombi-nerede sundheds-plejersker	Syge-plejer-sker	Andet hjælpe-perso-nale	Lønnin-ger ialt	Andre[2] drifts-udgifter	Udgifter ialt
Kommu-ner	4o	6	11	12	6	75	15	9o
Stat		5	1o	11		26		26
Offent-lige ud-gifter ialt	4o	11	21	23	6	1o1	15	116

1) Udregnet på basis af ovenstående personaletal og gennemsnitslønninger for de enkelte personalegrupper.

2) Skønsmæssigt anslået på baggrund af de kommunale regnskaber.

På baggrund af ovenstående skønner udvalget, at skolelægeordningen pr. 198o årligt koster samfundet ca. 116 mill. kr.

I redegørelsen for de sociale udbygningsplaner for 1979 siges det, at skolelægeordningen i flere år har været fuldt udbygget. Da der imidlertid hverken for sundhedsplejersker, sygeplejersker eller andet hjælpepersonale inden for skolesundhedsplejen er givet vejledende normtal med hensyn til antallet af børn pr. ansat, vil der dog efter udvalgets opfattelse fortsat kunne ske forskydninger i den årlige ressourceanvendelse inden for rammerne af den gældende ordning som følge af en ændret vurdering af, hvad der er "fornødent" personale, og hvorledes ordningen iøvrigt tilrettelægges forsvarligt. Af andre forhold, der kan bevirke forskydninger, kan bl.a. nævnes ændringer i børnetallet samt en nødvendig øget indsats som følge af særforsorgens udlægning.

I nedenstående oversigt (skema 2. i.) er udgifterne til skolelægeordningen sammenholdt med de omtrentlige udgifter ved andre offentlige sundhedsordninger og udgifterne til det samlede sundhedsvæsen i 198o. Det fremgår heraf, at skolelægeordningen beslaglægger ca. 6 % af udgifterne til de offentlige sundhedsordninger, og at disse ordninger iøvrigt beslaglægger 7,5 % af sundhedsvæsenets samlede ressourcer, heraf ca. halvdelen til børnetandpleje.

Skema 2.i. Sundhedsvæsenets ressourceanvendelse i I980 (mia.kr.).

Offentlige sundhedsordninger	1,6
Hjemmesygepleje	0,4
Sundhedspleje	o,l
Skolelægeordning	o,l
Børnetandpleje	0,8
Andre ordninger	o, 2
Sygesikring	4,1
Sygehuse m.v.	14,4
Administration	o,2
Offentlige udgifter ialt	21,3

Til yderligere belysning af ressourceanvendelsen inden for sundhedsvæsenet, specielt i relation til gruppen af børn og unge, har sundhedsstyrelsens medicinalstatistiske afdeling udarbejdet nedenstående oversigt (skema 2.j .) , der dels bygger på tal fra budgetredegørelsen 198o, dels bygger på afdelingens egne skøn.

Skema 2. .j .Omtrentlige driftsøkonomiske budgettal I980 for sundhedsudgifter til børn og unge (0-I6 år).

1. Børneprofylakse o-6 år i almen praksis	45 mio.kr.	1,7 %
2. Sundhedspleje excl. skolesundhedspleje	128 " "	4,8 "
3. Skolelægeordning	116 " "	4,3 "
4. Børn o-6 år i almen praksis (fordelt ud fra procentuelle kontakter)	195 " "	7,4 "
5. Sygehusindlæggelser af børn o-16 år (baseret på fordeling af sengedagsforbrug)	1.4oo " "	52,7 "
6. Pædiatriske speciallæger i praksis	2,5 " "	o,1 "
7. Børnetandplejen	77o " "	29,o "
Ialt	2.656,5 mio.kr.	loo,o %

Det skal bemærkes, at der i sagens natur er usikkerhed forbundet med det angivne skøn. Skemaet viser dog, at skolelægeordningen beslaglægger mindre end 5 % af sundhedsudgifterne til børn og unge.

Kapitel III
Ordning i andre nordiske lande

Udvalget har ikke fundet det muligt eller nødvendigt at foretage en nærmere beskrivelse af opbygningen af skolesundhedstjenester i andre lande og de erfaringer man har gjort med sådanne ordninger.

Udvalget har dog ment, at det kan være nyttigt at give et groft overblik over, hvorledes den forebyggende indsats overfor skolebørn er grebet an i de lande, Danmark hyppigst sammenligner sig med, og man har derfor, på baggrand af skriftlige oplysninger fra sundhedsmyndighederne i Norge, Sverige og Finland, udarbejdet nedenstående kortfattede oversigt over ordningerne i disse lande. Oplysningerne er indhentet i foråret 198o, og der må tages forbehold for eventuelle ændringer i ordningerne siden da.

3.1. Norge

Den norske skolesundhedstjeneste (skolehelsetjeneste) er fastlagt i en særlig lov fra 1957, efter hvilken den enkelte kommune har ansva.ret for ordningen. I sin opbygning minder den norske ordning på mange måder om den danske skolelægeordning. Således skal skolesundhedstjenesten iflg. loven overvåge elevernes sundhed, beskytte eleverne mod fysiske og psykiske skader og smitsomme sygdomme, vejlede eleverne og deres forældre om sundhedsmæssige forhold af betydning for skolegang, livsførelse, vækst og udvikling, valg af erhverv samt føre tilsyn med skolens hygiejniske forhold. Skolesundhedstjenestens personale består af skolelæger, sundhedsplejersker, visse centralt placerede speciallæger samt fysioterapeuter. Særlig sidstnævnte gruppe er langt hyppigere anvendt i skolesundhedstjenesten end i Danmark. Om skolelægerne oplyses iøvrigt, at en stor del af disse er ansat på fuld tid, og at det tilstræbes at ansætte læger, der har kvalifikationer, interesse og erfaring inden for begrebet "skolemedicin" (hvori navnlig indgår samfundsmedicinske og mentalhygiejniske aspekter).

I en betænkning fra 1979 forudsættes skolesundhedsarbejdet fortsat i kommunalt regie og med fortsat anvendelse af skolelæge og skolesundhedsplejerske. Endvidere foreslås det, at fysioterapeuter bliver faste medarbejdere i skolesundhedstjenesten. I betænkningen fremhæves betydningen af et tæt samarbejde mellem skolesundhedstjenesten og det forebyggende sundhedsarbejde, der udføres af de lokale helsestationer for spædbørn og småbørn. Betydningen af skolesundhedstjenestens samarbejde med andre institutioner,med henblik på at fremme elevens samlede sundhedsmæssige situation bedst muligt,fremhæves. Endvidere lægges der vægt på, at skolesundhedstjenesten medvirker til at afhjælpe forhold inden for skolen, der kan virke sundhedsmæssigt belastende. Med henblik på at yde den bedst muligt indsats overfor elever med sammensat medicinske, psykiske, sociale og pædagogiske problemer foreslås oprettet et "fast skolehelseteam", med deltagelse af skolens leder, skolelæge, skolesundhedsplejerske og en repræsentant fra skolepsykologisk rådgivning.

Den centrale ledelse og samordning af skolesundhedstjenesten er i Norge henlagt til Helsedirektoratet.

3.2. Sverige

Grundlaget for skolesundhedstjenesten (skolehälsovård) i Sverige er en særlig bestemmelse i den svenske skolelov, hvori det siges, at grundskolen indbefatter skolesundhedstjenesten. Ansvaret for skolesundhedstjenesten påhviler, ligesom ansvaret for skolevirksomhed iøvrigt, den enkelte kommune. Skolesundhedstjenesten skal iøvrigt følge elevernes udvikling, bevare og forbedre deres psykiske og fysiske sundhed og virke for sunde livsvaner hos eleverne. Skolesundhedstjenestens personale består i Sverige af skolelæger og sundhedsplejersker. Det er forudsat, at skolesundhedsplejen kan tilrettelægges som et led i den almindelige distriktssundhedspleje, men organisatorisk er skolesundhedstjenesten iøvrigt knyttet til skoleforvaltningen og administreres centralt ligesom det øvrige skolevæsen af en særlig skolöverstyrelse.

I de regler, der er fastsat for skolelægernes og skolesundhedsplejerskernes arbejde er det fremhævet, at planlægningen af skolesundhedstjenesten skal ske i et tæt samarbejde med skolens ledelse. Der foretages egentlige lægeundersøgelser af samtlige elever på 1. 4. og 8. klassetrin i grundskolen. Herudover har skolelæger og skolesundhedsplejersker pligt til at medvirke i tværfaglige konferencer om enkelte elevers helbredstilstand. Endelig er der tillagt såvel skolelæge som sundhedsplejerske konsulentfunktioner overfor skolens lærerpersonale med hensyn til skolens sundhedsundervisning, herunder i arbejdshygiejne og arbejdsbeskyttelse.

Generelt må det siges, at en række af opgaverne ligner de opgaver, der er tillagt skolelæger og sundhedsplejersker i den danske skolelægeordning. Der er dog i den svenske ordning - i modsætning til den danske - peget på, at skolestyrelserne bør høre skolelæger og sundhedsplejersker over udbygnings-og planlægningsspørgsmål.

3.3. Finland

Grundlaget for den finske skolesundhedstjeneste (skolhälsovård) har siden I972 været en særlig bestemmelse i den finske folkesundhedslov, der omhandler den samlede organisation af sundhedsvæsenet, d.v.s. både den primære og den sekundære sundhedstjeneste. Også i Finland er skolesundhedstjenesten en kommunal opgave. Finland er formentlig det land, hvor skolesundhedstjenesten er mest integreret med den øvrige lokale sundhedstjeneste, idet skolelægerne og sundhedsplejerskerne simpelt hen er personale fra den lokale helsecentral (hälsovårdcentral), der har en del af deres arbejdstid inden for skolesundhedstjenesten. Denne organisation betyder endvidere, at skolesundhedstjenesten efter behov kan trække på andet af helsecentralens personale, bl.a. fysioterapeuter og evt. speciallæger.

Skolesundhedstjenestens hovedopgaver er iøvrigt at føre tilsyn med skolens hygiejniske forhold, at deltage i skolens sundhedsoplysende virksomhed og at bidrage til, at den enkelte elev opnår optimal sundhed under skoleforløbet. Om sidstnævnte funktion siges det iøvrigt, at bistanden skal ske under hensyntagen til den enkelte elevs personlige forudsætning, og at skolesundhedstjenesten navnlig skal være opmærksom på, at der ydes en indsats for at skabe de bedst mulige arbejdsbetingelser og det bedst mulige arbejdsmiljø på den enkelte skole.

Le lægelige rutineundersøgelser er koncentreret om udskolings- og indskolingsperioden, medens der i midtskoleforløbet foregår en række screeningsundersøgelser. Det er oplyst, at der i Finland for tiden er overvejelser om at reducere såvel de egentlige lægeundersøgelser som screeningsundersøgelserne.

Det skal endelig nævnes, at skolesundhedstjenesten i Finland på centralt niveau administreres af den finske medicinalstyrelse.

Sammenfattende må det konstateres, at der i samtlige de nævnte lande eksisterer skolesundhedstjenester med såvel skolelæger som skolesundhedsplejersker (og i vidt omfang også fysioterapeuter). Endvidere er det karakteristisk, at

der i alle landene er bestræbelser for at integrere skolesundhedstjenesten i den øvrige primærkommunale sundhedstjeneste.

Med hensyn til indholdet af skolesundhedstjenesten kan nævnes, at der i alle landene i et vist omfang foretages rutinemæssige helbredsundersøgelser af samtlige elever på udvalgte klassetrin, og at man her navnlig koncentrerer sig om ud- og indskolingsforløbet. Indsatsen ved udskolingen må dog ses i sammenhæng med, at der i alle landene - i modsætning til i Danmark - i varierende omfang er etableret ordninger i gymnasier, erhvervsskoler, højskoler o.l. Af fælles funktioner kan endvidere nævnes de hygiejniske tilsynsfunktioner, vaccinations- og andre screeningsopgaver samt bistanden til lærerpersonalet i forbindelse med undervisning i sundhedsforhold.

Kapitel IV
Skolebørns sundhedstilstand

I det følgende gives en redegørelse for den eksisterende viden om skolebørns sundhedstilstand i Danmark. Litteraturlisten (bilag F) udgør en oversigt over den anvendte litteratur, og i teksten henvises til relevante referencer i denne liste.

En gennemgang af litteraturen på området viser klart, at der ikke er særlig tradition for publicering af undersøgelser fra skolesundhedstjenesten. Enkelte videnskabelige undersøgelser fra skolesundhedstjenestens egne folk (19» 39, 42, 91) er dog fremkommet gennem årene, hvor skolebørns sundhedstilstand beskrives.

Den foreliggende årlige skolelægestatistik indeholder ingen data om børnenes sundhedstilstand bortset fra oplysninger om vaccinationsstatus, men giver alene udtryk for skolesundhedstjenestens arbejdsindsats målt i undersøgelser og henvisninger. Flere steder i landet pågår der imidlertid arbejde og forsøgsvirksomhed med henblik på en ændring af dataindsamlingen i skolesundhedstjenesten (lo5, I08, 136) bl.a. i Ringkøbing amt og Københavns kommune, som indebærer en beskrivelse af aktuelle sundhedsproblemer. Herudover baseres gennemgangen først og fremmest på svenske og engelske publikationer samt WHO konferencerapporter.

Skolealderen er et samlebegreb af stor inhomogenitet, dækkende en børnepopulation med spredning i alder fra ca. 6 til ca. 17 år omfattende årgangene børnehaveklasse, folkeskolens 1.-9. klasse samt lo. klasse.

For at muliggøre en mere specificeret beskrivelse af problemerne og for at kunne se disse i relation til aldersklassens eventuelle karakteristika, er den mindste opdeling, som er acceptabel, en 3-gruppering:

Indskolingsfasen (børnehaveklasse, 1. og 2. klasse)

Midtvejssituation (omkring 5. klasse)

Udskolingsfasen (omkring 9. klasse).

4.1. Indskol ings fasen

Skolestarten er karakteriseret ved at være en belastningsperiode i barnets liv. Tidligere har man opereret med begrebet skolechok (145). Ved skolestarten kan barnet placeres i situationer, hvor der bl.a. hvad angår normsæt vil råde stor uoverensstemmelse mellem barnets skole og barnets hjem, og der vil stilles store krav om tilpasning til såvel barn som skole.

Generelt omkring skolestarten tegner der sig et billede af, at de traditionelle sygdomme er ret få. Væsentlige sundhedsmæssige problemer er diagnosticeret forud for skolestarten, hvis anvendelsen af de forebyggende børneundersøgelser har været nogenlunde effektiv. Generelt kan også siges, at der på dette tidspunkt,ved skolestarten,ses en del reaktive symptomer, herunder psyko-somatiske symptomer, som for langt de flestes vedkommende umiddelbart kan sættes i relation til de ændrede livsforhold = skolen. Den danske undersøgelse, der bredest tegner et billede af helbredsproblemerne i videste forstand omkring skolestarten, er den tidligere nævnte Ringkøbing-undersøgelse (136) og under henvisning til tabel 4.a. skal der forsøges tegnet et billede af de aktuelle sundhedsproblemer for denne årgang.

Det skal først bemærkes, at der i hele Ringkøbing-undersøgelsen, som der refereres til flere steder senere, i den foreliggende udgave ikke er taget hensyn til eventuelle registrerede symptomers sværhedsgrad, et forhold, der vil blive inddraget i senere opgørelser. Der er således ikke taget hensyn til, hvorvidt lidelsen er af betydning for barnets dagligdag i såvel hjem som skole. Der er på 2.klassetrin undersøgt 3.330 elever,og der er registreret 3.714 symptomer. Som ventet fordeler fundene sig ikke ligeligt blandt børnene, men generelt har man konkluderet, at på alle årgange, også 2.klasse, er det stort set sådan, at I/3 af de registrerede ingen symptomer har, I/3 har 1 symptom og 1/3 har 2 eller flere symptomer. Idet der fortsat henvises til tabel 4.a., skal der peges på de talmæssigt mest dominerende tilstande:

sansedefekter (syn og hørelse) hos ca. 19 *fo*
ryglidelser hos 7,3 %
hudlidelser hos 8,3 *fo*
andre legemlige sygdomme hos 9»9 *f°*
psyko-somatiske symptomer hos 9,5 *f°*
motoriske problemer hos 2,3 %
psykiske problemer hos 13»6 *fo*
talesprog og faglige problemer hos ca. 11 *fo*
familiære (sociale og psykiske forhold) og herunder tilpasningsproblemer hos ca. 2o,5 *fo*

Ovennævnte tal giver en beskrivelse af den almindelige sundhedstilstand i undersøgelsesøjeblikket hos en årgang i skolestarten, og siger intet om, hvilken grad af sygdomstilvækst, der har fundet sted siden eventuelle tidligere profylaktiske helbredsundersøgelser.

Der skal føjes enkelte kommentarer til visse af tallene:

Cm sansedefekterne skal det bemærkes, at relativt få af disse, hvis børnene har fulgt helbredsundersøgelserne, vil være udiagnosticerede ved skolestarten. Dog er det sta.dig således, omend i aftagende grad, at der findes tilfælde af skeleblindhed ved skolestart. Uanset tidligere diagnosticeringstidspunkt er det naturligvis også således, at netop sansedefekter er af væsentlig og ofte afgørende betydning for indlæringen og dermed skoleforløbets succes, og det er således tilstande, der ofte giver anledning til en rådgivningsfunktion overfor skolan og i et vist omfang også overfor forældrene.

Om ryglidelseme skal det bemærkes, at der i foreliggende undersøgelse kan vises, at der sker en fordobling af dette tal fra skolestart til skoleslut.

Under betegnelsen andre legemlige symptomer gemmer der sig en blandet gruppe sygdomme, herunder også de mere alvorlige, såsom epilepsi, diabetes, følger efter læsioner med flere. Til denne gruppe bør også knyttes hudlidelser og allergiske lidelser, som synes i klar stigning. Gruppen er således meget inhomogen, idet den dels rummer traditionelle sygdomme, som oftest opleves monofaktorielle og dels en række tilstande, hvor årsagskompleksiteten er stor, og hvor baggrundfaktorer (sociale og familiære) er afgørende for, hvorledes lidelsen vil påvirke skolegangen og det fremtidige livsforløb.

Om de psyko-somatiske og psykiske symptomer skal anføres, at årsagen til disse symptomer næppe er af monofaktoriel art, men generelt opfattes som mere komplekse tilstande, og specielt de psykiske symptomer synes ofte at have helt afgørende betydning for børnenes tilpasning til skolestarten og senere succes i skoleforløbet (115, 116). Undersøgelser omkring trivsel i skolen har vist, at dette er kædet nært sammen med familiære baggrundsfaktorer af social og psykisk art. I den foreliggende undersøgelse findes sådanne tilstande beskrevet hos ca. 12,5 % af eleverne på dette tidspunkt.

I et andet større arbejde fra Nordjylland (42) har man forsøgt at arbejde med en samlet diagnose for en stor blandet gruppe, morbus socialis, som i dette arbejde er fundet til at være ca. 16 % uden kønsvariation og nogenlunde stabilt gennem skoleforløbet.

Endelig skal peges på tilstandsbeskrivelsen, dårlig almentilstand, som forefindes hos ca. 1 % i skolestart. Talmæssigt en særdeles beskeden gruppe, men

det fremgår af undersøgelsen i Ringkøbing, at denne gruppe er betydelig overrepræsenteret i mange af de øvrige undergrupper, således at denne talmæssigt beskedne gruppe må betragtes som særlig truet.

Udover de allerede nævnte kommentarer til Ringkøbing-undersøgeIsen kan der naturligvis fremføres andre indvendinger mod disse tal, idet de beror på subjektive skøn, og det fremgår da også af rapporten, at der er variationer fra læge til læge, formentlig dels afhængig af regionale forskelle *og* dels af lægens holdning til eget lægearbejde.

Nogenlunde sammenlignelige tal er dog fremkommet i et arbejde (lo5) fra Københavns kommune. Tallene er generelt lidt mindre og specielt hæfter man sig ved, at procenten af psyko-sociale problemer er mindre. Forfatterne har selv været opmærksomme på dette forhold og har peget på, at det kan være storbyens særlige ophobning af disse problemer, der medfører en meget kraftig sortering ved registreringen, således at man i sin registrering primært kommer til at pege på de åbenbart mere behandlingskrævende tilstande og ikke får de lettere problemer med, hvor en tidlig indsats kunne opleves at være af egentlig forebyggende karakter.

For at kunne vurdere værdien af den profylaktiske indsats i forbindelse med helbredsundersøgelserne i skolestarten, er det nødvendigt at se ovennævnte sygdomsmønster i relation til det sygdomspanorama, der er diagnosticeret *og* beskrevet for børnegruppen, før den når skolealderen. Hvorledes denne diagnosticeringsgrad er, vil i høj grad være afhængig af lokale forhold og tradition med hensyn til udnyttelse af tilbudet om børneundersøgelser (4, 5). Fra slutningen af 60 foreligger fra Nordjylland sådanne beskrivelser, som viser en stor procent af nydiagnosticerede tilstande i skolestarten. Det fandtes primært at have sammenhæng med en mangelfuld udnyttelse af de foreliggende profylaktiske tilbud i småbarnsalderen. Dette sidste forhold måtte tilskrives traditionen i den nævnte region og har heller ikke i samme omfang kunnet genfindes andre steder i landet. Fra Sverige foreligger der undersøgelser (79, 83) af nyere dato, som beskriver helbredstilstanden i skolestarten i sammenligning med helbredstilstanden i førskolealderen, herunder specielt ved den i Sverige foretagne udvidede 4-å.rs-undersøgelse. Det foreliggende materiale er mindre end Ringkøbing-materialet, idet det omfatter 649 7-årige, som er begyndt i et skoledistrikt. I denne undersøgelse er der foretaget klassifikation af helbredsproblemernes sværhedsgrad og på baggrund af denne inddeling findes ca. 15 % af skolebegynderne at have et væsentligt helbredsproblem, som diagnosticeres ved den kliniske undersøgelse eller ved svns-høreprøven. Ca. halvdelen af disse væsentlige problemer er nydiagnosticeret, specielt

inden for sanseområdet. Fra England (5o) foreligger på baggrund af et stort materiale en vurdering af sundhedstilstanden ved skolestarten, og man finder, at ca. 16 *tfo* har et væsentlig sundhedsproblem ved skolestarten i den såkaldte normale skole.

4.2. Midtskolefasen

I Danmark har der været tradition for en midtvejsundersøgelse, som nu finder sted i 5. klasse, hvor undersøgelsen er forsøgt fokuseret på de for aldersklassen relevante problemer af såvel psyko-social karakter som somatisk karakter (55). Undersøgelsen er også forsøgt sat i relation til de skoleproblemer, der er dominerende for dette tidspunkt, nemlig skoletrætheden, de faglige problemer og de adfærdsmæssige problemer. Der må atter henvises til Ringkøbing-undersøgelsen, tabel 4 a og ud af talmaterialet kan følgende mere generelle tendenser anføres. Der ses at være en øgning i registreringen af lidelser. Den væsentligste øgning ses her at være på sanseområdet, specielt synsproblemer. Endvidere bemærkes det, at der er en øgning i andre legemlige tilstande, at der er en øgning i psyko-somatiske sygdomme, herunder specielt hovedpine, ligesom de faglige problemer synes øget samtidig med, at der er et fald i sproglige problemer. Endvidere bemærkes det, at der er en øgning i problemer, der tilskrives familiens sociale forhold. Der skal måske her peges på, at instabiliteten i familiens struktur ofte er stor i løbet af de første skoleår.

Hertil kommer, hvad der ikke fremgår af registreringen, at der hos en stor del af børnene er pubertetsproblemer, som vel ikke kan registreres som symptomer på sygdom, men som nok i deres karakter kan give anledning til problemer omkring skolesituationen og den daglige eksistens.

Også for denne aldersgruppe fjndes et mindre svensk arbejde (80), der belyser forekomsten af væsentlige sundhedsproblemer, samt tilvæksten af disse fra eventuelle tidligere undersøgelser. I dette arbejde,som omfatter en lille børnegruppe, 223 i et skoledistrikt, findes hos 26 *rfo* af årgangen et sundhedsproblem af væsentligt omfang.

Af funktionelt vigtige sundhedsproblemer nydiagnosticeres 4>4 % på dette tidspunkt. Den væsentligste tilvækst sker inden for synsområiet, hvorimod der ved høreundersøgelse og helbredsundersøgelser i traditionel forstand ikke påvises væsentlig tilvækst.

I diskussionen af dette talmateriale skal fremhæves, at det største sundhedsproblem af mere kronisk karakter findes at være allergi, som i forskellige former findes hos 13,5 %, en observation, der synes overensstemmende med danske forhold (il). Ryglidelser og andre ortopædiske lidelser registreredes hos en stor del af eleverne, men kun i et beskedent omfang fandtes lidelsen at være af væsentlig karakter. Dog må der peges på, at netop i denne aldersgruppe er rygandersøgelsen og opfølgning af selv mindste afvigende fund vigtige med henblik på den tidligst mulige diagnosticaring og behandling af de behandlingskrævende rygskævheder.

I det nævnte arbejde påpeges også for denne aldersgruppe, at de ovenfor nævnte legemlige sygdomme ikke talmæssigt er det væsentligste sundhedsproblem, men at de talmæssigt dominerende er de "nye" sygdomme med relation til adfærdsproblemer, skoleproblemer og senere tilpasningsvanskeligheder.

4.3. Udskolingsfasen

Ved skolesluttidspunktet, hvor eleven er ca. 16 år, foretages der efter gældende retningslinier en helbredsundersøgelse, således at der også for denne aldersgruppe foreligger tilgængeligt statistisk materiale fra Ringkøbing (jf. tabel 4.a.); Totalsummen af problemregistreringer viser et vist fald i forhold til midtvejsundersøgelsen. I princippet koncentrerer registreringerne sig om de samme tilstande som tidligere, nemlig sansedefekter, ryglidelser, psykosociale og familiære problemer, dog med en tydelig anden indbyrdes fordeling. Her skal specielt peges på, at hyppigheden af ryglidelser er fordoblet, at psyko-somatiske symptomer er reduceret, ligesom der er sket et ganske beskedent fald i de registrerede psykiske symptomer. I et andet dansk arbejde (188) har man gennemgået de til pubertet og adoloscens relaterede fund og disses betydning for den enkelte. I dette arbejde foreligger der en registrering over hyppigheden af kroniske sygdomme blandt danske skolebørn. Denne gruppe udgør en talmæssigt lille del af en fuldtidsskolelæges klientel, men arbejdsmæssigt er den af desto større betydning, da netop denne gruppe, på grund af deres sygdomstilstand eller handicap, kan have væsentlige problemer, dels i relation til skoleforløbet og dels i relation til et senere voksenliv.

Ved disse såvel fra Sverige som fra Danmark ret stort anlagte registreringer skal det bemærkes, at blodtryksmåling og blodanalyser ikke rutinemæssigt indgår i helbredsundersøgelserne eller screeningsundersøgelser.

Et konkret problem for skolesundhedstjenesten og for den enkelte elev i folkeskolens sidste klasser er det fremtidige erhvervsvalg og sundhedsmæssige faktorer, som kan påvirke dette. Skolelægerne i Fyns amt har i skoleåret 1979/8o foretaget en beskrivelse af medicinske forhold, som kan virke erhvervsbegrænsende hos 6.56I elever på 9. klassetrin (uden specialklasseelever)(54 a). I denne undersøgelse har alle fynske skolelæger vurderet alle elever i 9. klasse og registreret en række tilstande, der erfaringsmæssigt kan indebære problemer med hensyn til erhvervsplacering. Ud fra disse kriterier er der blandt de 6.521 elever fundet 2.460 elever med medicinske forhold, som vil kunne virke erhvervsbegrænsende, svarende til 38,7 *i°* af de undersøgte. Hyppigst drejer det sig om elever med problemer i rygsøjlen, (ialt godt 8 *fo),* umiddelbart efterfulgt af en gruppe elever med nedsat syn, som udgør omkring 8 *rfo* af de undersøgte. De udpræget venstrehåndede udgør 4,8 %, elever med høreproblemer (nedsat hørelse eller støj overfølsomhed) udgør knap 4 %, medens elever med farveusikkerhed udgør 3,5 %. Af andre problemer kan nævnes allergi (2,8 %), eksem og astma, hver udgørende 1,7 % samt epilepsi, sukkersyge, migræne, div. fodlidelser m.v.

De 2.460 elever med erhvervsbegrænsning kan deles op i forskellige grupper:

556 elever (9 % af de undersøgte) har lidelser, der samtidig er symptomgivende, d.v.s., at disse elever mærker disse forhold og dermed selv har eller er motiveret for en forståelse for selektivt erhvervsvalg. Det drejer sig f.eks. om elever med nedsat syn, der ikke kan korrigeres med briller, elever med mindre god hørelse, venstrehåndede m.v. Hos andre 7lo elever (il % af de undersøgte) er der ikke altid symptomer, men der er tale om varige lidelser, som kan begrænse erhvervsvalget. Det drejer sig f.eks. om ensidig synsnedsættelse, farveusikkerhed, stærkt nedsat syn uden briller m.v. Endelig findes der den største gruppe på I.094 elever (godt 17 *io* af samtlige undersøgte), som har en lidelse, der ikke behøver at være symptomgivende og ikke umiddelbart behøver at volde erhvervsproblemer, men som på lidt længere sigt kan medføre erhvervsskader og erhvervsbetinget sygdom. Det kan være elever, hvor der ved undersøgelsen konstateres et isoleret høretab for højere toner, som ved påvirkning fra en støjende arbejdsplads i løbet af relativ kort tid medfører døvhed. Mange elever med rygproblemer har i øjeblikket ikke symptomer, men ved udsættelse for rygbelastninger kan der komme siidgigtsforandringer, som eventuelt senere vil kunne gøre det nødvendigt at gå over i andet erhverv, måske ligefrem gennem egentlig revalidering.

At godt 38 *io* af eleverne har medicinsk erhvervsbegrænsning kan virke overraskende, og det vil naturligvis Ikke i alle tilfælde være et reelt problem set

i relation til de konkrete erhvervsvalg. De erhvervsbegrænsende lidelser må naturligvis ses i sammenhæng med den enkelte elevs reelle erhvervsønsker, men undersøgelsens resultater peger på en række medicinske problemer, som vil kunne få konsekvenser for elevernes fremtidige funktion og trivsel.

4.4. Generelt om børnegruppen

Børnedødelighed.

Generelt for dette århundrede har været, at børnedødeligheden i Danmark er faldet i alle aldersgrupper, ledsaget af en klart ændret fordeling med hensyn til dødelighedsårsag. Det er nu således, at ulykkestilfælde og ondartede sygdomme er de væsentligste dødsårsager i skolealderen. For visse grupper er faldet i dødeligheden dog nu stagnerende og for en enkelt er dødeligheden på grund af ulykkestilfælde stigende. Det gælder for drenge i alderen I6-I9 år, hvor trafikulykkerne, specielt knallertulykkerne, kan aflæses (23, 138, 139). Hertil kan føjes, at Danmark i en periode har ligget højest i WHO-statistikken over børneulykker(trafik). Det øgede ulykkestal har også haft til følge, at hvor tidligere følgetilstande efter alvorlige infektionssygdomme, som f. eks. polio, var et talmæssigt vigtigt sundhedsproblem, er det nu følgetilstande efter ulykker, som med vægt indgår i gruppen af kroniske og langvarigt handicappede lidelser.

Nogle problemer i vækst.

Kostundersøgelser blandt skolebørn (l) har vist, at en del børn og unge, stigende med alderen, får en for ringe kost, og at kostvanerne synes relativt upåvirkede af foreliggende viden. Samtidigt registreres der et tiltagende antal overvægtige og fede børn, formentlig op imod 15 %, og formentlig tiltagende i ungdommen.

En større anlagt undersøgelse af saltindholdet i blodet hos skolebørn i Europa viser, at niveauet i Danmark er næsthøjest (193).

Nyere undersøgelser har vist, at forhøjet blodtryk forekommer hos 2-3 % af alle skolebørn,og at risikoen for dette er langt større hos børn af forældre med samme lidelse (192).

En større dansk undersøgelse blandt skolebørn om deres fysiske tilstand, her-

under specielt kondition, har vist, at denne er ringe, ligesom danske undersøgelser af ur.ge værnepligtige har vist en dårlig fysisk tilstand i form af dårlig kondition.

Rygproblemer hos skolebørn synes i visse områder i stigning, ligesom alkoholproblemer i skolen nu antræffes i aldersklasser, hvor det ikke tidligere har været nævnt. Fertil kommer stofmisbrug, et problem i stærk vækst i løbet af **197o^erne^.**

Sundhedsproblemernes alvor.

Det er et generelt træk, at danske undersøgelser af skolebørns sundhedsproblemer først og fremmest har registreret symptomer og eventuelle abnorme fund, men ikke problemernes sværhedsgrad. Som led i et forsøgsarbejde vedrørende registrering af skolebørns sundhedstilstand i Københavns kommune har man imidlertid indført en graduering af problemerne, nemlig i grad 1, (lettere eller forbigående problemer), grad 2 (tilstande med recidiverende eller langvarigt perspektiv) og grad 3 (svære, omfattende permanente tilstande med væsentlig betydning for elevens fremtid)(67).

1 skoleåret 1978/79 har man ved helbredsundersøgelserne i børnehaveklasse, 1., 2., 5. og 9. klasse + specialklasser på samtlige skoler i Københavns kommune anvendt denne graduering ved registreringen. Man har herved fundet, at over halvdelen (52%) af børnene har fået mindst én bemærkning af grad 1, 2 eller 3. Knap 1/3 (31%) har mindst én bemærkning af grad 2 eller 3» medens 8 % af eleverne har mindst én bemærkning af grad 3. I alle grupperne er der signifikant overvægt af drenge med problemer.

Nedenfor er angivet hyppigheden af de enkelte problemer svarende til sværhedsgrad 2 og/eller 3:

Legemlige problemer.

Dårlig almentilstand 0,4 %
Høreanomaller 2 %
Synsanomalier lo,2 *fo*
Luftvejsproblemer 1,1 %
Allergiske problemer 1,6 %
Holdningsanomalier 1,9 %
Hudlidelser 1,5 %
Motoriske problemer 0,8 *tfo*
Overvægt 2,1 %

Hovedpine o,7 *i°*
Mavepine o, 5 %
Enure sis 1,3 *fo*

Psykiske problemer.

Udadrettede vanskeligheder 3,6 *i°*
Indadrettede vanskeligheder 2,6 %
Uraoden/ukoncentrerede 3,6 %
Tale/sprogforstyrrelser 1,6 *io*
Faglige vanskeligheder 7,5 *i°*

Sociale problemer.

Social belastede forhold 4,6 *io*
Familiære problemer 5,9 %
Pasnings- og fritidsproblemer o,7 *f°*

lait registreredes 9o45 problemer af sværhedsgrad 2 eller 3 blandt de I7.344 skolebørn. Ved en opdeling af registreringerne efter skolernes placering i 5 distrikter i Københavns kommune fandtes, at de legemlige problemer var ligeligt fordelt i de forskellige distrikter, medens der var relativt mange psykiske og sociale problemer på Nørrebro og i Nord-Vest-kvarteret.

Ophobning af problemerne.

Undersøgelsen fra København viser ikke, i hvilken udstrækning der hos de enkelte elever er sammenfald af flere problemer. Dette har man imidlertid analyseret på baggrand af data fra registreringen i Ringkøbing amt i skoleåret 1978/79, hvoraf det tydeligt fremgår, at der er tendens til sammenfald af flere problemer hos en del elever. F.eks. optræder mavepine hos 7 % af børn med familieproblemer, mod 2,5 % blandt samtlige børn. Tilsvarende har 38 *io* af børn med dårlig almentilstand samtidig holdningsproblemer mod lo *io* blandt samtlige børn. 19 *io* af børn med luftvejsproblemer har samtidig vanskeligheder med hørelsen mod 7>5 % i børnegruppen som helhed. Disse eksempler viser en tydelig ophobning af flere lidelser blandt specielle grupper i børnepopulationen og det drejer sig både om sammenfald af forskellige legemlige problemer, og af legemlige problemer og psykiske eller sociale problemer. Det er naturligvis vigtigt at gøre sig disse ting klart, både i relation til registrering af data for sundhedsproblemer blandt skolebørn og i relation til den påkrævede indsats overfor de fundne og erkendte problemer.

4.5. Sygdomsmønster og samfundsudvikling

Generelt om sundhedstilstanden hos skolebørn må således konkluderes, at denne hvad angår somatiske sygdomsproblemer er blevet gradvist forbedret, bortset fra følgetilstande efter det øgede ulykkestal. Derimod er de psykiske og sociale problemer fortsat et stort, og muligvis et voksende problem. Dette er et gennemgående træk i de vestlige lande for øjeblikket, hvilket bl.a. bekræftes i WHO's rapporter om skolebørns sundhedstilstand (124, 125, 126).

Dette må ses i sammenhæng med samfundsudviklingen, som har medført ændrede familiemønstre, samlivsvaner, arbejdsvilkår, kostvaner, motionsvaner, boligformer m.v. Vi har fået et nyt sygdomsmønster blandt børn såvel som blandt voksne, og dette kan kun forstås som et resultat af mange samvirkende faktorer hos individet, familien og det fysiske og sociale miljø omkring os.

Børn fra de traditionelt belastede miljøer med dårlige materielle forhold (bolig, kost, økonomi m.v.) er fortsat en vanskeligt stillet gruppe, som fremviser mange såvel fysiske som psykiske og sociale sundhedsproblemer. Det fremgår bl.a. af den tidligere nævnte registreringsundersøgelse i København, men disse forhold er kvantitativt ikke mere den væsentligste baggrundsfaktor. De fleste børn i Danmark lever i dag under materielt rimelige forhold, og det er også fra disse udbredte miljøer, at de fleste børn med sundhedsmæssige problemer vil komme. I disse materielt almindeligt stillede befolkningsgrupper kan der imidlertid også beskrives særlige baggrundsfaktorer, som ser ud til at have en væsentlig betydning i udviklingen af sundhedsproblemer blandt børnene. Man har i denne forbindelse anvendt begrebet "den nye fattigdom", som omfatter familier med besværlige, belastede livssituationer og svage kontaktnet. Her kan nævnes de enlige forsørgere, gerne unge kvinder, som aldrig har etableret et egentlig samliv eller fraskilte kvinder, som har hovedansvaret for børnene; sovebyfamilier, hvor begge forældre er udearbejdende bl.a. for at opnå tilstrækkelig indtægt til at betale de belastende udgifter som ejerboligen medfører. Børnene efterlades her i et ustimulerende, isoleret boligmiljø med minimal kontakt med forældrene. Den isolerede landbofamilie, de kulturelle mindretal (indvandrere m.v.), de syge forsørgere, forsørgere med belastende arbejdssituation (skiftehold, lang afstand mellem bolig og arbejde, karrierekrav i netop de år, hvor børnene stiller størst krav til familiens psykiske og sociale ressourcer etc.). Stabile faste familier, som man tidligere kendte det, bliver sjældnere og sjældnere på grund af hyppige skilsmisser, partnerskift, hyppige flytninger m.v. Børns tilværelse er helt afhiengig af de voksnes verden, og det er denne som prioriteres højest. Kontinuitet og

stabilitet i miljøet og i kontakten mad de voksne bliver sjældnere og sjældnere, og dette har konsekvenser for børnenes trivsel, tryghed og dermed for deres sundhedstilstand. Flere undersøgelser har således vist, at denne gruppe børn, som kvantitativt udgør en væsentlig gruppe i Danmark, har markant øget risiko for alvorlige fremtidsudsigter målt ved erhvervstilpasning, kriminalitet og stabilitet med hensyn til familiedannelse.

Når man ser på børns sundhedstilstand er det imidlertid ikke tilstrækkeligt at beskrive det sygdomsmønster, som umiddelbart kan erkendes i denne aldersgruppe. Dat er vigtigt at anlægge et videre perspektiv og se på de sundhedsproblemer, som optræder blandt voksne i vort samfund, *og* som i vid udstrækning grundlægges i barnealderen. Man kan således forudsige, at såfremt det nuværende sygdomsmønster ikke ændrer sig i betydelig grad, vil hvert andet barn i voksenalderen før eller siden dø af hjerte-kar-sygdomme og hvert fjerde barn tilsvarende af kræftsygdomme. En række kendte risikofaktorer er hyppigt til stede allerede i barnealderen, f.eks. er danske børns fedtindhold i blodet højt sammenlignet med mange andra lande, 1/3 af børnene er rygere allerede i 14-års alderen, overvægt er et udbredt problem i de sidste skoleår m.v. Endvidere grundlægges mange holdninger og adfærdsmønstre allerede i barnealderen, og de er yderst vanskelige at ændre i de aldersgrupper, hvor sygdommene begynder at optræde og give symptomer, nemlig blandt de voksne.

Udover dødsårsager må man også se på udviklingen i det generelle sygdomsmønster blandt voksne. F.eks. er ryg-, muskel- og ledsygdomme, ofte som følge af nedslidning, en hyppig årsag til førtidspensionering. Psykiske lidelser er udbredte og påvirker voksenalderens trivsel og arbejdsevne. Også sådanne sundhedsproblemer påvirkes af forhold i barnealderen, såvel hvad angår fysiske karakteristika og skavanker som psykiske og psykosociale faktorer, der præger børnene og deres miljø.

Blandt mange af de tilsyneladende sunde børn kan man således allerede konstatere en række forhold (såkaldte risikofaktorer), som har grundlæggende betydning for bømanes fremtidige sundhedstilstand, og som må indtage en væsentlig plads i det forebyggende arbejde blandt skolebørn.

Tabel 4.a. Sundhedsproblemer blandt skolebørn i Ringkøbing amt. Samtlige konstaterede problemer fordelt efter type, antal samt procent af antal undersøgte elever.

	Antal				Procent af undersøgte elever			
	2.kl.	5.kl.	9.kl.	ialt	2.kl.	5.kl.	9.kl.	ialt
Almen tilstand	34	47	28	109	1,0	1,2	0,9	1,0
Hørelse	285	334	232	851	8,6	8,2	7,5	8,1
Syn	351	723	722	1.796	10,5	17,8	23,3	17,1
Luftveje	200	226	144	570	6,0	5,6	4,7	5,4
Ryg	243	350	470	1.063	7,3	8,6	15,2	10,1
Hud	277	310	260	847	8,3	7,6	8,4	8,1
Motorisk	78	72	47	197	2,3	1,8	1,5	1,9
Andet somatisk	330	492	321	1.143	9,9	12,1	10,4	10,9
Overvægt	165	272	254	691	5,0	6,7	8,2	6,6
Hovedpine	112	280	157	549	3,4	6,9	5,1	5,2
Mavepine	113	124	26	263	3,4	3,1	0,8	2,5
Enuresis	192	67	7	266	5,8	1,7	0,2	2,5
Andet psykosom.	91	151	62	304	2,7	3,7	2,0	2,9
Hæmmet, udadret.	151	151	106	408	4,5	3,7	3,4	3,9
Udadret. aggres.	64	98	38	200	1,9	2,4	1,3	1,9
Umoden,ukoncen.	173	159	87	419	5,2	3,9	2,8	4,0
Andet psykisk	68	110	102	280	2,0	2,7	3,3	2,7
Tale, sprog	133	107	32	272	4,0	2,6	1,0	2,6
Faglig probl.	230	479	253	962	6,9	11,8	8,2	9,2
Fam. sociale forh.	190	298	182	670	5,7	7,3	5,9	6,4
Fam. psykiske forh.	140	202	140	482	4,2	5,0	4,5	4,6
Pasningsprobl.	52	46	10	108	1,6	1,1	0,3	1,0
Særlige sygdomme	42	73	67	182	1,3	1,8	2,2	1,7
ialt	3.714	5.171	3.747	12.632	-	-	-	-
Antal undersøgte elever	(3.330)	(4.058)	(3.094)	(10.482)	(3.330)	(4.058)	(3.094)	(10.482)

Kilde: Ringkøbing amts skolelægeforening.Sundhedstilstanden i skolealderen. Årsberetning 1977/78 for skolesundhedstjenesten i Ringkøbing amt. August 1979.

Kapitel V
Målsætning og funktioner

5.1. Overordnet målsætning

Udvalget har i sit kommissorium fået til opgave at fremsætte forslag til mulige besparelser og effektivisering af den gældende skolelægeordning under opretholdelse af en i sundhedsmæssig henseende betryggende skolesundhedstjeneste. Dette skal ses på baggrund af et generelt ønske i samfundet om en intensiveret sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende indsats på et tidspunkt, hvor den samfundsøkonomiske situation stiller øgede krav til en kritisk vurdering af ressourceanvendelsen i sundhedssektoren.

Med udgangspunkt i de aktuelle sundhedsproblemer blandt skolebørn har udvalget søgt at vurdere den gældende skolelægeordning *og* fremtidens krav til en skolesundhedstjeneste som en del af samfundets samlede tilbud om forebyggelse, hvor skolesundhedstjenesten skal fungere som et koordineret led i det samlede servicetilbud.

Udvalget har i sit arbejde beskrevet en række funktioner, som man finder bør udgøre minimumskravene til en rimelig og forsvarlig skolesundhedstjeneste og har herudover stillet forslag til en række alternative aktiviteter, som vil kunne udgøre en lokal overbygning til minimumsfunktionerne med henblik på bedst muligt at udnytte skolesundhedstjenestens ressourcer til at imødekomme lokale behov på børneområdet.

Udvalget har samtidig set på de personalemæssige krav, som må stilles, **for** at de nødvendige aktiviteter vil kunne udføres på rimelig vis. De beskrevne minimumsfunktioner for skolesundhedstjenesten forudsætter efter udvalgets opfattelse fortsat lægelig medvirken i skolesundhedstjenesten. Udvalget har dog i kapitel VI forsøgsvis opstillet alternative modeller uden medvirken af enten læger eller sundhedsplejersker og har beskrevet de sandsynlige sundhedsmæssige og økonomiske konsekvenser heraf.

På baggrund af ovenstående kan man skitsere en række hovedprincipper, som har været gennemgående i udvalgets overvejelser om en fremtidig skolesundhedstjeneste:

Indsatsen skal omstilles mod de sundhedsproblemer, som aktuelt findes blandt børnene og også mod forhold, der har betydning for voksenlivets sundhedsproblemer.

Skolesundhedstjenestens funktioner opstilles på grundlag af et bredere, dynamisk overordnet formål.

Ordningen skal betragtes som en bedriftssundhedstjeneste for skolebørn.

Der opstilles en minimumsmode1, som skal følges, men herudover får kommunerne øgede muligheder for selv at tilrettelægge en hensigtsmæssig skolesundhedstjeneste på grundlag af lokal prioritering og planlægning.

Det stive rutineundersøgelsesprogram omlægges og neddæmpes.

Koordineret indskoling og koordineret udskoling fremmes.

Behovsindsatsen fastholdes.

Det sundhedspædagogiske arbejde styrkes.

Det opfølgende og brede tværfaglige samarbejde styrkes, såvel formelt som uformelt.

Udviklingen af kombinerede sundhedsplejerskeordninger fremmes, således at sundhedsplejersken bliver børnenes gennemgående kontaktperson, og kontakten afpasses efter aktuelt alderstrin og behov.

Lægen kan i stigende grad indgå i en konsulentrolle i relation til børn i alderen o-18 år, dels for sundhedsplejersken, dels for skolen og dels for den øvrige kommunale socialforvaltning og dennes institutioner.

Der bør stiles mod mere hensigtsmæssige personalekvalifikationer på længere sigt gennem ændrede og mere ensartede uddannelseskrav inden for de enkelte personalekategorier.

Skolesundhedstjenestens problemstillinger, indsats og resultater bør i stigende grad gøres synlige for beslutningstagere og for brugere af ordningen.

Omlægningen skal give øget mulighed for lokalt forsøgs- og udviklingsarbejde.

Forslag til overordnet målsætning for skolesundhedstjenesten.

Udvalget har opstillet følgende forslag til overordnet målsætning, som indgår i udvalgets forslag til ny lov og bekendtgørelse for skolesundhedstjenesten:

l) Formålet med skolesundhedstjenesten er at medvirke til at sikre børn og unge en sund opvækst og skabe gode forudsætninger for en sund voksentilværelse.

2) Skolesundhedstjenesten bidrager med et forebyggende sundhedsmæssigt perspektiv til skolens liv og til opfyldelse af dens formål og søger gennem en forebyggende sundhedsfaglig indsats at medvirke til at skabe de bedst mulige udviklings- og indlæringsbetingelser for det enkelte barn.

I målsætningen indgår begrebet "en sund opvækst", som naturligvis er vanskeligt at definere eksakt. Begrebsdannelsen og dermed indsatsen må tilpasses en analyse af børn og unges konkrete helbredsproblemer og livsvilkår. Der findes næppe en sundhedsmæssig optimal opvækst, der er uafhængig af tid og sted. Den lokale tilpasning af skolesundhedstjenesten må derfor løbende baseres på overvejelser over børn og unges konkrete helbredsproblemer og livsvilkår. Inden for en kommune er det ikke givet, at indsatsen skal være den samme i alle distrikter. Regeldannelserne for skolesundhedstjenesten må tilgodese sådanne forhold.

I formålet vises desuden hen til det senere voksenliv med henblik på at skabe gode forudsætninger for et sundt voksenliv. På baggrund af faglig viden om forhold, der senere i voksenlivet medfører øget sygdomsrisiko, må skolesundhedstjenesten medvirke til at mindske og ændre sådanne risikofaktorer i skoleårene.

I formålets 2. del omtales 2 hovedopgaver:

a) En generel sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende indsats, hvor skolesundhedstjenesten skal bidrage med et sundhedsmæssigt perspektiv til skolens liv og aktiviteter. Det er i denne forbindelse væsentligt at se på skolens generelle målsætning. For så vidt angår folkeskolen er der i § 2 i lov om folkeskolen, formuleret en generel målsætning som lyder:

"Folkeskolens opgave er i samarbejde med forældrene at give eleverne mulighed for at tilegne sig kundskaber, færdigheder, arbejdsmetoder og udtryksformer, som medvirker til den enkelte elevs alsidige udvikling.

Stk. 2. Folkeskolen må i hele sit arbejde søge at skabe sådanne muligheder for oplevelse og selvvirksomhed, at eleven kan øge sin lyst til at lære, udfolde sin fantasi og opøve sin evne til selvstændig vurdering og stillingtagen.

Stk. 3. Folkeskolen forbereder eleverne til medleven og medbestemmelse i et demokratisk samfund og til medansvar for løsningen af fælles opgaver. Skolens undervisning og hele dagligliv må derfor bygge på åndsfrihed og demokrati."

b) Den anden hovedopgave omfatter den elevcentrerede indsats, som tager udgangspunkt i såvel udviklings- og indlæringsbetingelser for det enkelte barn.

Skolesundhedstjenesten bør i sin elevrettede indsats ikke alene fokusere på barnets forudsætninger for indlæring, men også mere generelt på barnets udvikling. Der anlægges således et helbredsmæssigt helhedssyn på barnet med særligt udgangspunkt i skolesituationen.

En del af skolesundhedstjenestens arbejde er den medicinske oversættelsesfunktion overfor samarbejdspartnere, forældre, elever, lærere, psykologer, sagsbehandlere, politikere m.v. Symptomer og sygdomme præsenteres ofte i en medicinsk forklædning for skolesundhedstjenesten. Problemløsningen ligger imidlertid ofte i et andet regie, hvilket understreger betydningen af det brede forebyggende samarbejde.

Målsætningen understreger generelt, at skolesundhedstjenesten "medvirker" som samarbejdspartner i et bredt, forebyggende samarbejde.

Skolesundhedstjenesten skal således opfattes som skolernes bedriftssundhedstjeneste, hvor indsatsen er rettet såvel imod skolens fysiske, psykiske og sociale miljø som mod forhold af sundhedsmæssig betydning hos det enkelte barn. Der skal bygges videre på den forebyggende indsats i småbørnsalderen, udført af bl.a. almen praktiserende læger og sundhedsplejersker.

Skolesundhedstjenesten har en væsentlig funktion i registrering, analyse, vurdering og videregivelse af oplysninger vedrørende skolebørns sundhedstilstand og skolesundhedstjenestens aktiviteter og resultater.

Endelig anser udvalget det for hensigtsmæssigt, at skolesundhedstjenestens særlige indsigt i sundhedsmæssige forhold i relation til børn og unge af kommunerne vil kunne udnyttes i form af konsulentopgaver overfor henholdsvis skolen og de sociale- og sundhedsmæssige instanser i kommunen med relation til børn og unge.

I det følgende gives en beskrivelse af udvalgets overvejelser og forslag på baggrund af ovennævnte målsætning. Redegørelsen er disponeret svarende til de funktionsområder, som udvalget finder bør indeholdes i en skolesundhedstjeneste:

Indskoling.,
Udskoling.
Screening.
Sundhedspædagogik.
Børn med behov for særlige sundhedsmæssige foranstaltninger..
Smitsomme sygdomme og vaccinationer.
Tilsyn med skolens hygiejniske forhold.

Fritagelse for idræt, rådgivning i svangerskabsforebyggelse m.v.
Konsulentfunktioner.
Tværfagligt samarbejde.

5.2. Indskolings fasen

Indskolingen må betragtes som en væsentlig fase i alle børns liv, som stiller store krav til skolen og til skolesundhedstjenesten. Indskolingen må endvidere betragtes som et flerårigt forløb, hvor børnene gradvist må indstille sig på nye omgivelser, påvirkninger og krav.

I kapitel IV er givet en fremstilling af de symptomer og sygdomme, som er beskrevet for denne aldersgruppe. En mangelfuld overensstemmelse mellem barnets aktuelle udvikling og den udviklingsnorm, der opereres med ved skolestarten, vil ofte være den egentlige baggrund for de konstaterede symptomer. Sammenfattende kan benyttes udtrykket "udviklingsproblemer", som kan have følgende form:

- Forsinket vækst og manglende fysisk udholdenhed, som gør det vanskeligt for barnet at honorere de krav, der stilles til det.
- Forsinket udvikling af opfattelses- og bevægelsesevnerne (sansemotorisk udvikling).
- Forsinket sproglig udvikling.
- Forsinket psykisk udvikling (herunder den gruppe, der betegnes som "langsomme skolestartere").

Med henblik på en afgrænsning af børn, som i særlig grad må anses for sundhedsmæssigt truet i indskolingsfasen, kan man opstille en række risikokriterier. Som eksempler på sådanne kan nævnes:

- Afvigende udvikling og funktion på enten det fysiske, psykiske eller sociale område, dels hvad angår barnets individuelle funktion og dels hvad angår samspillet med jævnaldrende og voksne, herunder specielt forældrene. På småbørnsområdet arbejdes der for tiden med muligheden for en struktureret samspilsvurdering, som indebærer såvel færdigheder som opmærksomhed og aktivitet. Forældrenes holdning til en eventuel afvigelse, hvad enten den er bagatelliserende eller måske mere dramatiserende, må opfattes som væsentlig.
- Manglende fremmøde ved børneundersøgelserne. Der er tale om en meget

inhomogen gruppe, som specielt hvad angår de senere børneundersøgelser i småbarnsalderen - ikke har benyttet sig af tilbudet om børneundersøgelser hos den alment praktiserende læge. Gruppen bør imidlertid have krav på særlig opmærksomhed med henblik på at identificere eventuelle særlige forhold af sundhedsmæssig relevans.

- Sociale faktorer. Der er kun ringe dokumenteret viden om enkeltfaktorers betydning som absolut risikokriterium, men en kombination af risikofaktorer har vist sig af afgørende betydning for sundhedstilstanden. Af væsentlige sociale risikofaktorer, der oftest ses i kombinationen, kan nævnes:

  a) Utilstrækkelige hjemlige ressourcer og disharmonisk familieliv
     - syge forældre
     - forældre med misbrugsproblemer
     - dårlig økonomi
     - stor arbejdsbyrde, travle forældre
     - usikker familiesituation

  b) Sociale ændringer
     - bolig og skoleskift
     - skilsmisse
     - arbejdsløshed

  c) Kulturelle mindretal
     - indvandrergrupper
     - fundamentale normafvigelser mellem familie og samfund

  d) Institutionsanbragte børn.

- Kroniske sygdomme eller handicap. Møder et barn skolen med en kronisk sygdom eller et handicap, øges risikoen for fejltilpasning. Mangelfuld information om lidelsen, herunder negative forventninger eller uoverensstemmelser mellem hjem og skole om sygdommens eller handicappets betydning kan influere på barnets hverdag som skolebarn.

Eksisterende indskolingsmodeller.

Et af de største problemer i relation til sikring af det enkelte barns udviklingsbetingelser i skolens miljø er at skabe kontinuitet mellem de forskellige miljøer, som indskolingsbarnet færdes i. De 5-6 årigei hverdag er ofte opdelt mellem hjem-børnehave-børnehaveklasse, og de 6-7 åriges mellem hjem-fritidshjem-skole.

At skulle tilpasse sig så mange forskellige situationer er en særlig stor belastning for et barn i denne aldersgruppe. Kun få steder er der et tilstrækkeligt samarbejde mellem disse forskellige institutioner. Dette manglende samarbejde medfører, at den samlede mængde viden om barnets situation ikke udnyttes hensigtsmæssigt, og at institutionerne inden for egne rammer søger at løse problemer, der burde løses i et større forum. En række steder har man søgt at komme de mange institutionsskift til livs ved at lave skolepasningsordninger, som imidlertid ikke generelt har kunnet løse problemerne bl.a. på grund af mangler ved de fysiske omgivelser, åbningstid, normering og tilskudsordninger.

Herudover er der forskellige steder i landet gennemført forsøg omkring indskolingen, der har som mål at sikre kontinuiteten mellem børnehaveklasse og 1. klasse. De fleste steder i landet knytter der sig store forskelle til det pædagogiske miljø i en børnehaveklasse og i en 1. klasse, som bl.a. har relation til forskelle i krav til læseplan, fysiske rammer, uddannelse af børnehaveklasseleder og folkeskolelærer samt forældreholdningen til henholdsvis børnehaveklasse og 1. klasse.

Den eksisterende skolelægeordning lægger på baggrund af de gældende retningslinier en stor del af sine ressourcer i indskolingsfasen. Der er først og fremmest tale om obligatoriske lægeundersøgelser i både børnehaveklasse, 1. klasse og 2. klasse. De krav til skolesundhedstjenestens indsats, som aftegner sig på baggrund af ovennævnte indskolingssituation kan ikke i tilstrækkelig grad imødekommes ved disse aktiviteter. Enkelte steder i landet har man iværksat alternative forsøgsordninger, hvor antallet af rutineundersøgelser er reduceret samtidig med, at der er åbnet mulighed for en øget indsats i relation til de sundhedspædagogiske aktiviteter og samarbejdet med skole *og* forældre samt overfor børn med særlige behov.

På baggrund af de aktuelle indskolingsproblemer og foreliggende erfaringer foreslås en betydelig ændring i skolesundhedstjenestens indsats i indskolingsfasen.

Skolesundhedstjenestens indsats i indskolingsfasen.

Skolesundhedstjenestens opgaver i indskolingsfasen kan sammenfattes i følgende punkter:

- Indsamling af informationer. I småbarnsalderen er der normalt fra social- og sundhedsvæsenets side gjort en generel forebyggende indsats overfor det enkelte barn, først og fremmest fra sundhedsplejerskens og den alment praktiserende læges side. For at udnytte den eksisterende vi-

den og opnå bedst mulig kontinuitet skal skolesundhedstjenesten indsamle informationer om forhold af sundhedsmæssig betydning for det enkelte barn fra. familie, alment praktiserende læge, sundhedsplejerske og eventuelle andre involverede instanser.

- Etablering af kontakt med børn og forældre. Skolesundhedstjenestens arbejde i hele skoleforløbet forudsætter et nært samarbejde med børn og forældre;, og der bør derfor i indskolingsfasen skabes rammer for en etablering af dette samarbejde. Skolesundhedstjenestens personale præsenteres for børn og forældre og der informeres om skolesundhedstjenestens forskellige funktioner.

- Erkendelse og beskrivelse af sundhedsmæssige problemer. På grundlag af en sundhedsfaglig undersøgelse af det enkelte barn, observation i klasserne samt indhentede oplysninger foretages en beskrivelse og vurdering af eventuelle sundhedsproblemer hos det enkelte barn og dets omgivelser.

- Opfølgning og henvisning. Gennem videre undersøgelser i enten skolesundhedstjenestens eget regie eller gennem fornøden henvisning til andre relevante instanser sikres, at eventuelle problemer undersøges til bunds af de relevante instanser.

- Forebyggende sundhedsfaglig indsats. Skolesundhedstjenesten medvirker til at skabe de bedst mulige udviklings- og indlæringsbetingelser for børnene gennem en forebyggende sundhedsfaglig indsats i indskolingsfasen overfor det enkelte barn og i relation til skolens aktiviteter. Det drejer sig om sundhedspædagogiske aktiviteter og rådgivning overfor det enkelte barn eller grupper af børn gennem et nært samarbejde mellem skolesundhedstjenestens personale og børn, forældre, skolens personale samt øvrige involverede instanser.(Skolepsykologisk rådgivning, alment praktiserende lasge, social- og sundhedsforvaltning m.v.).

Det forhold, at langt de fleste af alle børn i dag går i børnehaveklasse (ca. 85 *io* med stigende tendens) gør, at vægten i skolesundhedstjenestens arbejde lægges i børnehaveklassen med klasseobservationer, helbredsundersøgelser af alle børn i børnehaveklasserne i kombination med den øvrige beskrevne aktivitet. Foruds33tningen for, at kun én obligatorisk lægeundersøgelse for alle børn kan accepteres er, at det tværfaglige samarbejde omkring de første klasser prioriteres meget højt, bl.a. i forbindelse med de nødvendige behovsundersøgelser.

Med den rutinemæssige undersøgelse hos skolelægen i børnehaveklassen samt et udbygget samarbejde mellem skole, skolesundhedstjeneste, almen praksis og

sundhedsplejerske (eventuelt i form af kombinerede sundhedsplejerskeordninger), skal udvalget ikke undlade at påpege, at der vil kunne ske en vis overlapning med den nuværende 6-års-undersøgelse hos den alment praktiserende læge. 6-års-undersøgelsen hos den alment praktiserende læge udnyttes i dag af ca. 5o % af en årgang. Udvalgets flertal foreslår, at 6-års-undersøgelsen afskaffes (jf. afsnit 6.3.).

Skolesundhedstjenestens indsats i indskolingsfasen vil kunne fastlægges på flere forskellige niveauer, hvor aktiviteterne planlægges i forhold til lokale behov, målsætninger og ressourcer. En minimumsmodel må omfatte følgende aktiviteter:

a) Inden børnehaveklassen.

I forbindelse med børnenes indskrivning i børnehaveklassen indhentes fra forældre eller værge tilladelse til indsamling af oplysninger om barnet fra alment praktiserende læger og sundhedsplejersker samt eventuelle øvrige relevante institutioner (daginstitutioner, skolepsykologisk rådgivning, social- og sundhedsforvaltning, hospitalssektoren m.v.). Samtidig informeres børnene og deres familie om skolesundhedstjenesten og dens arbejde ved hjælp af pjecer og eventuelt forældremøder.

Relevante oplysninger om de kommende børnehaveklassebørn indsamles herefter og individuelle journaler oprettes.

Skolelægen rådgiver skolen om eventuelle sundhedsfaglige hensyn, der bør inddrages ved klassesammensætningen.

b) Børnehaveklassen.

Kort efter skoleårets begyndelse aflægger sundhedsplejersken i samarbejde med børnehaveklasselederen besøg i børnehaveklassen med henblik på gensidig præsentation og information om skolesundhedstjenesten og forestående undersøgelser. Efterfølgende aflægger skolelægen ligeledes besøg i klassen med henblik på gensidig præsentation og observation, eventuelt i samarbejde med skolepsykologen.

Med baggrund i besøgene i børnehaveklassen og de indsamlede oplysninger tager skolelægen herefter initiativ til tværfaglig forkonference mellem børnehaveklasselederen, skolesundhedsplejersken og skolelægen samt eventuelle andre relevante personer, hvor problemer af sundhedsmæssig karakter kan afgrænses og diskuteres med henblik på de kommende individuelle undersøgelser og samtaler.

I løbet af efteråret foretages de individueller undersøgelser af alle børnehaveklassebørn hos sundhedsplejersken og skolelægen. Overvejelserne i forbindelse med disse undersøgelsers indhold fremgår af afsnit 5.4.

Undersøgelsen hos sundhedsplejersken af alle børnehavebørnene omfatter:

- højde og vægt
- syn
- hørelse
- farvesans
- samtale med barnet vedrørende levevaner og eventuelle problemer, fortrinsvis i relation til de foretagne undersøgelser.

Undersøgelsen hos skolelægen af alle børnehaveklassebørnene omfatter:

- generel somatisk undersøgelse
- sansemotorisk funktionsundersøgelse
- samtale med børn og forældre vedrørende levevaner, sundhedsadfærd, familiens levevilkår og eventuelle særlige problemer.

Ved undersøgelsen hos skolelægen bør barnets fader, moder eller eventuelle værge være tilstede. Børnehaveklasselederen kan efter behov deltage i undersøgelserne. På grundlag af de foreliggende oplysninger og undersøgelser hos sundhedsplejersken og skolelægen sammenfatter skolelægen en sundhedsfaglig funktionsbeskrivelse med beskrivelse af børnenes aktuelle sundhedstilstand, herunder gennemgang af stærke og eventuelt svage sider. Resultaterne fra højde- og vægtmålingen indtegnes i standardkurver.

På baggrund af besøgene i børnehaveklassen, børnehaveklasselærerens iagttagelser og den individuelle sundhedsfaglige funktionsbeskrivelse tager skolelægen initiativ til en tværfaglig konference vedrørende børnehaveklassebørnene med deltagelse af børnehaveklasseleder, sundhedsplejerske, skolelæge, skolepsykolog og andre relevante personer. Her gøres status over klassens og de enkelte børns sundhedsmæssige situation, og der foretages problembeskrivelse med henblik på individuelle og gruppeorienterede løsningsforslag.

Endelig afholdes i løbet af foråret et forældremøde med emnet "skolesundhed". Som minimum afholdes 1 møde pr. skole med deltagelse og oplæg fra skolesundhedstjenestens personale samt eventuel skolepsykolog etc.

c) 1. klasse.

Ves skoleårets begyndelse aflægger sundhedsplejersken og skolelægen besøg i de nye 1. klasser med henblik på information om skolesundhedstjenestens indsats i dette skoleår og observation af klassen.

For eventuelle nye børn, som ikke har gået i børnehaveklassen, gennemgås de under børnehaveklassen nævnte procedurer vedrørende indsamling af oplysninger, information, undersøgelser hos sundhedsplejerske og skolelæge, funktionsbeskrivelse og konferencer.

Sundhedsplejersken gennemfører herefter individuel sundhedsorienteret samtale med alle børn (svarende til de følgende klassetrin), som nærmere beskrevet : afsnit 5.4.

Herudover foretager sundhedsplejersken hos alle børn en synsundersøgelse og en højde- og vægtmåling. Såfremt undersøgelse af hørelse og farvesans ikke er foretaget i børnehaveklassen, foretages disse undersøgelser.

Skolelægen foretager efter behov individuelle behovsundersøgelser blandt børn med særlige sundhedsproblemer(se afsnit 5.7.)•

Endelig afholdes i løbet af 1. kasse en tværfaglig konference med deltagelse af klasselæreren, sundhedsplejersken, skolelægen, skolepsykologen og eventuelt andre relevante personer.

d) 2. klasse.

Såfremt der i 2. klasse ikke forefindes 2 tidligere højde- og vægtmålinger foretaget i skolesundhedstjenestens regie, foretager sundhedsplejersken højde- og vægtmåling i relation til sundhedsplejerskens samtale med de enkelte børn. Herved sikres, at en vurdering af børnenes udvikling i indskolingsfasen baseres på mindst 2 højde-vægtmålinger foretaget af skolesundhedstjenesten. Herudover svarer skolesundhedstjenestens indsats på 2. klassetrin til indsatsen i de følgende skoleår til og med 8. klasse, hvad angår de rutinemæssige undersøgelser (sundhedsplejerske-samtale samt synsundersøgelse ved sundhedsplejerske). Vedrørende sundhedspædagogisk indsats samt behovsundersøgelser hos skolelægen henvises til afsnittene 5.5. *og* 5.7.

Arbejdets planlægning og fordeling«

Den nøjere fastlæggelse og fordeling af arbejdet foretages gennem en årlig planlægning. Et eksempel på en tidsplan for skolesundhedstjenestens arbejde i indskolingsfasen er skitseret i bilag G . Sundhedsplejersken og skolelægen har i indskolingsfasen hver sit veldefinerede undersøgelsesprogram, men har herudover en række fælles opgaver i relation til besøg i klasserne og forældremøder, udarbejdelse af individuelle funktionsbeskrivelser, deltagelse i tværfaglige konferencer, sundhedspædagogisk indsats m.v. Der vil således i en vis udstrækning være mulighed for at tilrettelægge skolesundhedstjenestens

virksomhed på baggrund af den enkelte sundhedsplejerskes og skolelæges særlige kompetence og ressourcer.

Overførsel af oplysninger til skolesundhedstjenesten.

Det forebyggende arbejde, som den alment praktiserende læge og sundhedsplejersken foretager omkring småbørn og småbørnsfamilier indebærer, at en betydelig viden om disse børns udvikling, sygdomme og sociale baggrund er indsamlet inden skolestart.

Hovedparten af denne viden anvendes straks i form af forslag, oplysninger, behandling m.v. fra sundhedsplejerske og alment praktiserende læge til familie og barn. Denne viden har altid været anset for væsentlig for det senere forebyggende arbejde i skolen, og en overførsel af oplysninger og vurderinger ved skolestarten har derfor været anset for rimelig.

Som konsekvens heraf har de praktiserende lægers helbredskort (journalnotater ført ved de forebyggende helbredsundersøgelser) uden videre kunnet rekvireres af skolelægen ved skolestarten. Forældrenes accept har ikke været forudsat, ligesom kortene ikke er pålagt ført med henblik på, at relevante oplysninger skulle kunne anvendes af skolelægen.

Efterhånden som sundhedsplejen udstrækkes for en gruppe børn (behovsbørn) til op imod skolestarten, vil interessen for sundhedsplejerskens oplysninger være stigende.

Overførsel af oplysninger kan i princippet foregå ved,at

- forældrene selv tilstilles oplysningerne og derefter videregiver dem til skolesundhedstjenesten,
- oplysningerne tilstilles forældrene og efter deres accept gives de direkte fra den alment praktiserende læge og sundhedsplejersken til skolesundhedstjenesten,
- oplysningerne tilstilles direkte skolesundhedstjenesten uden forældrenes accept.

De oplysninger, som kan indhentes, falder i to hovedgrupper:

1) en gruppe omfattende sygdomme, defekter, handicaps m.v., som er væsentlige med henblik på at finde den rette skoleplacering, lette skolestarten, give læreren forståelse for elevernes problemer og fremskaffelse af særlige hjælpemidler.
2) Oplysninger om socialt dårligt fungerende familier - ofte med en kombina-

tion af flere sociale problemer, som i mange tilfælde indebærer børn med sværere adfærdsproblemer.

Med henblik på at sikre den bedst mulige udnyttelse af sundhedsfaglige oplysninger fra småbørnsalderen må det anses for ønskeligt, at skolesundhedstjenesten kan indhente oplysningerne direkte fra sundhedsplejerske og alment praktiserende læge. Bortset fra helt særlige tilfælde, hvor der er hjemmel i lægelovens § 9 til at gøre undtagelse fra tavshedspligten må det imidlertid generelt fastslås, at overlevering af oplysninger til skolesundhedstjenesten fra sundhedsplejerske eller alment praktiserende læge forudsætter samtykke.

En videregivelse af oplysninger - skriftligt eller mundtligt - uden samtykke hertil må således som hovedregel betragtes som uacceptabelt. Et samtykke forudsætter ikke nødvendigvis kendskab til indholdet af oplysningerne, d.v.s. at der fra forældres side vil kunne gives "blankt" samtykke til, at lægen og sundhedsplejersken videregiver sine journaloplysninger til skolesundhedstjenesten.

Man har anset det for mest praktisk at foreslå et sådant samtykke indhentet i forbindelse med den skriftlige kontakt, der finder sted mellem skolelægen og forældrene ved barnets optagelse i skolen.

Det anses for hensigtsmæssigt, at en konkret udformning af de nøjere procedurer, skemaer m.v. i forbindelse med indsamling af informationer finder sted som led i det opfølgningsarbejde, som forudsættes iværksat efter at nærværende udvalg har afsluttet sit arbejde.

5.3. Udskolingsfasen

Ligesom indskolingsfasen er udskolingsfasen en sundhedsmæssig vigtig periode i børns og unges liv. Efter afslutningen af folkeskolen fortsætter de unge i en række forskellige uddannelsesforløb og arbejdssituationer, men for alle er det aktuelt med overvejelser om muligheder, hvor sundhedsmæssige vurderinger kan komme ind i billedet. Skolesundhedstjenesten spiller her en vigtig rolle på baggrund af den sundhedsfaglige indsigt og den regelmæssige kontakt med skoleeleverne gennem hele skoleforløbet.

Inden man går over til at se nærmere på, hvilke sundhedsproblemer, der er karakteristisk for udskolingsfasen, og muligheden for opstilling af risikokriterier, skal forsøges givet et billede af, hvorledes afgangen fra skolesystemet og overgangen til det fortsatte uddannelsessystem forløber (kohorteundersøgelser). Til illustration heraf er anvendt materiale fra en undersøgel-

se foretaget af Odense kommunes skolevæsen, "Overgang fra skole til uddannelse/erhverv 1979" (skema 5.a.). Odense kommune dækker ca. 5 % af landets skoleungdom, men nedenstående oversigt, der er udarbejdet på baggrund af undersøgelsen, skønnes at give et rimeligt billede af forholdene.

Skema 5a. Elever udgået af folkeskolen (Odense kommune) i løbet af eller ved udgangen af skoleåret 1978/79. Status pr. 1. oktober 1979.

	Mænd	Kvinder
1o. klasse (juni 1979) antal elever:	677	7o7
Uden arbejde	2,4 %	3,8 %
Gymnasie/HF	27,4 %	25,5 %
Erhvervsuddannelse	49,o %	42,5 %
Arbejde	19,6 %	25,5 %
Anden alm. uddannelse	1,6 %	2,7 %
9. klasse (juni 1979) antal elever:	4o7 1)	328 2)
Uden arbejde	2,1 %	4,3 %
Gymnasie/HF	39,4 %	56,7 %
Erhvervsuddannelse	23,2 %	1o,4 %
Arbejde	25,9 %	17,4 %
Anden alm. uddannelse	9,8 %	11,2 %
Andre 3) (ophørt i løbet af skoleåret 1978/79) antal elever:	125	76
Uden arbejde	1o,4 %	25,o %
Gymnasie/HF	1,6 %	2,6 %
Erhvervsuddannelse	24,o %	7,9 %
Arbejde	56,8 %	56,6 %
Anden alm. uddannelse	7,2 %	7,9 %

1) Ud af ialt I.o96 elever (ca. 63 % videre til 1o. klasse).

2) Ud af ialt I.o79 elever (ca. 7o *fo* videre til 1o. klasse).

3) For den overvejende del elever, der i henhold til folkeskolelovens § 23, stk. 4> opfylder undervisningspligten ved deltagelse i erhvervsmæssig uddannelse eller beskæftigelse.

Det skal bemærkes, at oplysningerne bygger på personlige interviews med eleverne ca. 3 mdr. efter skoleårets afslutning. Ved disse interviews har man alene spurgt om uddannelses- *og* arbejdsforhold på det pågældende tidspunkt. En del af de elever, der er gået ind i et uddannelsessystem eller arbejdsforhold vil formentlig forlade dette igen efter en kortere periode. Det anslås således, at ca. 1/3 af en årgang ikke får fuldført en uddannelse, i det 16-19-årige uddannelsessystem.

Undersøgelsen giver imidlertid ingen oplysninger om elevernes sundhedsmæssige tilstand i relation til deres uddannelses- eller erhvervsvalg, og det har ikke været muligt for udvalget at finde frem til andre undersøgelser, der belyser en sådan sammenhæng.

Generelt må det siges, at alderen omkring udskoling, der her og i det følgende betragtes som en sammenhængende periode startende ved 7. klasse og sluttende ved 9. eventuelt lo. klasse, er karakteriseret ved en intensiv fysisk, seksuel, psykologisk og social udvikling, og at der må formodes at være en sammenhæng mellem disse faktorer og valget af uddannelse eller erhverv.

I kapitel IV er nævnt en række af de symptomer og sygdomme, der er karakteristiske bl.a. for aldersgruppen omkring udskolingen. Af særlig interesse er den refererede undersøgelse i Fyns amt af ca. 6.300 elever på 9. klassetrin (uden specialklasseelever), der jo er det år, skolelægeordningen som hovedregel slipper kontakten med eleverne. Undersøgelsen viser, at der blandt eleverne blev fundet ca. 2.400 eller ca. 38 % med. en eller anden form for erhvervsbegrænsning. Af eleverne med erhvervsbegrænsning havde ca. 55° lidelser, der samtidig var symptomgivende på en sådan måde, at eleverne selv var opmærksomme på forholdet og derfor var motiveret for en forståelse for begrænsninger i erhvervsvalget. En anden gruppe på ca. 7oo elever havde lidelser, der kunne være af betydning for valg af erhverv, og hvor det var vigtigt, at give eleverne en grundig vejledning i lidelsens natur, således at de bedre selv forstod de erhvervsbegrænsninger der måtte være.

Tilbage var en stor gruppe på ca. l.loo elever, hvis lidelser ikke behøvede at være symptomgivende, og som umiddelbart ikke synes at volde erhvervsproblemer, men som på længere sigt kunne medføre erhvervsskader og erhvervsbetinget sygdom. Netop denne gruppe vil det ofte være vanskeligt at vejlede og motivere til at undgå bestemte erhverv, men det er også denne gruppe, der oftest udsættes for risiko for, på et senere tidspunkt at må gå over i et andet erhverv, eventuelt gennem revalidering. Selv om undersøgelsen, ved at medtage samtlige symptomer cg ved at sætte dem i relation til samtlige mulige

erhvervsønsker, ikke uden visse forbehold kan tages som udtryk for omfanget af erhvervsbegrænsninger hos skoleelever, synes den dog at vise, at der er behov for en medicinsk vejledning hos en stor gruppe unge, inden de vælger uddannelses- eller erhvervsforløb.

Med henblik på afgrænsning af de elever, som i særlig grad må anses for sundhedsmæssigt truet i udskolingsfasen, kan man, ligesom for indskolingsfasen, opstille en række risikokriterier. Som eksempler på sådanne kan nævnes:

1) § 33. stk. 4, elever.

I henhold til folkeskolelovens § 33, stk. 4, kan skolenævnet efter forældrenes anmodning tillade, at en elev efter 7 års undervisning helt eller delvist opfylder undervisningspligten ved at deltage i erhvervsmæssig uddannelse eller beskæftigelse, når særlige grunde taler for, at det er til elevens bedste. Arbejdsgiveren skal skriftligt bekræfte arbejdsforholdets oprettelse. På landsplan drejer det sig om 2.5oo-3.ooo elever med overvægt af drenge. Denne gruppe har ofte været i særpraktik.

Skolelægeordningen inddrages kun sjældent i forbindelse med tilladelser af den nævnte art,. Dette må siges at være meget uhensigtsmæssigt, da det drejer sig om unge i en pubertetsudvikling og ofte unge, der samtidig har psyko-sociale problemer. Det er derfor rinnligt, at man allerede i 7. klasse retter opmærksomheden mod potentielle § 33, stk. 4, elever, og det må anbefales, at en hensigtsmæssig indsats omkring sådanne elever sker i et samarbejde mellem klasselærer, skolevejleder og skolesundhedstjeneste. Udvalget henstiller derfor, at proceduren omkring disse elever tilrettelægges således, at skolesundhedstjenesten inddrages på en hensigtsmæssig måde.

2) § 19. stk. 1, elever.

Ifølge folkeskolelovens § 19, stk. 1, skal kommunerne bl.a. sørge for specialundervisning. Sådan specialundervisning kan enten ske i form af undervisning i specialklasser eller ved undervisning af elever, der er integreret i normalklasser.

Til specialklasserne er der ofte knyttet kuratorer, der særligt rådgiver vedrørende elevernes erhvervsrettede uddannelsesforløb - bl.a. ved at arrangere erhvervsintroducerende kurser, arbejdspraktikophold og erhvervspraktik. I lo. klasse vil almindelig skolegang for disse elever ofte i større eller mindre omfang blive afløst af arbejdspraktik, der sigter på en hensigtsmæssig udslusning af skolesystemet og erhvervsplacering af de pågældende elever. Disse elever

er ofte rimeligt godt stillet i udskolingsfasen og har mulighed for at få støtte fra kuratorer de første år efter udskolingen. Problemet er betydeligt større for integrerede elever, der ikke har samme mulighed og sikkerhedsnet i forbindelse med udskolingen.

Begge disse elevgrupper har ofte helbredsmæssige problemer, og det er udvalgets opfattelse, at der generelt er et stort behov for en medicinsk erhvervsvejledning af de pågældende af skolesundhedstjenesten og kurator i fællesskab.

3) Efterskoleelever.

Unge mellem I4 og 18 år, d.v.s. tildels i den undervisningspligtige alder, har mulighed for at modtage en almendannende undervisning, hvor særlige fag eller faggrupper har en fremtrædende plads, på efterskoler. Mange efterskoleelever er stærke og robuste elever, der alene pr. tradition i hjemmet vælger denne skoleform. Andre vælger imidlertid denne skoleform af psyko-sociale årsager. Det er udvalgets opfattelse, at de rådgivende parter på skolen, herunder skolesundhedstjenesten, bør være særlig opmærksomme på, at den sidstnævnte gruppe får så hensigtsmæssig en vejledning som mulig.

4) Piger.

Udvalget føler endelig anledning til at gøre opmærksom på, at den ovenfor nævnte undersøgelse fra Odense viser, at mange piger er uden arbejde efter skolegangen. Dette skyldes til dels, at de vælger traditionelle pigeerhverv, selv om de faktisk kunne klare andre erhverv. En hensigtsmæssig vejledning, herunder vedrørende medicinske forhold, på dette område, kunne formentlig i et vist omfang råde bod på dette forhold.

Eksisterende udskolingsmodeller.

Til belysning af den eksisterende ordning skal kort redegøres dels for skolens uddannelses- og erhvervsorientering, dels for skolelægeordningens formelle funktioner i denne forbindelse.

Ifølge undervisningsvejledning i uddannelses- og erhvervsorientering (nr. 19/1976) er formålet med undervisningen, at eleverne opnår kendskab til mulighederne for fortsat uddannelse og beskæftigelse og til de forhold og vilkår, der er knyttet hertil. Det skal endvidere tilstræbes, at eleverne klargør sig deres egne forudsætninger og forventninger med hensyn til fremtidig uddannelse og beskæftigelse, herunder også de muligheder for at udvikle den enkeltes forudsætninger og interesser, som afhænger af yderligere indsigt og personlig udvikling. Endelig siges det, at undervisningen skal medvirke til, at eleverne får et bedre grundlag for at forberede deres uddannelses- og erhvervsvalg og

til at de betragter valg af uddannelse, erhverv og arbejdsplads som en række beslutninger, der må træffes under skiftende sociale og økonomiske vilkår.

I henhold til retningslinierne for den gældende skolelægeordning har skolelægen pligt til at foretage anmeldelse til erhvervsvejledning, revalidering og forsorg efter sædvanligjb gældende regler og til at gennemgå skemaer vedrørende elevers udsendelse i erhvervspraktik, inden skemaet returneres til erhvervsvejlederen. Siden udfærdigelsen af retningslinier for skolelægeordningen i I972 er der imidlertid blevet indført en skolevejlederordning i folkeskolen. Skolevejledere skal specielt varetage arbejdsopgaver vedrørende uddannelses- og erhvervsorientering samt rådgivning og vejledning i samarbejde med klasselæreren, dog således at denne stadig er den egentlige ansvarlige for uddannelses- og erhvervsorienteringen. Klasselæreren og skolevejlederen må herefter siges at være de naturlige samarbejdspartnere for skolesundhedstjenesten i erhvervsspørgsmål, medens direkte henvendelse til erhvervsvejledningen (under arbejdsformidlingen) ikke længere er hensigtsmæssigt.

Der er hverken i folkeskoleloven eller i cirkulæret om skolevejledere nævnt nogen pligt til samarbejde mellem skolevejleder og skolelæge, men derimod mellem skolevejleder, skolepsykologisk rådgivning, kurator og socialrådgiver, når det drejer sig om elever, der har behov for særlig hensyntagen eller støtte.

Et samarbejde mellem de her nævnte og skolelægeordningen er dog i de senere år begyndt på en række skoler rundt om i landet. Den mest anvendte model har været samarbejde omkring 9. klasserne, hvor skolelægerne har tilstræbt at have haft eleverne til undersøgelse,inden de skal ud i erhvervspraktik,og derefter har haft en drøftelse med klasselærer og skolevejleder om de enkelte elever. Det er dog de færreste steder, at praktikønskerne gennemgås konsekvent, da disse ønsker ofte er betinget af mulighederne for praktikpladser i lokalsamfundet, og derfor ikke nødvendigvis afspejler elevernes egentlige erhvervsønske. De steder, hvor lo. klasse indgår i skolelægeordningen, genoptages drøftelsen ofte på dette tidspunkt, især med henblik på indberetning i henhold til bistandslovens § 19.

Det kan herudover nævnes, at der i Odense kommune har været forsøgt en ordning med sådan tværfaglig kontakt allerede for elever i 6.-7. klasse med henblik på indberetning til socialforvaltningen,inden eleverne skal vælge fag i overbygningen. Der har her været tale om elever, der allerede på dette tidspunkt kan siges at have klare erhvervsbegrænsninger.

Generelt må det siges, at samarbejdsrelationerne har fungeret bedst omkring

specialklasseeleverne, hvor kurator (der fungerer som skolevejleder for specialklasserne) og skolelægeordningen i mange tilfælde har et tæt samarbejde omkring de somatiske lidelser, der ofte er karakteristiske for gruppen af specialelever. Dette skyldes selvfølgelig, at man her er mere opmærksomme på samarbejdsbehovet, og at elevgruppen er bedre kendt af begge parter som følge af deres ekstraordinære behov for tilsyn. Omvendt må det konstateres, at samarbejdet mellem klasselærer, skolevejleder og skolelægeordning i almindelighed ikke har fungeret fuldt tilfredsstillende. Dette må bl.a. tilskrives den manglende fastsættelse af regler for et mere formaliseret samarbejde mellem de pågældende rådgivergrupper.

Samarbejdsrelationer i udskolingsfasen.

Henførelsen i 1972 af skolelægeordningen til social- og sundhedsforvaltningen skete bl.a. ud fra ønsket om at understrege den nære sammenhæng mellem skolelægeordningen og social- og sundhedsforvaltningens øvrige arbejde. Dette tilstræbte samarbejde har imidlertid langt fra været velfungerende overalt i landet. Det er således udvalgets indtryk, at der i relation til udskolingsproblematikken har været en meget uensartet praksis med hensyn til en hensigtsmæssig kontakt mellem på den ene side skolelægeordningen (og skolevejleder) og på den anden side social- og sundhedsforvaltningen. Et eksempel herpå er samarbejdet omkring unge, der falder ind under bistandslovens § 42, hvor det mange steder ikke har været muligt; at etablere det hensigtsmæssige samarbejde omkring specialklasseelever, man tidligere havde med sagsbehandlere på revalideringscentrene.

Også i relation til den alment praktiserende læge er der behov for et mere hensigtsmæssigt samarbejde i udskolingsfasen. Skolesundhedstjenesten ligger inde med en række sundhedsmæssige oplysninger om den enkelte elev fra hele skoleforløbet, og under den eksisterende ordning når denne viden ikke videre end til eleven selv i forbindelse med erhvervsvejledningen i 9. klasse. Den alment praktiserende læge har ofte ikke haft kontakt med den unge i en årrække, og kan derfor ikke være bekendt med eventuelt erhvervsbegrænsende faktorer, med mindre disse er af en sådan karakter, at de har krævet regelmæssig behandling. På samme måde, som den alment praktiserende læges oplysninger fra førskolealderen overføres til skolesundhedstjenesten med henblik på en hensigtsmæssig rådgivning i skoleforløbet, synes der at være grund til at sikre en procedure, hvorved den alment praktiserende læge får mulighed for adgang til de helbredsoplysninger om den unge, som skolesundhedstjenesten ligger inde med, for at kunne rådgive og eventuelt behandle den unge så hensigtsmæssigt som muligt efter udskolingen.

På baggrund af de aktuelle udskolingsproblemer og foreliggende erfaringer foreslås forskellige ændringer i skolesundhedstjenestens indsats i udskolingsfasen.

Skolesundhedstjenestens indsats i udskolingsfasen.

Skolesundhedstjenestens opgaver i udskolingsfasen kan sammenfattes i følgende punkter.

a) Forberedelse af elevernes erhvervsvalg.

Fra 7. klasse og opefter indgår skolesundhedstjenesten i tilrettelæggelsen af undervisningen, specielt med henblik på omtale af arbejdsmiljø og erhvervsbegrænsende faktorer.

Sundhedsplejersken vil her kunne indgå i et sundhedspædagogisk samarbejde med klasselærer, og eventuelt skolevejleder, i tilrettelæggelse af undervisningen.

Skolelægens inddragelse i denne undervisning vil primært være som lægelig konsulent i medicinske spørgsmål. Konsulentfunktionen kan rette sig mod sundhedsplejersken i spørgsmål om arbejdsmedicin, mod klasselærer og skolevejleder i spørgsmål om sundhedsmæssige faktorer inden for konkrete erhverv eller mod skolevejledergruppen for så vidt angår mere principielle og generelle problemstillinger. Sidstnævnte funktion overfor skolevejleder. vil endvidere kunne medvirke til, at skolelægen får øget kendskab til arbejdspladserne i lokalsamfundet.

b) Medicinsk erhvervsvejledning overfor den enkelte elev.

På grundlag af den sundhedsfaglige undersøgelse i 9. klasse, samt de oplysninger, der iøvrigt foreligger for skolesundhedstjenesten om den pågældende, rådgives den enkelte unge om muligheder og begrænsninger af medicinsk art med hensyn til det kommende valg af erhverv. Det må understreges, at denne rådgivning bør baseres på funktionsanalyse fremfor en defektanalyse.
Endvidere bør der lægges vægt på en hensigtsmæssig sundhedspædagogisk indsats omkring den unges ressourcer. Sidstnævnte funktion vil navnlig kunne varetages af sundhedsplejersken i forbindelse med den sundhedsorienterede samtale og de rutineprøver, der foretages med eleverne i 9. klasse. Rådgivning om tilpasning mellem den unge og et konkret arbejde tilkommer imidlertid ikke skolesundhedstjenesten, men forudsættes at foregå andre steder, først og fremmest inden for bedriftssundhedstjenesten.

c) Etablering af kontakt med den unge og forældrene.

Skolesundhedstjenestens arbejde i udskolingsfasen forudsætter et nært samarbejde med den unge og forældrene. Skolesundhedstjenesten bør således i hele udskolingsforløbet ved individuelle konferencer og ved forældrearrangementer bidrage til at forberede både den unge og forældrene på problemstillinger omkring et hensigtsmæssigt erhvervsvalg.

d) Etablering af kontakt med andre rådgivningsinstanser.

Ved afgangen fra skolen og påbegyndelsen af en erhvervsløbebane vil den unge i større eller mindre omfang komme i kontakt med andre rådgivningsinstanser. Der har tidligere været nævnt den alment praktiserende læge og social- og sundhedsforvaltningen (f.eks. i forbindelse med spørgsmål om revalidering). Herudover kan nævnes arbejdstilsynet og en eventuel bedriftssundhedstjeneste. Det er vigtigt, at der, i det omfang der er behov herfor, etableres et hensigtsmæssigt samarbejde mellem skolesundhedstjenesten og de pågældende rådgivningsinstanser i udskolingsfasen. Det må endvidere anses for hensigtsmæssigt, at der etableres procedurer der gør det muligt, at skolesundhedstjenesten overfører relevante data til de nævnte instanser, jf. herom nedenfor.

Skolesundhedstjenestens indsats i udskolingsfasen vil, på samme måde som indskolingsfasen, kunne tilrettelægges på forskellige måder, afhængigt af lokale behov, målsætning og ressourcer. En minimumsmodel må dog omfatte følgende aktiviteter:

Undersøgelsen hos sundhedsplejersken omfatter:

1) 7.-8. klasse.

Som på tidligere klassetrin udfører sundhedsplejersken rutineprøver af syn samt sundhedsorienteret samtale med alle børn. Samtalen relateres gradvist mod problemerne omkring et kommende erhvervsvalg.

2) 9. klasse.

Undersøgelsen omfatter:

- syn
- hørelse
- farvesans
- sundhedsorienteret samtale med den unge vedrørende levevaner o.l.

Undersøgelsen hos skolelægen omfatter:

9. klasse.

- en generel somatisk undersøgelse
- individuel medicinsk erhvervsvejledning overfor den unge og forældrene.

Udvalget har drøftet, om der i forbindelse med udskolingen i alle tilfælde bør udarbejdes en skriftlig status vedrørende elevens sundhedstilstand af lægen, men finder at en sådan ordning medfører risiko for et krav om udlevering til arbejdsgiver ved senere ansættelser. En nægtelse af at udlevere en sådan status vil let kunne blive opfattet som et indicium for, at den pågældende har sundhedsmæssige problemer af betydning for det kommende erhvervsarbejde.

Udvalget finder i stedet, at lægen sammen med eleven bør gennemgå dennes samlede sundhedsmæssige situation, herunder såvel stærke som svage sider, og vurdere de enkelte forholds mulige betydning for den fremtidige erhvervssituation. Kun såfremt der er særlige sundhedsproblemer, fremsendes oplysninger om disse til den almen praktiserende læge, og da kun med elevens samtykke hertil, jf. nedenfor.

Elevens forældre bør endvidere ved udskolingen - som på ethvert andet tidspunkt i skoleforløbet - kunne søge rådgivning hos lægen på baggrund af de foreliggende oplysninger om deres barns sundhedstilstand.

Arbejdsplanlægning og fordeling.

Som i indskolingsfasen har læge og sundhedsplejerske både fælles og særskilte opgaver hvor planlægning, koordinering og samarbejde er nødvendigt. Sundhedsplejersken indgår først og fremmest som rådgiver i et samarbejde med lærerne med henblik på tilrettelæggelse af undervisning med sundhedselementer, og kan gennem de årlige sundhedsorienterende samtaler med eleverne drøfte eventuelle erhvervsbegrænsninger med den enkelte elev og henvise til lægen, såfremt yderligere undersøgelser og vurderinger er påkrævet.

Lægan varetager som nævnt de lægefaglige individuelle undersøgelser på 9. klassetrin samt eventuelle behovsundersøgelser. Lægen har endvidere ansvaret for en orientering af eleven om dennes samlede sundhedsmæssige tilstand ved afgang fra skolen. Endelig fungerer skolelægen i en række relationer som sundhedsfaglig konsulent.

Af fælles opgaver kan nævnes deltagelse i tværfaglige konferencer eller forældrearrangementer samt sundhedspædagogiske tiltag specielt i relation til udskolingssituationen. Der er således, ligesom ved indskolingen, lagt op til mulighed for at tilrettelægge skolesundhedstjenestens virksomhed ud fra den enkelte sundhedsplejerskes og læges særlige kompetence og ressourcer.

Overførsel af oplysninger fra skolesundhedstjenesten.

Skolesundhedstjenestens indblik i den enkelte elevs helbredsforhold, sociale forhold m.v. giver grundlag for mundtlig rådgivning af den enkelte elev og dennes forældre om helbredsmæssige forhold og deres betydning for et kommende erhvervsvalg.

Videregivelse af sundhedsoplysninger om dai unge kan endvidere overvejes i nedenstående tilfælde:

1) Alment praktiserende læge.

Med henblik på den bedst mulige udnyttelse af de sundhedsfaglige oplysninger, der er indsamlet i skoleforløbet, synes det som tidligere nævnt helt rimeligt, at disse oplysninger sendes til den pågældende unges alment praktiserende læge som grundlag for dennes videre rådgivningsfunktioner overfor den unge. Sådan fremsendelse af oplysninger til alment praktiserende læge bør dog kun ske med den unges samtykke. Nægtes sådant samtykke, må fremsendelse undlades. Sundhedsmæssige oplysninger om eleven vil herefter alene kunne rekvireres fra skolesundhedstjenesten efter de almindelige regler for rekvirering af lægelig relevante oplysninger.

2) Socialudvalget.

I henhold til bistandslovens § 19 skal udvalget underrettes, såfremt der foreligger lidelser eller forhold, der må skønnes at ville medføre behov for social bistand. Foreligger sådanne forhold, må skolesundhedstjenesten underrette de relevante instanser inden for den øvrige del af social- og sundhedsforvaltningen.

3) Arbejdsmil.jømyndigheder m.v.

Efter de gældende regler i arbejderbeskyttelseslovgivningen skal arbejdsgiveren som hovedregel foranledige personer under 18 år, der antages til erhvervsmæssigt arbejde, lægeundersøgt. Lægeattesten forelægges den stedlige arbejdstilsynskreds, der træffer afgørelse om, hvorvidt den påtænkte beskæftigelse kan tillades. I arbejdsmiljølovens § 64 er der givet arbejdsministeren bemyndigelse til at fastsætte regler om lægeundersøgelse af unge under 18 år med henblik på deres påbegyndelse af arbejde under en arbejdsgiver. Efter samme paragrafs stk.2,kan det herunder pålægges skolelægen at afgive erklæring om,hvorvidt eleven lider **eller har lidt af** sygdomme,der kan have indflydelse på elevens sikkerhed og sundhed under erhvervsarbejdet.Noget tilsvarende gælder for unge under 18 år,der er under faglig uddannelse.Endelig siges det i stk.3,at arbejds-

giveren er forpligtet til at sikre sig, at den unges helbredstilstand er foreneligt med det arbejde, som han eller hun sættes til.

De her nævnte bestemmelser, der forudsættes at træde i stedet for den ovenfor nævnte eksisterende ordning, er endnu ikke fastsat af arbejdsministeren. Udvalget er imidlertid bekendt med, at en særlig arbejdsgruppe har fremlagt forslag til sådanne regler, herunder regler, der pålægger den unge at udlevere en af skolelægen udarbejdet status vedrørende eventuelle erhvervsmæssige begrænsninger til den arbejdsgiver, der søges arbejde hos. Udvalget har ikke set det som sin opgave at fremkomme med en nærmere vurdering af det af arbejdsgruppen stillede forslag. Det skal dog understreges, at udvalget principielt støtter tanken om, at der drages nytte af de oplysninger om den enkelte elevs sundhedsmæssige tilstand, skolesundhedstjenesten ligger inde med, med henblik på at sikre det bedst mulige grundlag for at vurdere, om den pågældendes sundhedstilstand er foreneligt med det arbejde,han eller hun sigter imod. Dette kræver dog efter udvalgets opfattelse, at man sikrer sig, at de nævnte lægelige oplysninger alene videregives til personer eller institutioner, der er i stand til at vurdere betydningen af oplysningerne og til at bruge disse konstruktivt til gavn for den unge. Det bør i den forbindelse nærmere overvejes, om kontakten til andre instanser, som f.eks. bedriftssundhedstjenesten eller arbejdstilsynet bør ske via den alment praktiserende læge.

5.4. Screening

Det har altid været anset som en central funktion i skolesundhedstjenestens forebyggende arbejde at identificere forhold hos det enkelte barn, som kan være af betydning for dettes sundhedstilstand. Formålet hermed er naturligvis at iværksætte individuelle og generelle forebyggende eller behandlende aktiviteter, hvor der konstateres behov derfor.

Ikke alle sundhedsmæssige problemer egner sig til screening . Der er fra forskellig side gennem tiderne opstillet en række krav, som bør være opfyldt, før screeningsundersøgelser med rimelighed iværksættes. Følgende er i dag generelt accepterede (82, 83, *96*):

- Der er tale om nyudviklede problemer eller om sygdomme med et langvarigt stadium uden symptomer, som forårsager henvendelse til læge.

i) I litteraturlisten (bilag H) er givet en oversigt over den af støttegruppen vedr. screening anvendte litteratur. I teksten henvises til relevante referencer i denne liste.

- Problemerne findes ikke hverken af skolepersonalet, forældre eller børnene selv.
- Problemerne optræder med en vis hyppighed.
- Der kan ydes relevant forebyggende eller behandlende indsats, når der gøres et fund.
- Der er rimeligt sikre og pålidelige screeningsmetoder til en overkommelig pris (økonomisk såvel som personalemæssigt).

De problemer, som man vil interessere sig for ved screening, kan enten være indtrådt sygdom eller symptomer, som ikke er erkendt, eller risikofaktorer hos den enkelte eller i dennes omgivelser, der truer skolebarnets optimale funktion, velbefindende og fremtidsmuligheder.

Som det fremgår af kapitel IV, optræder sådanne problemer ganske hyppigt blandt skolebørn. Sammenfattende kan man sige, at:

godt 3o *io* af danske skolebørn har behov for social, pædagogisk eller medicinsk støtte af kortere tids varighed eller af mindre indgribende art i løbet af skoletiden,

I0-I5 % af skolebørnene har behov for længerevarende (måneder til år) bistand af såvel social, pædagogisk som medicinsk art,

2-3 *io* af skolebørnene har behov for intensiv mangeårig bistand af såvel social, pædagogisk som medicinsk art(1,11,12,21,22,25,4o,59,62,63,71,74).

Der vil naturligvis ikke være behov for individuel sundhedsfaglig indsats over for alle barn i de nævnte grupper, men der vil ofte være behov for afklaring af eventuelle sundhedsmæssige forudsætninger eller konsekvenser i relation til de nævnte grupper.

Risikogrupper.

Følgende risikogrupper (risikofaktorer) kan således opstilles, som må anses for væsentlige i forbindelse med skolesundhedstjenestens generelle screeningsfunktioner:

a) Børn med adfærdsmæssige, indlæringsmæssige og sociale problemer, ofte kombineret med psykosomatiske symptomer.

b) Børn med særligt behov for støtte, hvor sundhedsfaglig indsigt ofte er nødvendig for erkendelse af problemerne:
   Børn med afvigende fremtoningspræg.
   Børn med sanseproblemer.
   Børn med forarbejdningsproblemer.
   Børn med tale-/sprogvanskeligheder.
   Børn med motoriske problemer.
   Børn med særlig risiko for senere udvikling af hjerte-kar-lidelser.

c) Børn med vidtgående fysiske eller psykiske problemer.

Ad a) Børn med adfærdsmæssige, indlæringBmæssige og sociale problemer.

Det drejer sig om en stor gruppe, som ikke sjældent samtidig frembyder psykosomatiske symptomer (mavepine, hovedpine, natlig vandladning m.v.(2o,21,22,25, 32,4o,41,44,62,63)). Som beskrevet i kapitel IV er det ikke længere de traditionelle baggrundsfaktorer som dårlig bolig, lav indkomst m.v., som er hyppige hos disse børn ("den gamle fattigdom"). De fleste børn med adfærdsmæssige og indlæringsmæssige problemer kommer fra materielt almindeligt stillede familier. I flere undersøgelser har man derfor beskrevet begrebet " den nye fattigdom " som betegner en stor gruppe i befolkningen, hvorfra skolens problembørn ofte kommer. Det drejer sig som tidligere nævnt f.eks. om børn med utilstrækkelige hjemlige ressourcer eller disharmonisk familieliv, børn fra familier med pludselig ændring i den familiære eller sociale situation, kulturelle mindretal og institutionsanbragte børn. (il, 12, 21, 22, 42, 44, 48,54,71,78,93,94,1o2).

Flere undersøgelser har vist, at børn fra disse grupper har større risiko for senere problemer som erhvervstilpasning, kriminalitet og stabilitet med hensyn til familiedannelsen (68,99).

Behovet for tidlig erkendelse og indsats er derfor oplagt. Flere undersøgelser har vist, at den professionelle gruppe, der i de fleste tilfælde tidligst, mest nuanceret og sikrest erkender disse problemer, er klasselærerne (25,41,68,99). Med hensyn til de sociale problemer vil sundhedsplejerskens og lægens viden om familiens situation og elevens behov for hjælp være et godt supplement til lærerens iagttagelser (l9,2o,21,22,32,58). Herved kan man opnå en mere målrettet indsats i såvel det individorienterede som det generelt forebyggende arbejde.

Hvad angår erkendelsen af disse væsentlige trivselsproblemer hos skolebørnene, må man derfor primært betragte dette som lærerens opgave. Skolesundhedstjenestens rolle bliver således i denne forbindelse sekundær - først og fremmest

i form af en konsulentrolle i forhold til læreren (32,41,65).

For at kunne yde relevant konsulenttjeneste overfor læreren er det imidlertid nødvendigt, at skolesundhedstjenesten er i besiddelse af et betydeligt kendskab til sådanne børn og deres familier.

Løsningen af disse generelle trivsels- og udviklingsproblemer kræver naturligvis en bred faglig indsats orienteret mod såvel det enkelte barn som dets omgivelser.

Ad b) Børn med særligt behov for støtte, hvor sundhedsfaglig indsigt ofte er nødvendig for erkendelse af problemerne.

Denne gruppe består som tidligere nævnt skønsmæssigt af ca. I0-I5 % af skolebørnene. På grundlag af de symptomer, som fremtræder, kan gruppen opdeles i en række undergrupper.

Børn med afvigende fremtoningspræg.

Tykke børn.

En række undersøgelser viser (lo,23), at fedme i skolealderen er et væsentligt problem både med hensyn til børnenes psykosociale trivsel i skolen og med hensyn til senere udvikling af følgelidelser (lidelser i bevægeapparatet, hjerte-kar-lidelser m.v.). Andre undersøgelser har vist, at behandling er svær, således at en forebyggende indsats her er meget væsentlig.

På baggrund af den foreliggende litteratur og erfaringer finder man det imidlertid ikke tvingende nødvendig med en rutinemæssig årlig vejning af alle børn (82,32). Som minimum må man kræve 2 målinger af vægten med mindst l/2 års mellemrum ved skolestarten som. et grundlag for at fastlægge vægtudviklingen (f.eks. børnehaveklasse og l.klasse). Den målte vægt bør indføres i et standardiseret kurvesystem, således at der er umiddelbar mulighed for erkendelse af afvigelser. Oplysningerne fra småbørnssundhedsplejerske og praktiserende læge bør være tilstede således, at vægtudviklingen kan visualiseres i kurvesystemet (2,45,46).

Børn hvis vægt ved skolestarten ikke følger "gennemsnitskanalen" bør kontrolleres mindst én gang årligt. Børn, for hvem skolesundhedstjeneste, lærere, forældre og barnet selv oplever et behov for vægtkontrol, bør tilbydes dette, indtil det kan dokumenteres, at barnets vægt udvikler sig svarende til gennemsnittet, eller at der ikke findes medicinske forklaringer på afvigelserne. Resultaterne fra disse undersøgelser bør ligeledes altid opføres i et standardiseret kurvesystem.

Ved den nedenfor foreslåede årlige samtale hos sundhedsplejersken vil man endvidere kunne identificere børn med vægtproblemer.

Højde.

Talrige undersøgelser viser (2,45,46), at børns højdeudvikling er en følsom indikator for deres generelle sundhedstilstand. Skolebørns højde er desuden en væsentlig faktor i deres psykosociale trivsel (typisk for de små drenge og de store piger (46,92))

Højdemåling ved skolestarten må derfor anses for meget væsentlig og ligesom vægten indføres i standardiseret kurvesystem. Højdemålingerne ved skolestarten bør suppleres med oplysninger om højdemålinger i småbarnsalderen, således at det også her er muligt at beskrive udviklingen. Såfremt dette er muligt, vil barnets højdeudvikling kunne fastlægges ret nøje, således at man i de tilfælde, hvor barnet følger den gennemsnitlige højdetilvækst kun behøver at måle barnet et par gange ved starten af skoleforløbet. Årlig højdekontrol er derfor ikke strengt nødvendig, undtagen hos de børn, hvor der konstateres afvigelser. Højdekontrollen kan teknisk set foretages af andre personalegrupper end skolesundhedstjenesten, hvilket kan have betydelige pædagogiske fordele. Vurderingen af resultaterne er imidlertid skolesundhedstjenestens opgave(50,51).

Afvigende pubertetsudvikling.

En pubertetsudvikling, som afviger fra det gennemsnitlige, giver mange børn psykosociale vanskeligheder. I enkelte tilfælde kan det være udtryk for en egentlig, sygelig behandlingskrævende tilstand (5,46,91,92).

En sundhedsfaglig kortlægning af skolebørns pubertetsudvikling, helst efter standardiserede metoder, må derfor anses for ønskelig af hensyn til såvel rådgivning overfor den enkelte elev, elevens forældre samt lærere. Det må anses for hensigtsmæssigt, at der etableres forskning og forsøg på dette område.

Børn med sanseproblemer.

Denne gruppe inkluderer børn, som har problemer med syn og hørelse. Herudover indgår også en gruppe børn med mere komplekse problemer som f.eks. vedrørende opfattelsen af rum og krop.

Ifelge javel danske, svenske som engelske undersøgelser (12,25,4o,5<o,51,59,62, 71,74) finder man ved skolestarten, at I0-I5 '*fo* af børnene har synsproblemer, hvoraf en del ikke tidligere er erkendt. I de første skoleår er det væsentligt at finde ikke tidligere erkendt skeleblindhed, i de senere klasser først og fremmest nærsynethed. Sandsynligvis udvikler lo-2o % af børnene nærsynethed i løbet af skolealderen (17,28,70,76,77).

Ved hjælp af en enkelt synsstyrkebestemmelse foretaget på hvert øje for sig kan børn med synsproblemer udskilles med henblik på videre undersøgelser.

På grundlag af synsproblemernes omfang og vækst i løbet af skolealderen, de alvorlige konsekvenser for børnenes indlæring og trivsel, den beskedne indsats ved screening samt de foreliggende muligheder for at afhjælpe erkendte problemer, må det anses for rimeligt at fastholde en årlig undersøgelse af synsstyrken for alle skolebørnene (15,17,28,70,76,77,84).

Farvesansdefekter forekommer med en hyppighed af 8-9 % blandt drenge, praktisk taget ikke blandt piger og er næsten udelukkende en arvelig tilstand. Anvendelsen af det farvestrålende undervisningsmateriale, specielt i matematikundervisningen, kan give børn med farvesansdefekter visse vanskeligheder allerede i de første skoleår. Det vil derfor være af værdi med en farvesansundersøgelse umiddelbart ved indskolingen, og der er intet til hinder for, at standardtavlerne kan anvendes i 6-7-års alderen, især hvad angår de såkaldte labyrinttavler, som ikke stiller krav om kendskab til tal. Der er imidlertid ikke foretaget vurderinger af pålideligheden af undersøgelsen i denne aldersgruppe. Selv om der ikke sker nævneværdige ændringer i farvesansen i løbet af skolealderen, må det anbefales, at man indtil videre gennemfører en yderligere undersøgelse i slutningen af skoleforløbet med henblik på pålidelige oplysninger om eventuelle farvesansdefekter i relation til erhvervsvalg. Dette kan have så vidtrækkende konsekvenser, at man næppe på nuværende tidspunkt kan stole på de meget tidlige undersøgelser. Andre undersøgelsesmetoder er under overvejelse og afprøvning (24 a).

I Odense har man som led i forsøg med behovspræget skolesundhedspleje ved 3 skoler i 197^{8}/79 gennemført en foreløbig farvetestning, først og fremmest i 1. klasse, men også i nogle tilfælde i børnehaveklassen. Det har overvejende været sundhedsplejersken, som har udført disse undrsøgelser, og man har anvendt Ishiharas's tavler uden at dette har givet anledning til problemer.

Man kan således konkludere, at farvesansundersøgelser i indskolingsfasen, gerne i børnehaveklassen, er relevant og naturligt vil kunne indpasses i sundhedsplejerskens undersøgelsesprogram.

Indtil videre må man desuden fastholde yderligere en farvesansundersøgelse på et senere klassetrin, rimeligvis på 9. klassetrin. Såfremt der fremkommer oplysninger som viser, at de tidligere undersøgelser har en tilstrækkelig pålidelighed, vil man kunne udelade den sene farvesansundersøgelse.

Hørelse.

I 1975 var der ialt 677 tunghøre og døve skolebørn i Danmark, heraf 44 *tfo* piger. De 33I blev undervist i folkeskolen og 346 i døveskoler.

I 1978 var der for hele landet registreret 1.873 børn i skolealderen med høreapparat. På dette tidspunkt var der ca. 400 elever i døveskolerne(9o).

Flertallet af disse børn med svære høretab har indre ørelidelser som følge af medført arvelig tunghørhed, sygdomme i svangerskabet, fødselstraumer eller svære infektioner i den tidlige barndom.

De fleste tilfælde af svær tunghørhed hos børn vil være diagnosticeret før skolealderen.

Trods den omfattende aktivitet med screeningsundersøgelser af skolebørnenes hørelse foreligger der ingen opgørelser af resultaterne af disse undersøgelser med hensyn til antallet af abnorme fund, specielt hvad angår tilkomsten af nye høretab (27,9o).

Tilrettelægning af screeningsundersøgelser til diagnosticering af nyopståede høretab må natiirligvis tilpasses den forventede hyppighed af disse.

I den forbindelse er det især den sekretoriske otitis media (mellemørebetændelse), som har interesse. Nogle undersøgelser (9o,97) har vist, at denne lidelse, som ofte fremviser et mindre og kun periodisk høretab, muligvis kan have en betydelig virkning på barnets psykosociale tilpasning. Hertil kommer at lidelsen,der i begyndelsen er forbigående, uden behandling kan gå over i et kronisk stadium med deraf følgende permanent høretab.

Hyppigheden af sygdommen er størst i de første leveår og aftager fra 5-6-års alderen. Hos børn over lo år ses tilstanden sjældent, og da i reglen forbigående.

På baggrund af ovenstående må screeningsundersøgelse til specialdiagnosticering af den isekretoriske otitis media anses for at være velbegrundet i de aldersklasser, hvor hyppigheden er stor. Efter 2. klassetrin vil antallet af nye tilfælde være ringe, og risikobørnene vil være erkendt og i kontrol og behandling, foranlediget af tidligere screeningsundersøgelser. Desuden vil børnene være så store, at de selv kan gøre opmærksom på symptomer fra ørerne.

Hertil kommer, at nyt ilvæksten af høretab af andre årsager i disse alders-klasser er så ubetydelig, at det ikke kan anses for rationelt at opretholde ordningen med årlige høreprøver på alle klassetrin (9o).

Nye tilfælde af høretab som følge af sekretorisk otitis media vil forekomme med aftagende hyppighed i de senere klassetrin, og vil kunne diagnosticeres ved, at der foretages undersøgelser, når der opstår symptomer. Lærerne og pårørende samt sundhedsplejersken(ved den årlige samtale)må være opmærksomme herpå.

Med henblik på relevant erhvervsvejledning (33) vil det være rimeligt med en rutinemæssig screening af hørelsen ved skoleafslutningen, hvor der gøres status over børnenes hørelse på baggrund af eventuelle ændringer i løbet af skolealderen.

Perception (krops- og rumopfattelse).

Mere komplekse vanskeligheder for børnene i opfattelsen af deres egen krop og rummet omkring dem kan være af betydning for børnenes indlæringsmæssige formåen og dermed også af betydning for deres almene trivsel i skolen (26,47, 55,65,72,78).

Screeningsundersøgelser for børnenes generelle perception er ikke nødvendigvis en opgave for skolesundhedstjenesten, men nok snarere for lærerne og eventuelt skolepsykologerne.

Engelske undersøgelser (59,78,79) har dog vist, at skolesundhedstjenesten har været i stand til at give anvendelige oplysninger med hensyn til børnenes perception. Skolesundhedstjenesten må i denne forbindelse dog nok opfattes primært som konsulent i forhold til læreren, som har den centrale rolle med hensyn til identifikation af problemer på dette funktionsområde.

Børn med forarbejdningsproblemer.

Børn med intellektuelle, følelsesmæssige eller sociale handicap kan frembyde vanskeligheder med hensyn til forarbejdningen af indtryk og oplevelser (34,41, 47,56,58,65,78). Dette område må betragtes som af væsentlig betydning for børnenes funktion, velbefindende og fremtidsudsigter. Også på dette område må skolesundhedstjenestens rolle betragtes som sekundær, en konsulentrolle i forhold til læreren. Skolesundhedstjenesten bør imidlertid være i besiddelse af informationer om disse børn, der beskriver barnets opvækst og nuværende familiære og sociale situation, således at skolesundhedstjenesten kan være læreren behjælpelig med at systematisere sine iagttagelser af barnets adfærd

og funktion. Sundhedsplejerskens årlige kontakt med børnene kan danne grundlag for indhentning af sådanne informationer på baggrund af det kendskab, som er opnået ved indskolingen. Herved sikres bl.a. kontinuiteten i relation til småbørnssundhedsplejens og den alment praktiserende læges informationer og indsats.

Børn med tale- og sprogvanskeligheder.

I mange børnehaveklasser og 1. klasser foretages rutinemæssig talepædagogisk undersøgelse. Skolesundhedstjenesten bør i denne forbindelse være konsulent (14,16,65) med hensyn til vurdering af børn, der har tale-sprog-problemer. På de skoler, hvor der ikke foregår en sådan undersøgelse i børnehaveklassen eller 1. klasse, bør skolesundhedstjenesten tage initiativ til, at noget sådant foretages. En screening af denne art bør imidlertid foretages i pædagogisk sammenhæng og ikke primært af skolesundhedstjenesten. Skolesundhedstjenesten bør imidlertid være opmærksom på, at mange praktiserende læger foretager rutinemæssig sprogundersøgelse, og den kan derfor være formidler af resultaterne af undersøgelserne i småbarnsalderen til undersøgelserne i skolealderen (16,49,89).

Børn med motoriske problemer.

Mellem 5 og lo % af børn ved skolestarten har væsentlige afvigelser med hensyn til bevægeapparatets struktur. Disse afvigelser tiltager i hyppighed i skoleforløbet. Nogle undersøgelser viser således en fordobling af de strukturelle afvigelser i bevægeapparatet i skoleforløbet. Især fra ca. 7. klasse sker der sandsynligvis en stor øgning af antallet af disse problemer (18,35,40,62,76).

Herudover er lidelser i bevægeapparatet den næsthyppigste årsag til førtidspensionering, en meget hyppig årsag i de fleste revalideringssager og en meget hyppig årsag til sygefravær samt til almene gener på mange arbejdspladser (6, 13). En tidlig indsats på disse områder kan forebygge nogle af de alvorlige arbejdsmæssige og sociale følger. Derfor er en tidlig erkendelse af afvigelser i bevægeapparatets struktur ønskelig.

Mange undersøgelsesmodeller er beskrevet (55,79,85,95). Det må være ønskeligt så vidt muligt at kombinere flere af disse undersøgelsesmodeller, således at skolesundhedstjenesten dels giver en individuel vurdering af bevægeapparatets struktur hos børnene ved skolestart og skoleafslutning og dels giver en mere funktionsorienteret vurdering i midtskoleforløbet. Denne gruppeorienterede vurdering kan med fordel foretages i samarbejde med lærerne, specielt idrætslæreren, eventuelt kombineret med vurdering af kondition, kraft og smidighed (80).

Det er ved flere forskellige undersøgelser (35,36,37) påvist, at der er en statistisk sammenhæng mellem skolebørns trivsel, indlæringsformåen og deres bevægelsesmæssige præstationer. Det er således vist, at meget kluntede skolebørn (undertiden benævnt "fumlere" og "tumlere") har betydeligt flere adfærdsmæssige og indlærings.næssige problemer end gennemsnittet (55,56,57,60,61).

Det vil ofte være børnehaveklasselederen eller klasselæreren, der bedst erkender, at et barn har motoriske problemer. Imidlertid viser erfaringerne, at problemerne ofte først bliver taget op, når skolesundhedstjenestens personale gør læreren opmærksom herpå. Skolesundhedstjenesten kan således også her give læreren en faglig, kompetent konsulentstøtte, men det forudsætter, at skolesundhedstjenesten for alle børnene er i besiddelse af en funktionsorienteret beskrivelse, som kan forstås og benyttes af lærerne (og forældrene) efter behov (14,55,73).

Det vil være hensigtsmæssigt, at der undervejs i skoleforløbet atter foretages en funktionsorienteret vurdering af børnenes kropsbrug, specielt med hensyn til deres kondition. Dette må ses på baggrund af undersøgelser (80), der viser at danske børns kondition er ringe, og at der er en sammenhæng inellem disse forhold og senere udvikling af hjerte-kar-lidelser,se nedenfor . Endelig bør børnenes kondition vurderes ved skoleafslutningen med henblik på den medicinske erhvervsvejledning. Konditions- og bevægelsesundersøgelserne i skoleforløbet kan bedst foretages i samarbejde med lærerne, specielt idrætslærerne(80).

Børn med særlig risiko for senere udvikling af hjerte-kar-lidelser.

I Danmark som i andre industrialiserede lande udgør hjerte-kar-lidelser et stadig stigende problem både med hensyn til dødelighed og sygelighed. Nyere undersøgelser (3,4,24,38,39,40,86) har vist, at disse forandringer starter allerede i barne- *og* ungdomsalderen, således at en indsats i denne alder må anses for vigtig. Herudover grundlægges en række levevaner allerede i barnealderen, som kan have konsekvens for risikoen for udvikling af hjerte-karsygdomme. Der tænkes her på forhold som rygevaner, motionsvaner og kostvaner.

Herudover har det fra flere sider været anbefalet, at der foretages rutinemæssig blodtrykskontrol af skolebørn (39). Det kan uden tvivl være af en vis værdi for eleverne at kende deres eget blodtryk, inden de forlader skolen, men da der næppe i dag er tilfredsstillende viden om de helbredsmæssige, psykologiske og sociale konsekvenser af en generel blodtryksscreening blandt børn, bør man nok indtil videre nøjes med at opfordre til forsøgs- og forskningsvirksomhed i relation til blodtryksmåling blandt børn.

Hvad angår børns holdning og adfærd i relation til de øvrige risikofaktorer (motionsvaner, kostvaner, rygevaner, kondition, overvægt m.v.), tør disse problemer beskrives og tages op i relation til sundhedsplejerskens årlige samtale samt de generelle sundhedspædagogiske aktiviteter.

Ad c) Børn med vidtgående fysiske eller psykiske problemer.

Til denne gruppe regnes børn, der tidligere betjentes af den statslige særforsorg samt børn med alvorligere kroniske handicap som f. eks. cystisk fibrose, kronisk astma, børneleddegigt, alvorlige kroniske hjertelidelser, nyrelidelser m.v.(7, 9,3o»31>lol).

Disse lidelser vil næsten alle være erkendt inden skolestarten, hvorfor screeningsundersøgelser ikke skulle være nødvendige.

Enkelte problemer i relation til dette område har imidlertid været særligt diskuteret med henblik på skolesundhedstjenestens rolle.

Det drejer sig om:

- urinvejslidelser hos piger,
- risiko for rubella (røde hunde) hos gravide,
- kønskromosomabnormiteter,
- uopdagede tilfælde af Føllings sygdom(medfødt stofskiftesygdom).

Urinvejslidelser hos_piger.

Der er næppe grundlag for at opretholde rutinemæssige undersøgelser for sukker og æggehvidestof i skolealderen. Indsatsen i forbindelse med disse undersøgelser kan ikke anses for rimelig i forhold til de fund, som gøres. Hertil kommer, at de sygdomme, som kan være relevante i denne forbindelse, i almindelighed fremtræder ved symptomer, som erkendes på anden vis.

Det har været diskuteret, om screening for bakterier i urinen hos piger er relevant. Også her finder man imidlertid, at der ikke er grundlag i dag for at iværksætte en sådan omfattende screening(38,87,88).

Risiko for røde hunde hos gravide.

I mange lande har man indført rutinemæssige undersøgelser for antistoffer imod røde hunde hos alle piger før den fertile alder med henblik på vaccination af antistofnegative.

I Danmark fødes der 5-lo børn om året med multiple misdannelser som følge af røde hunde hos gravide. Hertil kommer et ikke kendt antal børn, som fødes med

handicap, der ofte ørst giver sig til kende, når barnet er flere år gammelt. Påvises røde hund· los gravide medfører dette i reglen, at kvinder vælger at få afbrudt svange: '-tabet. Antallet af provokerede aborter på grund af røde hunde i graviditeten anslås at være ca. 60 om året.

Det er noget usikkert, i hvilken udstrækning 14-årige piger allerede har haft naturlig infektion med røde hunde, men udenlandske undersøgelser tyder på, at det drejer sig om op imod 7o-75 *fo* af en årgang.

Det overvejes for tiden, om man i Danmark bør indføre blodprøvetagning udført for alle piger i skolernes 8. klasse efter forældrenes samtykke med efterfølgende vaccination på skolerne eller hos de praktiserende læger af alle antistof-negative.

Skolesundhedstjenestens rolle i relation til et sådant program er for øjeblikket uafklaret (se afsnit 5.8.).

Kønskromosomabnormiteter.

Det er ved relativ simpel teknik muligt at undersøge for kønskromosomanomalier(66,67,91). Det er imidlertid yderst diskutabelt, om der kan ydes relevant forebyggende eller behandlende indsats, når der gøres fund. Hertil kommer en række etiske problemer ved identifikation af sådanne afvigelser. Der er således ikke grundlag for en generel screening for kønskromosomabnormiteter i dag.

Uopdagede tilfælde af Fallings sygdom.

Med henblik på opsporing af uopdagede tilfælde af Føllings sygdom er det foreslået, at man bl. a. undersøger alle skolesøgende piger født i årene 1963-73 ved hjælp af d en såkaldte Guthrie-test. Det er anslået, at man herved vil kunne opdage 15 - 2o tilfælde, som ikke tidligere er erkendt, som med over 9o % risiko ville føre til prænatal skadet afkom ved indtrædende graviditet. Det vil som nævnt kun dreje sig om en begrænset aldersgruppe blandt pigerne, idet der siden 1973 nar været en effektiv screening for Føllings sygdom hos nyfødte (98).

Det er på nuværende tidspunkt uafklaret, hvorvidt en sådan midlertidig indsats må anses for rimelig ud fra sundhedsmæssige, økonomiske og praktiske hensyn. Såfremt en sådan screening gennemføres, vil skolesundhedstjenesten antagelig blive inddraget.

Nuværende screeningsprogram.

Den nugældende bekendtgørelse og de vejledende retningslinier vedrørende tilrettelæggelse af skolelægeordningen indebærer et betydeligt screeningsprogram.

Det fremgår heraf, at det er skolelægens opgave at foretage forebyggende helbredsundersøgelser af alle skolebørn i den undervisningspligtige alder, herunder i børnehaveklasser, hvor sådanne findes, og at føre kontrol med sundhedstilstanden i skolerne.

Helbredsundersøgelserne af børnene sker ved, at skolelægen foretager undersøgelse af

1) Alle børnene i følgende klasser: l.,2. og 5.klasse, samt i den senere klasse, efter hvilken undervisningspligten ophører (for tiden 9.klasse). Findes der børnehaveklasse ved skolen, undersøges tillige børnene i denne klasse.

2) Herudover fører skolelægen tilsyn med og foretager undersøgelse af særlige elevgrupper i det omfang, der skønnes at være behov derfor (børn der får specialundervisning, børn hvor skolelægen, sundhedsplejersken, lærerne, forældrene eller barnet selv skønner, at der er behov for supplerende undersøgelser).

Sundhedsplejersken skal mindst én gang årligt foretage følgende undersøgelser af børnene i samtlige klasser:

Måling, vejning samt undersøgelse af syn og hørelse efter de i vejledningen anførte regler; på elever i 5.klasse foretages undersøgelse af farvesansen; undersøgelse af urin for æggehvide og sukker foretages på de årgange, som kommer til regelmæssige skolelægeundersøgelser.

Omfanget og indholdet af især skolelægens screeningsundersøgelser er sandsynligvis meget varierende (40,62,74).

Med hensyn til skolelægens helbredsundersøgelser er det endvidere karakteristisk, at der hidtil ikke har været formuleret nogen egentlig målsætning for, hvilket udbytte disse undersøgelser skulle give, hvorimod de screeningsundersøgelser, der udføres af sundhedsplejersken, er mere veldefinerede. Alt i alt er den eksisterende indsats kun dårligt beskrevet, og den nøjagtige arbejdsdeling mellem skolelæge og sundhedsplejerske er uklar. Der er en vis overlapning, hvad angår de mindre veldefinerede screeningsopgaver for de to personalekategorier (8,42,43»5o,51> 52,53).

Ved traditionelt tilrettelagte helbredsundersøgelser vil skolelægen ofte er-

kende eller få fornemmelse af børn. med psykosociale problemer. Erkendelsen vil imidlertid ofte bestå af usystematiserede iagttagelser, der som oftest giver udgangspunkt for forbigående individorienteret indsats.

Helbredsundersøgelserne må derfor anses for uhensigtsmæssige med hensyn til systematiseret erkendelse af børn med psykosociale problemer. Med hensyn til risikofaktorer vedrørende børnenes oplevelse af sig selv og omverdenen, forarbejdningen af oplevelserne, børnenes udtryksmuligheder, deres bevægeapparats struktur og funktion, deres motoriske præstationsniveau, deres kondition, deres risiko for udvikling af hjerte-kar-lidelser, må det ligeledes anføres, at den traditionelle lægelige helbredsundersøgelse kun giver usystematiske og usikre oplysninger.

Med hensyn til erkendelse af børn med vidtgående fysiske og psykiske handicap vil disse næsten altid afsløres ved traditionel lægelig helbredsundersøgelse, men da som anført disse alvorlige tilstande næsten altid er erkendt inden skolestart, kan helbredsundersøgelserne ikke siges at være absolut nødvendige for denne kategori.

Alt i alt må det derfor anføres, at de traditionelle lægelige helbredsundersøgelser er af ringe værdi med hensyn til erkendelse af væsentlige risikofaktorer/risikogrupper, der har interesse for skolesundhedstjenestens indsats.

Sundhedsplejersken vil ligeledes ofte erkende en væsentlig del af de psykosociale problemer hos skolebørnene, dels ved de individuelle samtaler og dels ved gruppesamtaler med børnene, f.eks. ved forundersøgelserne. Sundhedsplejersken vil endvidere ved sin hyppige kontakt med lærerne ofte have et godt indtryk af, hvem der har psykosociale problemer.

Ofte vil imidlertid også sundhedsplejerskens iagttagelser være usystematiserede, således at de kun giver udgangspunkt for mere overfladiske individorienterede foranstaltninger.

En mere struktureret tilrettelæggelse af sundhedsplejerskens samtaler med børnene og samarbejdet med lærerne kunne relativt nemt etableres, hvorved en mere sikker erkendelse af psykosociale problemer kunne opnås med henblik på ikke blot individorienteret, men også gruppeorienteret indsats.

Hvad angår erkendelse af afvigelser i pubertetsudviklingen må sundhedsplejerskens undersøgelser siges at være ret ufuldstændige. En forbedring kunne opnås ved anvendelse af standardiserede udviklingsskemaer. Tilsvarende gør sig gældende vedrørende børnenes intellektuelle, følelsesmæssige sociale udrustning, børnenes sprog, bevægeapparat, motorik, kondition m.v.

Alt i alt må det derfor konkluderes, at skolesundhedstjenestens nuværende screeningsundersøgelser kun på nogle områder sikrer tilstrækkelig erkendelse af risikofaktorer, og at undersøgelsesmetoderne, der anvendes, ofte er uhensigtsmæssig, og i visse tilfælde overflødige.

Tilrettelæggelsen af helbredsundersøgelserne og screeningsundersøgelserne er uhensigtsmæssige, idet der ofte sker en overlapning mellem skolelægens og sundhedsplejerskens undersøgelser, ligesom sundhedsplejersken ofte bruger uforholdsmæssig megen tid i forbindelse med skolelægens helbredsundersøgelser (42,43).

Forslag til et nyt screeningsprogram.

På baggrund af ovenstående foreslår udvalget, at skolelægens indsats i relation til screening koncentreres om indskolings- og udskolingsfasen. For sundhedsplejerskens vedkommende foreslås en årlig samtale og synsprøve af alle børn gennem hele skoleforløbet samt visse særlige undersøgelser i indskolings- og udskolingsfasen.

Skolelægens screeningsprogram.

Lægeundersøgelsen bør placeres i barnets første år i skolen, som for det store flertals vedkommende vil være børnehaveklassen. Undersøgelserne bør være målrettede sundhedsmæssige funktionsundersøgelser, der giver et tydeligt helhedsbillede af elevens fremtoningspræg, sanseforhold, forarbejdning, tale- og sprogfunktioner, motorik, særlige risikoforhold vedrørende hjerte-kar-lidelser samt pædagogisk anvendelig beskrivelse af eventuelle mere vidtgående handicap.

Den sundhedsmæssige funktionsbeskrivelse af barnet skal være således, at den umiddelbart kan anvendes af lærerne i arbejdet på skolen, af forældrene samt af barnet selv. Funktionsbeskrivelsen skal endvidere være egnet til statistiske opgørelser med henblik på planlægning af en gruppeorienteret indsats.

Ved skoleafslutningen (det klassetrin, efter hvilken undervisningspligten ophører) bør skolelægen ligeledes foretage en struktureret sundhedsmæssig funktionsundersøgelse med særlig henblik på elevens overgang fra skole til erhvervsliv.

Både indskolings- og udskolingsundersøgelsen bør lægge vægt på såvel stærke som svage sider ved barnets helbredsmæssige karakteristika.

Skolelægens indsats i indskolings- og udskolingsfasen er iøvrigt nærmere beskrevet i afsnit 5.2., henholdsvis afsnit 5.3.

Herudover kan det anbefales, at skolelægen medvirker til en ny type sundheds-

mæssig funktionsundersøgelse omkring 7.klassetrin, bl.a. med henblik på at erkende forhold med hensyn til risiko for opståen af hjerte-kar-lidelser, afvigende kondition, afvigelser med hensyn til bevægeapparatets struktur og funktion m.v. Udvalget finder dog ikke grundlag for at gøre noget sådant obligatorisk.

En sådan funktionsundersøgelse kunne forstages ved et samarbejde mellem skolelæge, sundhedsplejerske, klasselærer og idrætslærer og primært i form af gruppeundersøgelser. Undersøgelsen tænkes ikke foretaget i skolesundhedstjenestens lokaler, men i gymnastiksal, klasseværelse, idrætsbane eller lignende. Eventuelt kunne man indftre en "sundhedsdag", som struktureres fast, således at klasselærer, idrætslærer, skolelæge, sundhedsplejerske sammen med børnene deltager i forskellige aktiviteter, der giver mulighed for såvel erkendelse af sundhedsmæssige problemer som ovenfor nævnt samt for en sundhedspædagogisk indsats i forbindelse hermed (69,73,75,80).

Sundhedsplejerskens samtaler og undersøgelser.

Gennem en fast årlig kontakt med hvert enkelt barn fra børnehaveklassen til 9. klasse, kan sundhedsplejersken opnå et kontinuerligt og indgående kendskab til det enkelte barns sundhedsmæssige situation.

I indskolings- *og* udskolingsfasen supplerer sundhedsplejersken skolelægens sundhedsmæssige funktionsundersøgelse, og i de mellemliggende år (l.-8.klassetrin) får sundhedsplejersken det primære ansvar for gennem regelmæssige kontakter med eleverne og lærerne at identificere ikke erkendte sundhedsproblemer blandt skolebørnene og inddrage skolen og skolelægen i fornødent omfang med henblik på yderligere undersøgelser og indsats.

De rutinemæssige højde- og vægtmålinger begrænses til 2 undersøgelser med mindst l/2 års mellemrum i børnehave- og 1. klasse (eventuelt 2. klasse)

Undersøgelsen af hørelsen begrænses ligeledes til indskolingsfasen og udskolingsfasen i form af rutineundersøgelse i børnehaveklassen (eventuelt 1. klasse) og i 9. klasse.

Synsundersøgelser gennemføres fortsat hvert år suppleret med farvesansundersøgelse i børnehaveklasse(eventuelt 1.klasse) og i 9.klasse.

Herudover foreslås det, at sundhedsplejersken årligt foretager en sundhedsorienteret samtale med den enkelte elev, som berører eventuelle fysiske problemer(syn, hørelse, vægt etc.), psykosociale vanskeligheder, intellektuelle, følelsesmæssige og sociale funktioner, sprog, bevægeapparatets funktion, levevaner, sundhedsadfærd m.v. Før den sundhedsorienterede samtale udleveres et spørgeskema til hver enkelt elev i den pågældende klasse. Skemaet skal ud-

fyldes af elevens hjem og returneres til sundhedsplejersken inden samtalen. Sundhedsplejersken bør inden samtalen desuden gennemføre en konference med klasselæreren, hvorved denne kan gøre opmærksom på eventuelle problemer af fysisk, psykisk eller social art hos eleverne.

På baggrund af de indhentede oplysninger samt samtalen og undersøgelsen giver sundhedsplejersken umiddelbart eller ved en senere kontakt vejledning individuelt eller i grupper og drøfter eleverne med skolelægen og i fornødent omfang med klasselæreren og andre relevante instanser med henblik på yderligere undersøgelser og løsning af erkendte problemer.

Samtalernes ferm og indhold vil være afhængig af de pågældende børns klassetrin og særlige problemer. Således vil det være naturligt omkring 4.-7. klassetrin at inddrage forhold i relation til pubertetsudviklingen og på 7.-9. klassetrin sundhedsmæssige forhold i relation til uddannelses- og erhvervsvalg.

Yderligere sundhedsrelevante forhold vil kunne inddrages i sundhedsplejerskens undersøgelse *og* samtaler, såfremt der er interesse og ressourcer til stede. Det kan f.eks. være måling af blodtryk eller kondition med efterfølgende sundhedspædagogiske aktiviteter omkring hjerte-kar-sygdomme m.v.

I nedenstående skema 5»b. gives en oversigt over det nuværende og foreslåede screeningsprogram for hvert enkelt klassetrin.

Skema 5.b.

Program for screeningsundersøgelse.

- forslag og **hidtidige** undersøgelser.

Klassetrin	Sundhedsorienteret samtale v/sundhedsplejerske.	Sundhedsorienteret funktionsundersøgelse v/skolelæge	Vægt v/sundhedsplejerske	Højde v/sundhedsplejerske	Syn v/sundhedsplejerske	Farvesyn v/sundhedsplejerske	Hørelse v/sundhedsplejerske
Børnehaveklasse	x	o x	o x	o x	o x	x	o x
1.	x	o (x)	o x	o x	o x	(x)	o (x)
2.	x	o	o(x)	o (x)	o x		o
3.	x		o	o	o x		o
4.	x		o	o	o x		o
5.	x	o	o	o	o x	o	o
6.	x		o	o	o x		o
7.	x		o	o	o x		o
8.	x		o	o	o x		o
9.	x	o x	o	o	o x	x	o x

x forslag

(x) udføres kun, hvis eleven ikke er undersøgt i børnehaveklasse

o nuværende undersøgelser

Uddannelsesmæssige konsekvenser.

Såfremt screeningsundersøgelserne ændres som ovenfor anført vil det medføre ændrede uddannelseskrav til såvel skolelæger som sundhedsplejersker.

Som krav til læger, der ønsker ansættelse som skolelæge, må sættes en mere børneorienteret lægelig uddannelse (ved børneafdeling, børnepsykiatrisk afdeling og lignende). Kursus i skolesundhedstjeneste bør udbygges specielt med hensyn til sundhedsmæssige funktionsundersøgelser.

Tilsvarende stilles ændrede krav til sundhedsplejerskernes uddannelse både med hensyn til uddannelsen ved sygeplejerskehøjskolen samt hvad angår tidligere ansættelser.

Vedrørende uddannelsesmæssige konsekvenser af en ændret skolesundhedstjeneste som helhed henvises til kapitel VIII.

5.5. Sundhedspædagogik og rådgivning

Betydningen af en øget sundhedspædagogisk indsats, ikke mindst i skolen, er kraftigt fremhævet i betænkningen om prioritering i sundhedsvæsenet (nr. 809/1977). Begrebet sundhedspædagogik bruges imidlertid i dag ofte ret tilfældigt, og navnlig anvendes udtrykket ofte som et synonym for sundhedsvejledning, sundhedsrådgivning, sundhedslære, sundhedsopdragelse m.v.

Det nye i sundhedspædagogik i forhold til tidligere begrebsdannelser omfatter flere forhold. Den sundheds- og sygdomsopfattelse, som ligger bag ved den nye begrebsdannelse, er karakteriseret ved, at sundhed ikke opfattes som noget statisk, men som et dynamisk samspil mellem det enkelte menneske og dettes samlede livsvilkår. Det erkendes således, at såvel det enkelte menneskes kræfter eller ressourcer som de mange miljømæssige påvirkninger, som det enkelte menneske udsættes for (bolig, arbejdsmiljø, familiemiljø, nærmiljø, skolemiljø m.v.),spiller en rolle.

I en sundhedspædagogisk sammenhæng er det afgørende, at det enkelte individ bliver bevidst om de forhold, som påvirker sundhedstilstanden, - og altså forstår, at der er tale om et samspil som anført. Begreber som kropsbevidsthed, miljøbevidsthed m.v. indtager derfor en nøglerolle i sundhedspædagogisk sammenhæng.

Den hidtidige sundhedsoplysning har i vid udstrækning bygget på den antagelse, at når der blev meddelt viden, ændredes holdningen, og når holdningen blev ændret, førte dette atter til ændringer i adfærden. Dette har igen ført til en relativ passiv formidlingsform af eksisterende viden. At disse sammenhænge ikke er umiddelbart holdbare fremgår bl.a. af, at store dele af befolkningen ryger på trodi3 af, at næsten alle ved, at det er sundhedsskadeligt at ryge. Forsøg på at ændre holdning og adfærd med henblik på fremme af sundhed, bør ske under hensyntagen til den faktiske foreliggende viden om, hvorledes holdninger og adfærd udvikles og ændres.

Den nye sundhedspædagogiske udvikling har inkorporeret denne viden i sit metodegrundlag. Det drejer sig således ikke blot om at meddele viden, men også om at iværksætte aktiviteter, der øger bevidstheden om samspillet mellem det

enkelte barn og de sundhedsfremmende og sundhedsskadelige påvirkninger, det udsættes for.

Formålet med en sundhedspædagogisk indsats i folkeskolen er flersidigt. For det første er det målet at give den enkelte elev mulighed for at erkende sin egen sundhedsmæssige situation. Endvidere er det målet at opdyrke den fornødne bevidsthed om, hvilke forhold der spiller en rolle for at opnå en god sundhedsmæssig udvikling. Den enkelte elev må således indgå i undervisningssituationer og aktiviteter, hvorigennem man dels opnår at den enkelte elev oplever et medansvar for sin egen sundhedstilstand, men også oplever, at man kan gøre noget sammen med andre for at ændre livsvilkårene med henblik på at fremme sundheden.

Sundhedspædagogikken bør derfor integreres i skolens og elevernes daglige liv.

Tages udgangspunkt i det i kapitel IV anførte, må det konstateres, at danske skolebørn har en god sundhedstilstand, men ikke nær så god, som man ofte forestiller sig. Ifølge de i afsnittet refererede undersøgelser er de talmæssigt mest dominerende sundhedsproblemer hos skolebørn følgende:

Sansedefekter (syn og hørelse).
Ryglidelser.
Hudlidelser.
Andre legemlige sygdomme.
Psyko-somatiske symptomer.
Motoriske problemer.
Psykiske problemer.
Tale-, sprog- og faglige problemer.
Familiære (sociale og psykiske) problemer, herunder pasningsproblemer.

Samtidig viser arbejdsmiljøundersøgelser, at en stor procentdel af arbejdere og funktionærer har følgende sygdomssymptomer:

Rygsmerter.
Stress-symptomer.
Hovedpine.
Nedsat hørelse.
Eksem.

Der er i høj grad sammenfald mellem de symptomer, gener eller sundhedsproblemer, som eleverne i skolerne henvender sig med, og de symptomer, der forringer de voksnes tilværelse, og som med årene udvikler sig til sygdomme, invaliditet og dødsårsager, hvis der ikke gribes ind i tide, bl.a. ved en sundhedspædagogisk indsats.

Går man tagom sygdoms- og funktionsproblemerne, som typisk rummer flere årsager samtidig, er der nok grund til at fremhæve, at der ved en stor del af de sygdomme og helbredsproblemer, der i dag præger sygdomsbilledet i såvel børne- som voksenalderen, er tale om såkaldte livsstils- eller adfærdssygdomme. Med dette udtryk ønsker man at fremhæve betydningen af de almindelige levevilkår, d.v.s. den måde man indretter familiemiljøer, boligmiljøer, arbejdsmiljøer, skolemiljøer m.v. Det er disse forhold samt andre forhold som luft- og vandforurening, støjproblemer, tilsætningsstoffer til madvarer o.s.v. en sundhedspædagogisk indsats retter sig imod,

Den eksisterende sundhedspædagogiske aktivitet i skolen.

Hvis man kort skal se på den sundhedspædagogiske aktivitet, der i dag finder sted i folkeskolen, så må det konstateres, at der såvel for lærerpersonalet som for personalet inden for skolelægeordningen i et vist omfang er fastsat formelle bestemmelser i vejledninger og retningslinier, om at der skal ydes sundhedsoplysning i tilslutning til deres virksomhed.

For lærernes vedkommende er sundhedslære nu et obligatorisk emne med selvstændig undervisningsvejledning (nr. 20/1976).

For skolelægernes vedkommende fremgår funktionen af skolelægebekendtgørelsens § 2, stk.2, samt af de vejledende retningslinier for tilrettelæggelse af skolelægeordningen. Den sundhedspædagogiske funktion har desuden altid været et vigtigt led i sundhedsplejerskens arbejde, således som dette er beskrevet i retningslinierne for tilrettelæggelse af sundhedsplejerskeordninger.

Lærerens og skolelægens sundhedsoplysende virksomhed foregår meget forskelligt fra sted til sted, og er meget afhængig af, hvornår tid og lejlighed gives. Problemerne er her manglende tid, dårlige muligheder for samarbejde, manglende egnede materialer og for klasselærerens vedkommende tillige ofte manglende kendskab til sundhedsproblemer.

Sundhedsplejerskerne har hovedsageligt givet sundhedsvejledning i skolelægeordningens lokaler, når eleverne har været til undersøgelse eller har henvendt sig om sundhedsproblemer. Efter at sundhedslæren er blevet et obligatorisk emne i skolen, har sundhedsplejersken i stigende omfang haft konsulentfunktioner overfor læreren, når sundhedsemner er blevet behandlet i en klasse. Mulighederne for en sådan konsulentrolle har imidlertid været snævert forbundet dels med normeringen, dels med den pågældendes uddannelse, idet funktionen er blevet forsømt eller direkte bortfaldet i takt med stigende elevtal, eller hvis den ansatte ved skolesundhedsplejen ikke har haft en sundhedsplejerskeuddannelse.

Sammenfattende må det nok konstateres, at den sundhedspædagogiske virksomhed i skolen primært har karakter af traditionel sundhedsoplysning og generelt er af ret spredt og tilfældig karakter. Egentlige målrettede sundhedspædagogiske fremstød på en skole hører stadig til undtagelserne.

Om de igangværende bestræbelser henvises iøvrigt til det under afsnit 1.3. nævnte initiativ til drøftelse af mulighederne for en øget sundhedspædagogisk indsats i folkeskolen.

Tilrettelæggelse af sundhedspædagogisk indsats i skolen.

Før det skitseres, hvilke elementer en hensigtsmæssig sundhedspædagogisk indsats i skolen efter udvalgets opfattelse bør indeholde, skal sundhedspædagogikkens forhold til forskellige områder eller fag i skolen kort nævnes. De fag, der først og fremmest er tale om er sundhedslære og biologi, hjemkundskab, idræt og det valgfrie fag barneple.je. Desuden har sundhedspædagogikken berøringsflader til fagene arbejdskendskab og erhvervsorientering.

Sundhedslærens nære relation til sundhedspædagogikken er indlysende. Det kan dog efter udvalgets opfattelse diskuteres, om den vægtning, der er givet de enkelte områder i undervisningsvejledningen, er hensigtsmæssig.

Faget hjemkundskab giver eleverne viden om kostsammensætning, og er derfor en nødvendig forudsætning for en sundhedspædagogisk indsats vedrørende kost- og andre levevaners betydning for et sundt liv.

Erhvervsorientering og arbejdskendskab er af væsentlig betydning for elevernes forståelse for og viden om arbejdslivets betingelser og dermed deres forudsætninger for at kunne vurdere sammenhængen mellem arbejdsforhold og egen og andres sundhed.

Også i faget samtidsorientering vil det være både ønskeligt og hensigtsmæssigt at inddrage sundhedsproblemer i forbindelse med drøftelse af emner som forurening, energiformer, byplanlasgning, trafikproblemer o.s.v.

Det er karakteristisk for de nævnte fag og emner, at de fungerer som en slags værktøjsfag for sundhedspædagogikken. Fagene er i deres nuværende udformning overvejende vidensformidlende, idet der i mange tilfælde ikke forudsættes nogen personlig holdning eller stillingtagen til emnerne. Udvalget ser sig ikke i stand til at gå ind i en nasrmere diskussion om hensigtsmæssigheden af forskellige pædagogiske metoder, men skal alene konstatere, at formålet med en sundhedspædagogisk indsats på længere sigt er en holdningsændring overfor de faktorer, der er med til at true eget og andres helbred.

I forbindelse med spørgsmålet om sundhedspædagogikkens relation til de eksisterende fag og emner har udvalget drøftet, om man burde anbefale indførelse af sundhedspædagogik som et obligatorisk fag. Det er imidlertid udvalgets opfattelse, at en sundhedspædagogisk indsats mest hensigtsmæssigt gennemføres inden for de enkelte emneområder, der er af betydning for skabelsen og løsningen af sundhedsproblemer. Heraf følger, at den ansvarlige for den sundhedspædagogiske indsats for så vidt angår valg af emner, form, varighed og eventuel efterbehandling altid bør være klasselæreren eller faglæreren.

Efter udvalgets opfattelse indtager skolesundhedstjenestens personale først og fremmest en konsulentrolle vedrørende sundhedspædagogik i undervisningen. Der kan peges på følgende hovedfunktioner:

- Igangsætter og initiativtager til behandling af både generelle og lokale sundhedsmæssige problemer (f.eks. mobning, drikkeri, stofmisbrug, indeklima).

- Bistand ved planlægning af sundhedspædagogiske aktiviteter (emnedage, feature-uger, enkelttimer, fremskaffelse af oplysningsmateriale).

- Medvirken i undervisningssituationen (læge/sundhedsplejerske indgår lejlighedsvis i en 2-lærerfunktion efter forudgående konference med læreren, eller de orienterer sammen med klasselæreren særlige elevgrupper, som derefter behandler emnet i klassen).

- Medvirken ved spørgeskema-undersøgelser, interviews o.l.

En forudsætning for en effektiv sundhedspædagogisk indsats er efter udvalgets opfattelse, at der gennem et hensigtsmæssigt tværfagligt samarbejde erhverves en vis viden om samarbejdspartnernes arbejdsfelt. Skolesundhedstjenesten repræsenterer naturligvis først og fremmest en viden på eget fagområde, men det bør tilstræbes, at dens personale også har viden om pædagogiske processer og funktioner., Om det øgede tværfaglige samarbejde henvises iøvrigt til afsnit 5.6.

Omvendt må udvalget anbefale, at der også i de regelsæt, der gælder for skolesundhedstjenestens samarbejdspartneres virksomhed, herunder navnlig lærerne og skolepsykologisk rådgivning, lægges tilsvarende vægt på et sådant samarbejde.

Man skal endvidere understrege vigtigheden af, at de emner, der behandles i undervisningssituationen, behandles tværfagligt. Som eksempel herpå kan nævnes, at man i samme periode kan arbejde med kroppens funktion i idræt, kroppens funktion og opbygning i biologi, kroppens behov i ernæringsmæssig henseende

i hjemkundskab, ligesom man i matematik kan udregne forhold, der har med kroppen at gøre. Skolesundhedstjenestens medvirken i en sådan emneorienteret undervisning vil være helt naturligt. Udvalget finder endelig grund til at påpege betydningen af, at eleverne erhverver en generel kritisk holdning både til baggrunden for sundhedsproblemers opståen, men også til ensidig sundhedspropaganda.

Udvalget har overvejet, hvorledes det vil være muligt at støtte øget tværfagligt samarbejde bl.a. med henblik på at fremme en hensigtsmæssig sundhedspædagogisk indsats.

Som det fremgår af afsnit 7.3., stiller udvalget forslag om, at der gives mulighed for oprettelse af skolesundhedsudvalg, der bl.a. skal have rådgivende indflydelse på den sundhedspædagogiske indsats på den enkelte skole. Om skolesundhedsudvalgets oprettelse og virksomhed henvises iøvrigt til det nævnte afsnit.

Sundhedspædagogik i uddannelsessammenhæng.

I kapitel VIII er nærmere redegjort for de fremtidige krav til uddannelsen af personalet inden for skolesundhedstjenesten. Udvalget finder dog grund til generelt at understrege betydningen af, at sundhedspædagogik integreres i grunduddannelserne, både for skolesundhedstjenestens personale og lærerne. Udvalget er bekendt med, at en arbejdsgruppe under Forebyggelsesrådet for tiden bl.a. er ved at undersøge, i hvilket omfang sundhedspædagogik indgår i uddannelsessystemerne. Undersøgelsen skal danne grundlag for en samlet indstilling fra arbejdsgruppen til Forebyggelsesrådet, og udvalget skal hermed påpege den meget centrale placering skoleelever indtager i forbindelse med en øget sundhedspædagogisk indsats i samfundet som helhed.

Da udvalget erkender, at en ønskelig integration af sundhedspædagogikken i de nævnte uddannelser formentlig først vil kunne ske på noget længere sigt, skal man anbefale, at der i de etablerede efteruddannelsessystemer for de enkelte personalegrupper lægges vægt på at give mulighed for en effektiv sundhedspædagogisk efteruddannelse. Man skal i den forbindelse pege på muligheden for deltagelse i sundhedspædagogiske kurser, der kvalificerer til voksenundervisning i emnet. Sådanne kurser vil eventuelt kunne tilrettelægges således, at de specielt fokuserer på sundhedspædagogik i skolen, og derved være særlig relevant for skolesundhedstjenestens personale og lærerpersonalet.

Sundhedspædagogisk materiale.

En del af den sundhedspædagogiske indsats i folkeskolen fordrer særligt materiale, enten som instruktion for læreren eller til brug for eleven. Udvalget har ikke

fundet at kunne gå ind i en diskussion af, hvorledes udarbejdelse og distribution af sådant materiale mest hensigtsmæssigt tilrettelægges.

Udvalget skal dog anbefale, at det generelt overvejes, hvorvidt den eksisterende udarbejdelse og distribution af sundhedspædagogisk materiale i skolen fungerer tilfredsstillende.

Udvalget erkender, at man står over for et større udviklingsarbejde for at få den sundhedspædagogiske indsats virkeliggjort i fornødent omfang i skolen. Udvalget skal derfor anbefale, at der forskellige steder arbejdes videre med problemet, således bl.a.

- i den sundhedspædagogiske arbejdsgruppe under Forebyggelsesrådet,
- i efteruddannelsen af skolelæger og sundhedsplejersker,
- i seminarielæreruddannelsen, specielt udvalget til revision af de pædagogiske fag i læreruddannelsen (LR 80).

5.6. Tværfagligt samarbejde

Det ændrede sygdomsmønster i befolkningen stiller øgede krav til tværfagligt samarbejde omkring den forebyggende indsats. Der er en øget forståelse for det samspil af faktorer, som medfører sygdom, og dermed for nødvendigheden af at inddrage flere faggrupper i det forebyggende arbejde.

Skolesundhedstjenestens placering i skolens miljø samtidig med en administrativ tilknytning til social- og sundhedsforvaltningen giver skolesundhedstjenestens personale en nøgleposition, hvad angår det sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende arbejde blandt skolebørn. Som det fremgår af beskrivelserne af de enkelte funktionsområder, forudsætter skolesundhedstjenestens virksomhed et tæt samarbejde såvel mellem skolesundhedstjenestens eget personale, med de mange grupper, som har direkte tilknytning til skolen samt med en række instanser i det øvrige lokalsamfund.

Det drejer sig dels om rutinemæssige tværfaglige konferencer i relation til indskolingsfasen, årlige kontakter i relation til sundhedsplejerskens sundhedsorienterede samtaler, individorienterede samarbejdsrelationer omkring elever med særlige sundhedsmæssige behov samt generelt samarbejde i relation til sundhedspædagogisk og miljøorienteret indsats.

Under beskrivelsen af skolesundhedstjenestens forskellige funktioner er en række konkrete samarbejdspartnere nævnt. Man kan naturligvis ikke give en udtømmende beskrivelse af de personalegrupper og instanser, som kan blive ind-

draget i det forebyggende arbejde omkring skolebørnene, men følgende grupper vil særlig hyppigt komme på tale:

a. skolens ledelse
b. skolens lærere
c. skolepsykologisk rådgivning
d. børnetandplejen
e. den alment praktiserende læge
f. fysio- og ergoterapeuter
g. den øvrige social- og sundhedsforvaltning, herunder fritidshjem
h. arbejdsformidlingen
i. embedslægeinstitutionen.

Opbygningen af samarbejdet afhænger af de lokale muligheder, herunder skolestørrelse og -beliggenhed, faglige ressourcer i og omkring skolen, sundhedsmæssige forhold og problemer m.v.

Der skal her peges på muligheden for oprettelse af et skolesundhedsudvalg ved den enkelte skole (se afsnit 7.3.), hvor en række grupper med relation til skolens virksomhed er repræsenteret, og hvor samarbejdsrelationer og -problemer kan diskuteres.

Man må således opfordre til, at lokale instanser og faggrupper ved initiativer og aktiviteter, som har relation til sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme blandt skolebørn, inddrager skolesundhedstjenestens personale i dette arbejde.

Tilsvarende opfordres administrative myndigheder til ved udformning af regelstof for arbejdet med børn og unge at vurdere og beskrive behovet for at inddrage skolesundhedstjenesten i et samarbejde med de pågældende instanser og faggrupper.

5.7. Børn med behov for særlige sundhedsmæssige foranstaltninger

Skolesundhedstjenesten omfatter alle børn i undervisningspligtig alder og skal generelt tilpasse sin indsats efter det enkelte barns sundhedsmæssige behov. For en række grupper vil det være nødvendigt med en særlig forebyggende indsats for at forhindre sygdommes opståen eller afværge negative konsekvenser af tilstedeværende sygdomme og symptomer. Disse børn kan befinde sig i såvel folkeskolen og private skoler som i andre former for skoler (observationsskoler, heldagsskoler, undervisningscentre, skoler for børn med psykisk udviklingshæmning m.v.).

Man kan opdele børn med behov for særlige sundhedsmæssige foranstaltnin-

ger i to hovedgrupper, nemlig a) børn med særlig risiko for udvikling af sygdom og b) børn med kroniske sygdomme og handicap.

Ad a) Børn med særlig risiko for udvikling af sygdom.

Blandt mange tilsyneladende sunde børn kan man konstatere en række forhold, som kan have sammenhæng med udvikling af sygdom. Som nævnt i kapitel IV kan det dreje sig om forhold, som er karakteristiske for store grupper af befolkningen, men som har vist sig at forøge risikoen for udvikling af sygdom i forhold til andre børn.

Som eksempler på sådanne forhold i og omkring det enkelte barn kan nævnes:

Fysiske forhold. Børn med hyppige infektionssygdomme, forhøjet fedtindhold i blodet, forhøjet blodtryk, afvigende vækstforhold, overvægt, dårlig holdning og almentilstand m.v.

Psykiske eller psykosomatiske symptomer. Børn med ufrivillig vandladning, ukarakteristisk træthed, hovedpine, mavepine m.v.

Forsinket udvikling. Børn med forsinket sproglig eller intellektuel udvikling, børn med dårlig udviklet motorik og sanseapparat.

Adfærdsforstyrrelser. Urolige og ukoncentrerede børn, børn med kontaktvanskeligheder, hyppigt skolefravær m.v.

Sociale belastninger og sociale ændringer. Børn fra hjem med utilstrækkelige hjemlige ressourcer eller disharmonisk familieliv, kulturelle mindretal, tab af familiemedlem, bolig- og skoleskift m.v.

Det er karakteristisk, at man ofte vil finde flere sådanne risikofaktorer til stede samtidigt hos det enkelte barn, hvorved behovet for en særlig forebyggende indsats øges yderligere.

Ad b) Børn med kroniske sygdomme og handicap.

En del børn i normalskolen vil være præget af mere eller mindre alvorlige kroniske sygdomme og handicap, som har konsekvenser for barnets skolesituation.

Som eksempler på sådanne tilstande kan nævnes børn med fysiske handicap, som kan være usynlige (sukkersyge, epilepsi, allergiske lidelser, syns- og hørenedsættelse m.v.) eller synlige, motoriske handicap (let spasticitet, følger efter ulykkestilfælde, lammelser m.v.). Der kan også være tale om børn som er integreret i folkeskolen med psykiske handicap og psykosomatiske lidelser.

På undervisningscentrene befinder sig oftest normalt begavede, men svært han-

dicappede børn, enten med et specifikt handicap eller med multihandicap (cerebral parese(hjerneskade),bevægelseshæmning,hørenedsættelse,svagsyn m.v.).Vedrørende denne børnegruppe råder skolen ofte over specialkonsulenter (høre-tale-synskonsulenter, fysioterapeuter, ergoterapeuter, speciallæger m.v.), men skolesundhedstjenestens personale har en væsentlig funktion som koordinerende led på baggrund af en sundhedsfaglig helhedsopfattelse af det enkelte barns situation.

Endelig må nævnes de psykisk udviklingshæmmede børn, som hidtil først og fremmest har befundet sig i åndssvageforsorgens egne skoler. Med den stigende integration er der sket en udflytning af visse af disse børnegrupper til såkaldte satellitklasser i tæt kontakt med normalskolen.

En særlig gruppe udgøres af børn, som på grund af deres fysiske eller psykiske tilstand iflg. folkeskolelovens § 19 får specialundervisning enten i folkeskolens regie eller i amtskommunal institution .

Endelig kan der være tale om hjemmeunderviste børn, som på begæring skal undersøges i samme omfang som skolebørn i den undervisningspligtige alder. Også disse børns situation kan give anledning til særlige sundhedsmæssige foranstaltninger.

Børnegruppen 0-6 år og 16-18 år.

Ifølge bekendtgørelsen om folkeskolens specialpædagogiske bistand til småbørn tilbydes specialpædagogisk bistand, hvis børnenes udvikling på grund af sprog- eller talevanskeligheder kræver en særlig hensyntagen eller støtte. Kræves en sådan særlig hensyntagen eller støtte af andre årsager kan der tilbydes specialpædagogisk bistand. Dette betyder,at alle handicapgrupper,og ikke kun sprog- og talehandicappede i aldersgruppen 0-6 år,efter gældende regler vil kunne komme i kontakt med skolepsykologisk rådgivning.

Som lægelig konsulent for skolepsykologisk kontor vil skolelægen kunne bidrage med en sundhedsfaglig indsats for sådanne småbørn, men det vil være ønskeligt, at kommunen generelt får mulighed for at anvende skolelægens kompetence som sundhedsfaglig rådgiver i relation til indsatsen over for småbørn med særlige sundhedsmæssige behov.

Tilsvarende opgaver synes at foreligge blandt børn og unge med særlige problemer, som er over den undervisningspligtige alder,idet folkeskolelovens § 3 siger, at der kan tilbydes specialundervisning til børn og unge fra 0-I8 år.Af § 3,stk.2,i folkeskoleloven fremgår det, at undervisningsministeren kan godkende, at der tilbydes elever, **hvis** udvikling kræver en særlig hensyntagen og støtte,

undervisning i 11 år. I sådanne tilfælde kan skolesundhedstjenesten efter beslutning i kommunen udvides til også at omfatte sådanne grupper.

Skolesundhedst.jenestens indsats.

På baggrund af oplysninger fra småbørnsalderen og de rutinemæssige undersøgelser i indskolingsfasen vil sundhedsplejersken og skolelægen kunne finde frem til børn med behov for særlige sundhedsmæssige foranstaltninger. Herudover vil skolens lærere, skolepsykologisk rådgivning, børnetandplejen, forældre og sociale og sundhedsmæssige instanser iøvrigt ved samarbejde med skolesundhedstjenesten kunne identificere de børn, som har behov for en særlig indsats. Sundhedsplejerskens årlige sundhedsorienterede samtaler vil desuden i løbet af skoleforløbet kunne danne udgangspunkt for identifikation.

I det omfang, der skønnes behov derfor, skal skolelægen foretage individuelle undersøgelser af sådanne særlige elevgrupper med henblik på diagnostik, kontrol og iværksættelse af de nødvendige foranstaltninger, herunder henvisning til relevante instanser. Hidtil har sådanne behovsundersøgelser omfattet ca. 25 *tfo* af børnene på de klassetrin, hvor der ikke i forvejen er obligatorisk lægeundersøgelse.

Hvor særlige forhold taler derfor, bør sundhedsplejersken have mulighed for at aflægge hjemmebesøg med henblik på at vurdere familiens samlede situation.

Vedrørende børn uden for folkeskolen må skolelægens og sundhedsplejerskens undersøgelsesprogram fastlægges efter nærmere aftale med den pågældende institutions personale. På grund af de særlige forhold på sådanne institutioner må det være rimeligt, at indenrigsministeriet efter forhandling med socialministeriet og sundhedsstyrelsen har mulighed for at fastsætte særlige krav til skolesundhedstjenesten.

I relation til de nævnte grupper af børn vil der ofte være behov for en særlig sundhedspædagogisk indsats. Det kan være overfor det enkelte barn eller en gruppe af børn med fælles problemer, men det kan også være overfor klassekammerater og pædagoger med henblik på at bibringe omgivelserne forståelse for problemet og "oversætte" medicinske forhold med henblik på en øget accept af børn med særlige problemer og forståelse for eventuelle særlige behov. Der kan være tale om fornøden hensyntagen og planlægning omkring undervisningssituationen, f.eks. hvad angår fysisk aktivitet i forhold til måltiderne hos børn med sukkersyge. Tilsvarende kan der være behov for orientering om behandling ved sygdomstegn, om nødvendige hensyn ved planlægning af lejrture, fødselsdagsarrangementer m.v.

Især omkring børn med motoriske handicap og børn med allergiske manifestationer må skolesundhedstjenesten inddrages ved indretningen af skolens fysiske miljø (placering af bevægelseshæmmede og børn med syns- og hørevanskeligheder, indretning af køreramper, hensigtsmæssig gulvbelægning, indretning af borde og stole m.v.).

Samarbejde og henvisning.

Arbejdet med børn, som har behov for særlige sundhedsmæssige foranstaltninger, kræver ofte en kvalificeret tværfaglig indsats. Skolepsykologisk rådgivning bør altid inddrages, såfremt der er behov for en særlig pædagogisk-psykologisk indsats, f.eks. med henblik på afgrænsning af pædagogiske og psykiske problemer overfor somatiske og psykosomatiske lidelser.

Skolesundhedstjenesten bør altid holde den alment praktiserende læge orienteret 03 skolebørn, som frembyder særlige sundhedsmæssige problemer, og ved behov for yderligere undersøgelser og behandling henvises normalt til den alment praktiserende læge. Skolesundhedstjenestens personale bør påse, at henvisning til den alment praktiserende læge efterkommes, og såfremt det ikke sker, underrette familien om betydningen heraf - eventuelt ved hjemmebesøg af sundhedsplejersken.

Henvisninger til skolepsykologisk kontor skal altid påtegnes af skolelægen, således at en sundhedsfaglig vurdering er sikret inden en pædagogisk-psykologisk indsats iværksættes.

Ifølge bistandsloven (§§ 19>2o og 32) skal social- og sundhedsforvaltningen altid underrettes, såfremt skolesundhedstjenesten skønner, at der er behov for sociale og sundhedsmæssige foranstaltninger overfor barnet eller dettes familie. Dette bør naturligvis så vidt muligt ske efter orientering af familien. Der kan være særlige tilfælde, når barnets velfærd er truet, hvor det er nødvendigt at indberette på trods af familiens ønsker.

Ifølge bistandslovens § 42 skal social- og sundhedsforvaltningen ligeledes underrettes, hvis der i udskolingsfasen skønnes behov for hjælp til uddannelse og erhvervsmæssig optræning.

5.8. Smitsomme sygdomme og vaccinationer

Indsatsen overfor smitsomme sygdomme udgør et naturligt led i skolesundhedstjenestens forebyggende arbejde. Hvad angår tuberkuloseundersøgelser fremgår det af den hidtidige lov om skolelægeordning, at skolelægen i samarbejde med

en lungeklinik skal tuberkuloseundersøge alle børn, der går i skole (§ 2). Ifølge sundhedisstyrelsens hidtidige vejledende retningslinier for skolelægeordningen lader skolelægen foretage tuberkulinprøver med mindre anden aftale er truffet med lungeklinikken, og skolebørn som reagerer negativt herpå, tilbydes calmettevaccination ved lungeklinikkens foranstaltning. Under hensyntagen til tuberkulosens reducerede omfang og alvor, finder udvalget det ikke rimeligt at anvende skolesundhedstjenestens begrænsede ressourcer til en videreførelse af det nuværende tuberkuloseprogram. Man foreslår derfor, at bestemmelserne for den nuværende skolelægeordning vedrørende tuberkuloseundersøgelser af skolebørn ophæves.

Skolelægen haor desuden hidtil kunnet foretage vaccination mod difteri, stivkrampe og børnelammelse på elever, som ikke har været færdigvaccinerede, og som ikke har efterkommet henvisning fra skolelægen og fået vaccinationen foretaget hos egen læge. Endelig har skolelægen haft særlige forpligtelser ved forekomst af smitsomme sygdomme i skolerne fastlagt i indenrigsministeriets bekendtgørelse af 15.oktober 1976 om skolernes forhold i tilfælde af smitsomme sygdomme.

Der er for øjeblikket et arbejde i gang i sundhedsstyrelsen vedrørende foranstaltninger overfor smitsomme sygdomme i skolerne og vedrørende vaccinationstilbud i skolealderen. Herander drøftes behovet for iværksættelse af en indsats overfor røde hunde i form af antistofmåling og vaccinationstilbud til piger, som ikke tidligere har haft røde hunde (se afsnit 5.4.). Udvalget finder det rimeligt at involvere skole3undhedstjenssten, såfremt et sådant program indføres, men må gøre opmærksom på, at der naturligvis i så fald må afsættes de fornødne ressourcer hertil.

Skolesundhedstjenesten vil fortsat være et naturligt led i den forebyggende indsats overfor smitsomme sygdomme i skolealderen, men den nærmere fastlæggelse af omfanget og indholdet af denne indsats må afvente ovennævnte arbejdes afslutning.

5.9. Skolehygiejniske forhold

I de hidtidige vejledende retningslinier for skolelægeordningen er skolelægens forpligtigelser i relation til kontrollen med de hygiejniske forhold i skolen fastlagt. Udvalget har anset det for hensigtsmæssigt at skolelægen fortsat er ansvarlig for tilsynet med de hygiejniske forhold i skolerne. Skolens ledelse og lærerstab har i skolelægen en lokal konsulent i institutionshygiejniske spørgsmål med embedslægeinstitutionen som skolelægens faglige rådgiver.

Skolen må betragtes som børnenes daglige arbejdsplads, og det vil være en naturlig opgave for skolelægen at kortlægge fysiske og kemiske skolemiljø-faktorer af betydning for skolebørnenes sundhed og tilrettelægge den nødvendige indsats sammen med skolens ledelse. *Én* gang årligt bør der foretages en samlet vurdering af skolemiljøet af skolelægen sammen med skolens leder.

Som eksempler på forhold i skolemiljøet, der har direkte eller indirekte betydning for sundhed *og* sikkerhed kan nævnes:

a) Extern miljøhygiejne. Skolens udearealer, udendørs opholdssteder i frikvarterer og under sportsudøvelse, renovationsforhold m.v.

b) Bygningshygiejne. Dimensionering og opdeling af bygninger, indretning af toiletter, omklædningsrum, klasseværelser, gymnastiksal, gang- og trappearealer m.v., byggematerialer, beklædning af *vægge,* gulve og lofter, isolationsforhold, tæppebelægninger, renholdelse af skolerne m.v.

c) Indeklimahygiejne. Temperatur, fugtighed, ventilation, lys, lyd, støv, lugt m.v.

d)Idxæt_sinedicinske og ergonomiske forhold. Sportsudøvelse og anden fysisk belastning, svømmeanlæg, anvendelse af skolemøbler, gymnastikredskaber og andet inventar, indretning af sportsanlæg og skolegård m.v.

e) Drikkevandshygiejne. Lednings- og fordelingssystemer, drikkevandskvalitet m.v.

f) Levnedsmiddelhygiejne *og* ernæringshygiejne. Fremstilling, forarbejdning og forhandling af levnedsmidler, hygiejniske forhold vedrørende børnenes spisepladser, skolekantine, de af skolen formidlede fødemidler, ernæringshygiejnisk rådgivning m.v.

g) Ulykkesforebyggelse.

Som hidtil bør skolelægens erklæring indhentes i alle sager vedrørende skolens hygiejniske forhold, inden den stedlige myndighed træffer afgørelsen. Embedslægeinstitutionen bør altid inddrages ved at skolelægens,eller eventuelt skoleoverlægens »erklæring bliver fremsendt gennem embedslægeinstitutionen.

5.10. Andre funktioner

Udvalget har ikke fundet grund til at ændre skolelægens forpligtigelser i relation til fritagelse for idræt. Skolelægen bør som hidtil kunne meddele hel eller delvis fritagelse for deltagelse, hvis skolelægen har kendskab til

sygdomme eller handicap, som måtte berettige til en sådan fritagelse. Skolelægen skal i så fald underrette elevens sædvanlige læge om fritagelsen. Af undervisningsministeriets cirkulære af 8. april 1959 om fritagelse for deltagelse i legemsøvelser fremgår iøvrigt hvilke regler, der gælder herfor.

Udvalget har ikke nøjere drøftet skolesundhedstjenestens fremtidige funktioner hvad angår rådgivning i svangerskabsforebyggelse, idet der for tiden foregår visse overvejelser om ændringer i de almindelige regler for tilbud om rådgivning på dette område.

I udvalgets forslag til bekendtgørelse (bilag D) er der dog åbnet mulighed for, at en kommunarbestyrelse kan træffe nærmere bestemmelse om, at skolesundhedstjenesten kan omfatte individuel vejledning i svangerskabsforebyggelse i de ældste klasser.

5. / 7. *Udbygget skolesundhedstjeneste tilpasset lokale forhold herunder konsulentfunktioner*

Udvalget har under sine drøftelser fundet det væsentligt at opnå en betydelig fleksibilitet i skolesundhedstjenestens tilrettelæggelse, således at der skabes muligheder for i den enkelte kommune at imødekomme lokale behov. Man har derfor, son ovenfor beskrevet, formuleret en række minimumskrav, som udvalget finder normalt må opfyldes overalt samt en række aktiviteter, som herudover kan tillægges inden for de forskellige funktionsområder, såfremt man i kommunen finder det ønskeligt og nødvendigt.

Udvalget har herunder drøftet hvorvidt det er ønskeligt, at skolesundhedstjenesten med sin sundhedsfaglige ekspertise på børneområdet og placering i primærkommunalt regie kan udnyttes som lokal konsulent for en række institutioner, som arbejder med børn og unge i kommunen.

Man har her beskrevet 2 hovedområder, hvor en sådan konsulentfunktion kunne udnyttes, nemlig

a) Den skolepsykologiske rådgivning og

b) Social- og sundhedsforvaltningen, daginstitutioner for børn og dagpleje.

Ad a) Skolepsykologisk rådgivning:.

Skolesundhedstjenesten og skolepsykologisk rådgivning vil på en række områder være naturlige samarbejdspartnere hvad angår børn i den undervisningspligtige alder. Som nævnt i afsnit 5.7. omfatter skolepsykologisk rådgivning imidlertid

i dag også børn og unge udover den undervisningspligtige alder, nemlig o-18-årige, hvis udvikling kræver en særlig hensyntagen eller støtte - for de 0-6-åriges vedkommende især på baggrund af sprog- eller talevanskeligheder.

Et flertal i udvalget finder det naturligt at udnytte skolesundhedstjenesten, specielt skolelægen, som konsulent for de skolepsykologiske rådgivningskontorer generelt og i enkeltsager, også før og efter den undervisningspligtige alder. Derved sikres en yderligere kontinuitet i det forebyggende arbejde blandt børn og unge samt et bredt samarbejde mellem relevante primærkommunale instanser på dette område. Det forudsættes naturligvis, at den alment praktiserende læge som hidtil inddrages efter behov, når individuelle sundhedsproblemer skal behandles.

Et mindretal i udvalget (Inge Johnsen og Erik May) finder, at man med skolelægernes uddannelsesmæssige baggrund kan gå ind for disses funktion som lægelig sagkyndige og konsulenter på ethvert område, hvor der inden for skolevæsenet er behov for lægelig rådgivning, herunder rådgivning til social- og sundhedsforvaltningen vedrørende skolebørn. Mindretallet tager imidlertid afstand fra flertallets forslag om lægelig konsulentvirksomhed på småbarnsområdet som et led i skolelægeansættelsen, idet en sådan virksomhed også vil kunne udøves af andre læger, herunder den alment praktiserende læge.

Ad b) Social- og sundhedsforvaltningen, daginstitutioner for børn og dagpleje.

Skolesundhedstjenestens arbejde med de undervisningspligtige børn vil i en række tilfælde gøre den øvrige social- og sundhedsforvaltning til en samarbejdspartner ved iværksættelse af særlige foranstaltninger overfor det enkelte barn og dets familie. Herudover anser udvalgets flertal det for hensigtsmæssigt, at der åbnes mulighed for, at kommunerne inden for den nuværende ressourceramme (se afsnit 6.1.) kan udnytte skolesundhedstjenestens kompetence i forvaltningens øvrige arbejde med børn og unge, hvor generelle eller individuelle problemer i relation til sundhed og sygdom skal vurderes og løses. Efter kommunens nærmere bestemmelser bør skolesundhedstjenesten kunne varetage en række rådgivende funktioner i den generelle planlægning og problemløsning på børne- og ungdomsområdet i social- og sundhedsforvaltningen samt i den individuelle sagsbehandling, hvor det findes ønskeligt. Undersøgelse, diagnostik og behandling af enkeltbørn bør i denne forbindelse naturligvis være skolelægen uvedkommende, idet der som sædvanligt må henvises til den alment praktiserende læge med henblik på sådanne opgaver.

Vuggestuer og børnehaver har i nogle år været uden lægeligt personale, og embedslægeinstitutionerne har i en vis udstrækning Tungeret som rådgiver i generelle og individuelle sundhedsmæssige spørgsmål. Der har imidlertid i mange tilfælde vist sig behov for en lokal lægelig konsulent med særlig indsigt i børns sundhedsmæssige forhold, og flertallet finder, at konniunerne bør have mulighed for at udnytte skolelægerne til varetagelse af sådanne konsulentfunktioner for disse institutioner i kommunen. Der tænkes her på generel sundhedsfaglig rådgivning f.eks. vedrørende smitsomme sygdomue, indretning af lokaler og løsning af problemer af sundhedsmæssig karakter, som opstår som led i daginstitutionernes virke. Det er naturligvis heller ikke her tanken, at skolelægen skal yde lægelig behandling ved sygdom i børneinstitutionerne. Også her er det som sædvanligt den alment praktiserende læge, som træder til.
Tilsvarende finder flertallet det hensigtsmæssigt, at skolelægen, såfremt der i kommunen skønnes behov herfor, kan fungere som lægefaglig konsulent for den kommunale dagpleje.

Som konsulent for daginstitutioner og dagpleje er det afgørende, at skolelægen efter behov samarbejder med den lokale sundhedsplejerske, som eventuelt også er skolelægens samarbejdspartner i skolesundhedsplejen, hvor sundhedsplejersken indgår i en kombineret ordning.

Flertallet finder det vigtigt, at man i den enkelte kommune nøje overvejer, hvilke sundhedsmæssige opgaver i relation til børn og unge, som især er påtrængende, og hvor skolesundhedstjenestens kompetence vil kunne udnyttes,selv ved en uændret ressourcetildeling til skolesundhedstjenesten er der efter udvalgets vurdering som nævnt muligheder for, at sådanne opgaver vil kunne løses i skolesundhedstjenestens regie. Der lægges vægt på de muligheder for lokal fleksibilitet og koordineret indsats på børne- og ungdomsområdet, som herved vil være skabt.

Et miniretal (Inge Johnsen og Erik May) er enige med udvalgets flertal i behovet for lægelig konsulentfunktion over for social- og sundhedsforvaltningen og påpeger, at dette allerede med den gældende ordning kan finde sted for børn og unge i skolealderen. Man er endvidere enige med udvalgets flertal i behovet for løsning af en række lægelige konsulentfunktioner i den generelle planlægning i social- og sundhedsforvaltningen på børne- og ungdomsområdet samt behovet for lægelig konsulentvirksomhed over for daginstitutioner for børn og unge, dagpleje m.v. Mindretallet finder dog ikke, at denne konsulentfunktion nødvendigvis skal sammenknyttes med skolesundhedstjenesten.

Et andet mindretal (i.Skov Jørgensen) anser skolelægens generelle konsulentfunktion i socialforvaltningen som en svækkelse af skolesundhedstjenestens funktioner i skolen.

Kapitel VI
Forskellige ressourcemodeller

Formålet med dette kapitel er at præsentere forskellige ressourcemodeller med henblik på politisk-økonomisk valg af forebyggende indsats overfor skolebørn. Modellerne er baseret på gennemsnitsbetragtninger. Der vil derfor være variationer kommunerne imellem.

I det foregående kapitel er beskrevet hvilke krav, der efter udvalgets opfattelse må stilles til en fremtidig skolesundhedstjeneste, der skal kunne sætte ind overfor de sundhedsproblemer, der er relevante for skolebørn. Udvalget har her taget sit udgangspunkt i den gældende skolelægeordning og har vurderet, hvorledes der ved omlægninger af og ændringer i de funktioner, der i dag varetages, kan sikres en hensigtsmæssig ordning. I udvalgets overvejelser konkluderes det, at det, for at opfylde de beskrevne minimumsfunktioner, fortsat vil være nødvendigt med medvirken fra såvel læger som sundhedsplejersker i skolesundhedstjenesten.

I det følgende er foretaget en vurdering af ressourceanvendelsen ved en omlægning og effektivisering af den eksisterende skolelægeordning som foreslået af udvalget, med henholdsvis uændret ressourceforbrug (o-løsning) og reduceret ressourceforbrug (minimumsmodel).

I begge disse modeller forudsættes medvirken af læger og sundhedsplejersker.

Uanset, at udvalget ikke kan anbefale en radikal ændring af strukturen i den gældende skolelægeordning ved afskaffelse eller væsentlig reduktion i nogle af ordningens personalegrupper, har udvalget i afsnit 6.2. givet en grov vurdering af de økonomiske og sundhedsmæssige konsekvenser, en hel eller delvis afskaffelse af læger eller sundhedsplejersker kan forventes at få.

6.1. Omlægning og effektivisering af den gældende ordning

Model 1. Uændret ressourceforbrug.

Under hensyntagen til ordlyden af udvalgets kommissorium har udvalget arbejdet

ud fra den forudsætning, at der ikke vil blive stillet øgede ressourcer til rådighed for skolesundhedstjenesten. Udvalget har på denne baggrund søgt at vurdere, hvorledes det inden for de eksisterende ressourcerammer, som er beskrevet i afsnit 2.5., vil være muligt at etablere en så hensigtsmæssig og effektiv skolesundhedstjeneste som muligt. I det følgende er derfor skitseret, med hvilken vægt de funktioner, som skolesundhedstjenestens enkelte personalegrupper fremover skal varetage, bør indgå i arbejdet. Som nævnt må det fremhæves, at der er tale om gennemsnitstal, der ikke uden væsentlige modifikationer vil kunne finde anvendelse for de enkelte ordninger. Dette gælder ikke mindst for sundhedsplejerskerne, hvor der er væsentlige udsving i børnetallet pr. fuldtidsansat sundhedsplejerske i de enkelte dele af landet, jf. nedenfor. På den anden side må det understreges, at de angivne tal er udtryk for udvalgets vurdering af, hvorledes en række relevante funktioner bør tilstræbes fordelt inden for den eksisterende ressourceramme.

Som tidligere omtalt finder udvalget følgende opgaver relevante for skolesundhedstjenestens personale:

1) Funktionsundersøgelse ved skolelæge ved ind- og udskoling.

2) Screening, herunder sundhedsorienteret samtale ved sundhedsplejerske.

3) Behovsundersøgelse ved skolelæge og sundhedsplejerske.

4) Sundhedspædagogiske aktiviteter ved skolelæge og sundhedsplejerske.

5) Forældresamarbejde, tværfagligt samarbejde m.v. ved skolelæge og sundhedsplejerske.

6) Skolehygiejnisk konsulentvirksomhed ved skolelæge.

7) Administrative opgaver, herunder statistikoplysning ved skolelæge og sundhedsplejerske.

8) Udvidet virksomhed efter lokalt behov dels inden for de ovenfor nævnte områder, dels ved konsulentvirksomhed fra skolelægens side.

a. Læger.

Der foreligger ikke mere omfattende undersøgelser af skolelægernes tidsforbrug fordelt på funktionskategorier. På skolelægeforeningens årsmøde i Eliested 1980 er imidlertid foretaget en stikprøve blandt 24 skolelæger, der blev bedt om at angive det procentvise tidsforbrug på en række nærmere opregnede funktioner. Det skal understreges, at der ikke er tale om en egentlig videnskabelig undersøgelse, hvorfor resultaterne må vurderes med stor forsig-

tighed. Det drejer sig således ikke om en repræsentativ undersøgelse, som umiddelbart kan siges at illustrere forholdene blandt samtlige skolelæger i Danmark. Desuden er der tale om et groft skøn fra de deltagende skolelægers side ved besvarelsen af skemaet.

Af de angivne svar fremgår det, at der er væsentlige variationer inden for de enkelte kategorier. Udvalget har imidlertid som udgangspunkt, i mangel af andet materiale, valgt at give en beskrivelse af de udregnede gennemsnitstal fra den nævnte undersøgelse som et groft fingerpeg ved vurderingen af forholdet mellem skolelægernes forskellige aktiviteter.

De deltagende skolelæger angiver i gennemsnit at anvende knap 5° *i*° af tiden til de obligatoriske helbredsundersøgelser og lidt under 2o % af tiden på behovsundersøgelser. Sundhedsoplysning, herunder foredrag, klasseundervisning og konsulentvirksomhed overfor lærere indtager en meget beskeden plads i besvarelserne, idet der alene er anvendt ca. 5 %. Tværfagligt samarbejde og kontakt med forældre i forbindelse med undersøgelser angives til gennemsnitlig ca. 25 *io* af arbejdstiden. Det er udvalgets opfattelse, at dette tal måske er lovligt højt sat, således som skolelægeordningen hidtil har fungeret med mange rutineundersøgelser. Endelig anslås der til en række mindre funktioner, herunder skolehygiejnisk tilsyn og visse administrative opgaver, at medgå ca. 5 *io* af den samlede arbejdstid.

På baggrund af minimumskravene til skolelægernes indsats som beskrevet i kapitel V og af hovedtendenserne i de ovenfor nævnte fordelingstal, har udvalget søgt at give en grov vurdering af en ønskelig gennemsnitsfordeling af skolelægens funktioner i den fremtidige skolesundhedstjeneste.

Med den forudsatte reduktion i de obligatoriske helbredsundersøgelser til én undersøgelse i indskolings- og én i udskolingsfasen skønner udvalget, at der i fremtiden kun skal anvendes ca. 2o *yo* af tiden hertil. Der er herved tillige taget højde for en mindre udvidelse af varigheden af den enkelte undersøgelse.

Tidsforbruget til behovsundersøgelser vil stige ved bortfald af rutineundersøgelser, idet en del af eleverne på de bortfaldne årgange fremover skal følges som behovsbørn. Den fremtidige andel af tidsforbruget til behovsbørn forventes på denne baggrund at stige til ca. 3o *io.*

Uanset at hovedvægten i det sundhedspædagogiske arbejde i forslaget skal påhvile sundhedsplejersken som den, der har den hyppigste kontakt på skolen, vil der også være behov for at styrke skolelægens opgave på dette område. Det findes således rimeligt, at der i fremtiden medgår i hvert fald lo *io* af arbejdstiden til denne funktion.

Under hensyn til den vægt, der i den fremtidige ordning lægges på tværfagligt samarbejde og forældrekontakt, bør det tilstræbes, at ca. 25 *fo* af tiden (svarende til gennemsnitstallet for undersøgelsen på Ellested) anvendes hertil.

Til den skolehygiejniske konsulentvirksomhed antages skolelægerne i dag skønsmæssigt at anvende 5 %, når mindre administrative opgaver i forbindelse med f.eks. journalføring og statistik medregnes heri. Denne andel forudsættes uændret.

Sammenlagt vil dette betyde et groft skønnet gennemsnitligt tidsforbrug på 9o *io* af en skolelæges arbejdstid med den i dag gennemsnitligt anvendte normering (arbejdstid). Herved vil der blive ca. lo *'fo* af arbejdstiden til rådighed som, afhængigt af lokale ønsker og behov, vil kunne anvendes enten ved udvidelse af tidsforbruget på en eller flere af de ovenfor nævnte funktioner, f.eks. ved at man gør en ekstra indsats overfor en særlig udsat gruppe børn, eller ved at lægen indgår i en konsulentfunktion overfor andre dele af social- og sundhedsforvaltningen og/eller skolepsykologisk rådgivning, således som dette er beskrevet i afsnit 5«11«

b. Sundhedsplejersker.

I modsætning til, hvad der gælder for skolelæger, er der ikke i sundhedsplejerskeoverenskomsten eller i retningslinierne for ordningen fastsat særlige bestemmelser om, hvilket antal elever en fuldtidsansat sundhedsplejerske eller sygeplejerske inden for skolesundhedsplejen skal dække. Tidligere stikprøveundersøgelser i forskellige amter har da også vist en spredning på fra l.ooo til 3.000 elever pr. fuldtidsansat sundhedsplejerske. Tages der udgangspunkt i det i afsnit 2.5. angivne antal omregnede fuldtids sundhedsplejerske- og sygeplejerskestillinger, og sammenholdes dette med antallet af elever omfattet af skolelægeordningen, kan det fastslås, at gennemsnitstallet af skoleelever pr. sundhedsplejerske for hele landet er ca. I.800.

Da udgangspunktet for udvalgets arbejde som tidligere nævnt har været, at der ikke kan stilles yderligere ressourcer til rådighed for ordningen, har man fundet at måtte anvende dette gennemsnitstal som udgangspunkt for de efterfølgende overvejelser om arbejdstidsforbrug. Udvalget har dog ikke hermed tilkendegivet, at man finder I.800 elever pr. sundhedsplejerske for en rimelig normering. Der henvises herved nærmere til afsnit 8.2.

Med hensyn til sundhedsplejerskens arbejdstidsforbrug i den nuværende ordning har udvalget taget udgangspunkt i en undersøgelse foretaget af en gruppe københavnske sundhedsplejersker i perioden august-november I980. Undersøgelsen

må tages med visse forbehold, idet der er tale om en undersøgelse i København, hvor der ikke er etableret kombineret småbørns- og skolesundhedspleje, hvor antallet af elever pr.sundhedsplejerske hører til de laveste i landet, og hvor problemerne har særlig storbykarakter. Endvidere vedrører registreringsperioden en særlig afgrænset del af skoleåret. Til gengæld er undersøgelsen foretaget ved en nøje daglig registrering af den anvendte arbejdstid, og beror altså ikke på et løsere skøn.

Af undersøgelsen kan udledes, at der på de omfattede københavnske skoler, med elevtal på ca. l.ooo pr. sundhedsplejerske anvendtes ca. 12 <*fo* af arbejdstiden på sundhedsplejerskens årlige rutineundersøgelser, ca. 7 % af arbejdstiden på deltagelse i rutinemæssige lægeundersøgelsen og ca. 2 *fo* af arbejdstiden på deltagelse i behovsundersøgelser. I alt anvendtes efter undersøgelsen ca. 21 % af skolesundhedsplejerskens tid på undersøgelsesvirksomhed. Uanset, at der givetvis er forskel på sværhedsgraden af problemerne og dermed tidsforbruget i København og andre stedet i landet, må det antages, at tidsforbruget på individuelle undersøgelser er afhængig af antallet af elever. Med udgangspunkt heri skønnes der til de samme funktioner for en sundhedsplejerske med 1.8oo elever at medgå ca. 4/5 mere tid eller 35-4o *tfo* af arbejdstiden.

Sundhedsplejerskens fremtidige opgaver vil være årlige sundhedsorienterede samtaler, synsprøver i samtlige klasser samt visse særlige rutineprøver i børnehaveklassen og 9. klasse. Hertil kommer deltagelse i behovsundersøgelser. Forudsættes det, at der bruges 15 min. pr. elev til rutineundersøgelser og sundhedsorienterede samtaler samt 7 min. pr. elev til behovsundersøgelser, vil der fremover skulle anvendes ca. 33 *i°* ªf arbejdstiden på deltagelse i lægeundersøgelse og sundhedsorienteret samtale og 6 % af arbejdstiden på behovsundersøgelser. Den samlede tid til sundhedsorienterede samtaler og de forskellige undersøgelser vil herefter udgøre ca. 4o *rfo* eller 2/5 af arbejdstiden. Tidsforbruget vil kunne variere betydeligt alt efter om den pågældende sundhedsplejerske har færre eller flere elever end I.800, ligesom også behovet for kortere eller længere varighed af den enkelte undersøgelse og samtale vil kunne have betydning for det samlede tidsforbrug.

Den københavnske undersøgelse synes at vise, at der anvendes ca. 22 % af arbejdstiden på administration. Udvalget finder, at administrationsopgavernes andel af sundhedsplejerskens arbejde bør tilstræbes nedbragt til max. 15 % Dette kan efter udvalgets opfattelse bl.a. ske ved,at kommunen stiller den nødvendige sekretærbistand til rådighed, således som det forudsættes i den gældende lovgivning. Endvidere bør skolesundhedstjenesten generelt være opmærksom på, at der etableres så hensigtsmæssige og rationelle arbejdsgange som muligt.

Af undersøgelsen fremgår endvidere, at der til den daglige kontakt med elever med rådgivning., "førsteh.jælp" m.v. medgår ca. 12 *fo* af arbejdstiden. Denne funktion vil naturligvis også fremover skulle varetages, men det må dog antages, at en række af de mere rådgivningsprægede funktioner vil kunne klares i forbindelse med den sundhedsorienterede samtale, som sundhedsplejersken én gang om året skal have med samtlige elever. Udvalget skønner derfor, at denne funktion fremover vil udgøre ca. lo *fo* af arbejdstiden, eller lidt under 1 time om dagen.

Ifølge undersøgelsen medgår endvidere i alt ca. 16 % af arbejdstiden til opfølgning og eksterne konferencer, d.v.s. kontakt til den alment praktiserende læge, en sygehusafdeling, kommunens øvrige social- og sundhedsforvaltning m.v. Endvidere angives det, at der anvendes 21 *rfo* af arbejdstiden til tværfagligt samarbejde inden for skolen og til forældrekontakt. Disse funktioner, der sigter på en hensigtsmæssig samlet indsats omkring det enkelte barn,er et vigtigt led i sundhedsplejerskens arbejde, og det er udvalgets opfattelse, at de samlet bør beslaglægge mindst 25 *fo* eller 1/4 af sundhedsplejerskens arbejdstid. Udvalget er opmærksom på, at den københavnske undersøgelse viser et noget højere tal end dette, men finder, at den foreslåede ændrede tilrettelæggelse af skolesundhedstjenestens elevcentrerede opgaver, med bl.a. øget og mere hensigtsmæssig udveksling af information, undersøgelsesvirksomheden koncentreret til ind- og udskolingssituationen og indførelsen af de årlige sundhedsorienterede samtaler i nogen grad vil kunne medvirke til at afhjælpe praktiske problemer omkring den nævnte kontaktvirksomhed.

Endelig viser undersøgelsen, at der anvendes ca. 8 % af sundhedsplejerskernes arbejdstid til sundhedsoplysning. En sundhedspædagogisk, herunder sundhedsoplysende, indsats er et vigtigt led i opgaverne for en fremtidig skolesundhedstjeneste. De lo %, der resterer af sundhedsplejerskens tid i den fremtidige skolesundhedstjeneste, når de ovenfor beskrevne funktioner skal udføres, er efter udvalgets opfattelse et absolut minimum for, hvad der bør medgå til denne funktion. Det skal understreges, at der under denne funktionskategori alene tænkes på generelle, d.v.s. klasse- eller skoleorienterede sundhedspædagogiske aktiviteter eller projekter. Sundhedspædagogiske tiltag overfor den enkelte elev forudsættes bl.a. at ske i forbindelse med den sundhedsorienterede samtale og gennem forældrekontakter og kontakter med elevens klasselærer. Endvidere bør det bemærkes, at det under beskrivelsen af skolelægens funktioner er forudsat, at denne i højere grad end tidligere indgår på linie med sundhedsplejersken i generelle sundhedspædagogiske aktiviteter.

c. Sekretærer m.v.

Medens sundhedsplejersken i en kommende skolesundhedstjeneste vil få tillagt en række nøjere specificerede opgaver, har udvalget ikke fundet det muligt at gå ind i en nærmere beskrivelse af et funktionsopdelt tidsforbrug for sekretærer m.v. i skolesundhedstjenesten.

Socialforvaltningen vil, som hidtil, være forpligtet til at stille fornøden sekretærbistand til rådighed for skolesundhedstjenesten. Omfanget af denne sekretærbistand har betydning ikke mindst for sundhedsplejerskens mulighed for at varetage de opgaver, hun er pålagt. Det skal i den forbindelse bemærkes, at det af de i afsnit 2.5. nævnte personaletal fremgår, at der omregnet i heltidsstillinger i gennemsnit kun er én sekretær til rådighed for hver 8 sundhedsplejersker/sygeplejersker.

Vurdering.

Om den her beskrevne model skal generelt bemærkes, at den efter udvalgets opfattelse er udtryk for en væsentlig omlægning af den eksisterende ordning, således at man med uændret ressourceforbrug opnår betydeligt bedre muligheder for en effektiv, tidssvarende forebyggende indsats i skolealderen. I kapitel V har udvalget opstillet de minimumskrav, som man finder normalt bør varetages af enhver skolesundhedstjeneste, og modellen gør det muligt at opfylde disse krav med uændret antal læger og sundhedsplejersker. Samtidig vil ca. lo % af lægernes tid være frigjort til funktioner udover minimums funktionerne. Dette giver den enkelte kommune mulighed for at udnytte skolelægens sagkundskab på børneområdet til opfyldelse af lokale behov - enten på den enkelte skole eller i kommunen generelt i form af konsulentfunktioner, som beskrevet i afsnit 5.11. Udvalgets forslag om øget vægt fremover på skolelægernes samfundsmedicinske baggrund, jf. afsnit 8.1. ,vil gøre sådanne konsulentfunktioner yderligere hensigtsmæssige»

I forbindelse med den her nævnte model kan det endvidere overvejes at afskaffe 6-års børneundersøgelsai hos den alment praktiserende læge. Med den her nævnte model vil der være overlapning mellem denne undersøgelse og skolesundhedstjenestens undersøgelsesprogram i børnehaveklassen. Med en afskaffelse af denne forebyggende lægeundersøgelse vil der være en besparelse for amtskommunerne af en størrelsesorden på omkring 5 mill.kr. (1979 beregninger).

Der er her tale om en model, der uden brug af flere ressourcer, kan opfylde et udbredt ønske om at styrke den forebyggende indsats i samfundet. Som ved de fleste former for forebyggelse gælder det også her, at en målelig sundhedsmæssig effekt næppe umiddelbart vil kunne forventes. Det drejer sig om en

langsigtet indsats til fremme af sundhed og forebyggelse af sygdomme, der i mange tilfælde vil være årtier om at udvikle sig. En række umiddelbare behov i skolen og i lokalsamfundet vil imidlertid kunne opfyldes - bl.a. i kraft af de frigivne ressourcer til lokalt prioriterede opgaver - og en forebyggende institution af begrænset omfang bevares og styrkes netop for en aldersgruppe, hvor forebyggelse bør indtage en nøgleposition.

Model 2. Reduceret ressourceforbrug.

Som nævnt har udvalget opstillet en række minimumskrav til de funktioner, som en skolesundhedstjeneste under alle omstændigheder bør varetage. Minimumskravene forudsætter en omlægning af såvel lægens som sundhedsplejerskens arbejdsopgaver. De opgaver, som sundhedsplejersken herefter pålægges, vil kunne udføres inden for de eksisterende ressourcerammer. For skolelægens vedkommende er der tale om en vis reduktion i de pålagte opgaver, en reduktion, der navnlig skyldes bortfald af visse rutineundersøgelser. Reduktionen i arbejdsopgaver kan, som beskrevet i foregående afsnit, skønsmæssigt sættes til lo %.

Der er derfor mulighed for, at en kommune kan vælge en skolesundhedstjeneste, der alene lever op til de skitserede minimumskrav. Konsekvensen heraf er, at kommunen vil kunne reducere antallet af skolelægetimer i tilsvarende omfang. Da de samlede årlige udgifter til skolelæger beløber sig til ca. 40 mill.kr., vil den samlede besparelse, såfremt samtlige landets kommuner vælger denne løsning, være af en størrelsesorden på 4 mill.kr.

Også under denne model vil der være overlapning mellem skolesundhedstjenestens undersøgelsesprogram i børnehaveklassen og 6-års børneundersøgelsen hos alment praktiserende læge. Den samlede årlige besparelse vil herefter maksimalt være på ca. 7 mill.kr., heraf ca. 3 mill. kr. til amtskommunerne.

Vurdering.

Om modellen skal iøvrigt bemærkes, at den på samme måde som model 1, bevirker en væsentlig effektivisering af skolesundhedstjenestens forebyggende arbejde i forhold til den eksisterende ordning, idet den indebærer en betydelig mere relevant indsats i forhold til de aktuelle sundhedsproblemer. Både lægens og sundhedsplejerskens medvirken bibeholdes, og en række af de under model 1 nævnte perspektiver bevares.

I forhold til model 1, har denne model imidlertid visse negative konsekvenser.

Reduktion i antallet af skolelægetimer kan betyde et tilsvarende øget børnetal pr. skolelæge (omregnet til fuldtidsstilling). Derved vanskeliggøres skolelægens arbejde, især hvad angår kontakten til den enkelte skole og dennes elever, forældre og lærere, men også hvad angår det tværfaglige samarbejde med andre sundhedsmæssige og sociale instanser om generelle forhold og om det enkelte barn. Altsammen forhold, som har været udsat for en del kritik i den eksisterende ordning, og som det må anses for væsentligt at ændre.

Herudover vil der som nævnt ikke, som i model 1, åbnes mulighed for en lokal udnyttelse - i skolen og kommunen - af skolelægens kompetence på børneområdet til imødekommelse af lokale behov udover minimumskravene.

Uanset de her påpegede negative konsekvenser, finder et flertal i udvalget dog fortsat at måtte anbefale, at der gives den enkelte kommune mulighed for at etablere en skolesundhedstjeneste, der alene lever op til de stillede minimumskrav. Et mindretal (inge Johnsen og Erik May) finder imidlertid de beskrevne ulemper af en sådan karakter, at de ikke gør det muligt at leve op til de intentioner til en fremtidig skolesundhedstjeneste, der iøvrigt ligger bag udvalgets forslag. Mindretallet kan derfor ikke anbefale denne model.

6.2. Ændring af strukturen i den gældende ordning

Model 3. Skolesundhedstjeneste alene med sundhedsplejersker.(Reduceret ressourceforbrug.).

En del af kritikken mod den gældende skolelægeordning har som nævnt været rettet mod skolelægernes funktioner. Det har i denne forbindelse været anført, at disse funktioner kunne varetages af sundhedsplejersken og den alment praktiserende læge i samarbejde.

Der er i kapitel V nærmere redegjort for behovet for lægelig medvirken til en række af de funktioner, udvalget finder skolesundhedstjenesten bør varetage.

Bortfald af lægelig medvirken i skolesundhedstjenesten vil iøvrigt betyde, at sundhedsplejersken uden umiddelbar kontakt til en fast læge skal varetage følgende funktioner:

1) Rutineprøver og sundhedsorienteret samtale.

2) Behovsundersøgelser.

3) Sundhedspædagogiske aktiviteter.

4) Forældresamarbejde, tværfagligt samarbejde - samt øget samarbejde med alment praktiserende læge.

En skolesundhedstjeneste uden læger vil umiddelbart betyde en besparelse på ca. 4o mill.kr.

Herfra skal imidlertid trækkes øgede udgifter i forbindelse med et stigende antal kontakter til alment praktiserende læge (i det omfang disse kunne have været undgået ved kontakt med skolelægen). Skal sundhedsplejersken varetage de ovenfor beskrevne opgaver uden støtte fra en læge, vil det formentlig også være realistisk at regne med, at der skal ansættes yderligere et antal sundhedsplejersker. Forudsætter man f.eks., at antallet af sundhedsplejersker skal stige med ca. lo %, vil den nævnte besparelse således skulle reduceres med 5-lo mill.kr. til 3o-35 mill.kr.

Vurdering.

Uden læger i skolesundhedstjenesten vil det forebyggende arbejde i relation til skolen først og fremmest blive placeret hos sundhedsplejersken. Det må i den forbindelse erindres, at de beskrevne opgaver - i hvert fald på kort sigt - i en række kommuner vil skulle varetages af sygeplejersker uden sundhedsplejerskeuddannelse, idet ca. 42 % af de personer, der i dag er ansat inden for skolesundhedsplejen, alene har en sygeplejerskeuddannelse, jf. ovenfor under afsnit 2.5.

Om modellen kan iøvrigt siges, at den vil medføre, at den sidste forebyggende lægeundersøgelse finder sted i 6-års alderen hos den alment praktiserende læge, og at indsatsen i skolealderen herefter alene er baseret på sundhedsplejerskens virksomhed med de opgaver, som er nævnt. Den lægelige medvirken i det koordinerede indskolings- og udskolingsprogram vil mangle, ligesom der ikke vil være mulighed for lægelig beskrivelse, vurdering og rådgivning direkte i relation til skolemiljøet. Muligheden for gennem en samfundsmedicinsk kompetence at realisere en "skolebedriftssundhedstjeneste" med mulighed for at yde en bred forebyggende indsats, vil samtidig reduceres.

De sundhedsmæssige konsekvenser af en sådan reduktion af det forebyggende arbejde i skolealderen er vanskelige at vurdere præcist. Der vil igen være tale om et generationsperspektiv, hvor effekten af ændringer i det forebyggende arbejde først kan forventes rigtigt at slå igennem på længere sigt.Men en række umiddelbare behov vil vanskeligere kunne imødekommes i forhold til de under afsnit 6.1. beskrevne modeller, hvor lægelig medvirken er bevaret, ligesom mulighederne for en dynamisk udvikling af skolesundhedstjenesten på baggrund af lokale ønsker og behov vil være reduceret.

Sundhedsplejerskens sundhedsorienterede samtale vil til en vis grad kunne udbygges, men i modsætning til de tidligere nævnte modeller og i modsætning til sundhedsplejerskens indsats i førskolealderen vil der mangle en komplementerende lægelig vurdering, hvorved mulighederne for en samlet forebyggende indsats ikke vil være til stede i fuldt omfang. Den manglende koordinerede sundhedsmæssige indsats ved indskoling vil reducere mulighederne for en sundhedsmæssig optimal tilpasning mellem på den ene side det enkelte barn med dets sundhedsmæssige forudsætninger og på den anden side skolens tilbud og krav med de konsekvenser, dette kan få for det enkelte barns udviklings- og indlæringsmuligheder. Tilsvarende vil manglen på en koordinerende sundhedsmæssig vurdering og rådgivning i udskolingsfasen gøre det vanskeligere for den enkelte elev at tage udgangspunkt i egne sundhedsmæssige ressourcer ved valg af uddannelse og erhverv.

Den her beskrevne model vil således umiddelbart indebære risiko for reduktion af den forebyggende og behovsorienterede indsats i skolen og dermed stille øgede krav til den alment praktiserende læge og på længere sigt formentlig også til andre områder inden for social- og sundhedssektoren,med deraf afledte økonomiske konsekvenser.

Model 4. Skolesundhedst.jeneste alene med sundhedsplejersker, kombineret med udvidede forebyggende undersøgelser hos alment praktiserende læge samt opretteelse af skolesundhedskonsulentstillinger. (Reduceret ressourceforbrug).

En mulighed for et regelmæssigt lægetilsyn med skolebørn uden medvirken af læge tilknyttet skolen, ville være en udvidelse af antallet eller en omplacering af de eksisterende lægeundersøgelser hos den alment praktiserende læge. En sådan ordning kunne eventuelt kombineres med, at en mindre del af skolelægestillingerne konverteredes til lægekonsulentstillinger ved skolesundhedstjenesten med rådgivningsfunktioner inden for et bestemt større geografisk område. Af mulige konsulentopgaver kan nævnes rådgivning over for sundhedsplejersker, kommunens social- og sundhedsforvaltning for så vidt angår børn og unge, skolehygiejniske spøgsmmål m.v. Indholdet af sådanne stillinger måtte i givet fald kræve nøjere overvejelse.

Sundhedsplejersken skal her varetage de samme funktioner som nævnt under model 3, og de samme forhold som under denne model med hensyn til manglende sundhedsplejerskeuddannet personale gør sig naturligvis også gældende her.

Som det fremgår af ovenstående, kan der med hensyn til lægelig indsats uden

for skolen tænkes forskellige variationer med hensyn til både udvidelse af antallet eller omplacering af lægeundersøgelserne og med hensyn til indholdet af lægekonsulentstillingerne.

En total afskaffelse af skolelægerne vil som nævnt under model 3 betyde en umiddelbar besparelse på 4o mill.kr. Herfra skal imidlertid trækkes øgede udgifter til yderligere forebyggende lægeundersøgelser, øgede udgifter til ansættelse af lægekonsulenter samt - som under model 3 - øgede udgifter som følge af øgede kontakter til alment praktiserende læge, for sidstnævntes vedkommende dog muligvis i et noget mindre omfang end under model 3 på grund af de nævnte kompenserende ordninger. Gennemføres der f.eks. yderligere 1 lægeundersøgelse hos alment praktiserende læge i 14-15-års alderen (og 6-års undersøgelsen bibeholdes og udbygges), ansættes der f.eks. 2o lægekonsulenter og forudsættes det iøvrigt skønsmæssigt, at antallet af sundhedsplejersker stiger med ca. lo %, vil den nævnte besparelse på 4° mill.kr. skulle reduceres med et beløb på 15-2o mill.kr. til 2o-25 mill.kr.
Da udgifterne til lægeundersøgelser af børn, som tidligere nævnt, afholdes af amtskommunerne, og da der ikke på forhånd er taget stilling til ansættelsesforhold for de nævnte lægekonsulenter, vil en ordning som den nævnte iøvrigt forudsætte visse omlægninger i det kommunale tilskudssystem.

Vurdering.

Den skitserede ordning vil iøvrigt indebære, at den lægelige medvirken i det koordinerede indskolings- og udskolingsforløb vil blive erstattet af en lægeundersøgelse i almen praksis. Ved denne vil der først og fremmest blive taget udgangspunkt i det enkelte individ, uden den hidtidige mulighed for at inddrage forhold i barnets daglige miljø, skolen. Ordningen vil indebære, at lægelige behovsundersøgelser sker hos alment praktiserende læge, hvis undersøgelsesresultater derefter tilstilles skolesundhedstjenesten.

En lægelig beskrivelse, vurdering og rådgivning direkte i relation til barnets skolemiljø, som under model 1 og 2, vil således mangle, med samme konsekvens for gennemførelse af tanken om en "skolebedriftssundhedstjeneste" som under model 3.

Hvor skolelægens indsats som hovedregel omfatter alle børn i den undervisningspligtige alder, vil der utvivlsomt være risiko for et betydeligt frafald ved lægeundersøgelsen hos den alment praktiserende læge. Fra lægeundersøgelserne i førskolealderen ved man, at deltagerprocenten falder betydeligt med stigende alder, og at frafaldet især findes i de grupper, hvor behovet for forebyggelse må anses for størst. Et sådant frafald vil dog i et vist omfang kunne undgås ved at etablere en henvisnings-og tilbagemeldingsprocedure,der administreres af skolesundhedsplejersken.

On de mere langsigtede virkninger af at erstatte en egentlig skolesundhedstjeneste med læger og sundhedsplejersker med den foreslåede ordning henvises generelt til bemærkningerne under model 3. Afhængig af omfanget og indholdet af de kompenserende foranstaltninger, må denne ordning dog forventes at give en bredere forebyggende indsats end model 3.

Model 5. Skolesundhedst.jeneste alene med læger. (reduceret ressourceforbrug).

Udvalget har fundet det rimeligt at belyse de økonomiske og sundhedsmæssige konsekvenser af en eventuel fjernelse af sundhedsplejersker i skolen. Skolelægen vil herefter uden støtte fra sundhedsplejerske skulle varetage følgende opgaver:

- Rutineundersøgelser.
- Behovsundersøgelser.
- Sundhedspædagogiske aktiviteter.
- Forældresamarbejde, tværfagligt samarbejde m.v.

En skolesundhedstjeneste alene med læger ville betyde en umiddelbar besparelse på ca. 55. mill.kr. Hertil kommer, at 6-års undersøgelsen med det fortsatte lægelige tilsyn i skolen principielt kunne bortfalde, hvilket ville betyde en amtskommunal besparelse på omkring 3 mill.kr. De opgaver, som skolelægen skal varetage, vil imidlertid betyde, at der formentlig må ansættes yderligere et antal skolelæger. Sættes dette skønsmæssigt til lo *fo* af de allerede ansatte, vil besparelsen skulle reduceres med 4 mill.kr. Alt i alt må der forventes en nettobesparelse på omkring 54 mill.kr. , heraf 3 mill.kr. til amtskommunerne.

Vurdering.

Den her skitserede model betyder et reduceret tilbud af rutineundersøgelse og reduceret sundhedspædagogisk indsats, ligesom en væsentlig del af den opfølgende funktion og støtten til behovsbørn og -familier vil bortfalde.

Der vil være reduceret tilstedeværelse af sundhedspersonale på skolerne, hvilket bl.a. indebærer vanskeligere kommunikationsforhold mellem skole, hjem og skolesundhedstjeneste og øget henvisning af tilskadekomne og akut syge elever til skadestuer og alment praktiserende læger. Den manglende kontakt gennem sundhedsplejersken til elever, skole og familier vil vanskeliggøre, at en sådan ordning kan fungere som skolens bedriftssundhedstjeneste,

og på længere sigt må man atter forvente sundhedsmæssige konsekvenser af en sådan reduceret forebyggelse i skolealderen og øgede krav til behandlingsindsatsen fra den øvrige social- og sundhedssektor.

6.3. Sammenfatning

Udvalget har i kapitel V nærmere redegjort for, hvilke krav der bør stilles til den fremtidige skolesundhedstjeneste. Som væsentlige elementer er fremhævet behovet for, at skolesundhedstjenesten fremover fungerer som en slags bedriftssundhedstjeneste for skolebørn, hvor indsatsen retter sig mod den enkelte skole og dens miljø og mod den enkelte elevs sundheds- og trivselsproblemer. En bredt baseret sundhedspædagogisk indsats spiller her en væsentlig rolle. Dette betyder imidlertid efter udvalgets opfattelse ikke, at det er muligt fuldstændigt at undvære en individorienteret indsats i den vigtige periode, som skolealderen udgør. Indsatsen intensiveres i overgangssituationerne ved indskoling og udskoling, og en behovsindsats fastholdes i den mellemliggende periode.

Opfyldelse af disse mål kræver efter udvalgets opfattelse helt klart medvirken af såvel læger som sundhedsplejersker, ligesom det kræver, at disse er bekendt med og kommer i det miljø, hvis problemer man er sat til at løse. Den daglige løbende kontakt med miljøet vil naturligvis først og fremmest skulle varetages af sundhedsplejersken, men udvalget finder det væsentligt, at skolesundhedstjenesten indebærer en direkte lægelig kontakt, og at denne læge er en person, der har særlig indsigt i skolens og børnenes problemer.

På denne baggrund finder udvalget under alle omstændigheder at måtte anbefale en fremtidig skolesundhedstjeneste, der opfylder de minimumskrav, der er skitseret under afsnit 6.1. Udvalget finder det endvidere af væsentlig betydning, at de enkelte kommuner søger at leve op til tanken om en skolebedriftssundhedstjeneste ved at vurdere kommunens eller de enkelte skolers særlige behov for en udbygning af dette minimumsprogram eller for udnyttelse af skolelægens sagkundskab i form af konsulentfunktioner. Man må derfor anbefale, at de enkelte kommuner på baggrund af en vurdering af kommunens behov helt eller delvis udnytter de ressourcer, som minimumsmodellen vil frigøre til en styrkelse af den forebyggende indsats over for børnegruppen, således som der er lagt op til i model 1. Et flertal af udvalgets medlemmer finder endvidere, at den enkelte kommune må have mulighed for alene at vælge den under model 2 beskrevne minimumsmodel, medens et mindretal (Inge Johnsen og Erik May) ikke kan anbefale denne model(jf. afsnit 6.1.).

Udvalgets flertal anbefaler samtidig, at 6-års lægeundersøgelsen hos alment

praktiserende læge bortfalder. Et mindretal (inge Johnsen og Erik May) kan ikke gå ind for afskaffelse af denne undersøgelse, idet man påpeger, at den foreslåede skolesundhedstjeneste er frivillig hvad angår de individuelle undersøgelser, og at nogle familier kan ønske undersøgelse hos egen læge. Endvidere er Ikke alle børn i børnehaveklasse.

Udvalget har endvidere drøftet konsekvenserne af en skolesundhedstjeneste uden henholdsvis læger og sundhedsplejersker, jf. model 3 og model 5. Det er udvalgets opfattelse, at man med en så indgribende ændring af strukturen for skolesundhedstjenesten ikke vil kunne tilgodese de krav til en forebyggende indsats over for skolebørn, som er nævnt i det foregående. Heller ikke den under model 4 nævnte mellemløsning med udvidede lægeundersøgelser hos alment praktiserende læge samt eventuel oprettelse af lægekonsulentstillinger finder udvalget at kunne anbefale. Man skal herved henvise til beskrivelsen af de sundhedsmæssige konsekvenser ved en sådan ordning, ligesom man skal pege på de praktiske problemer, der kan være med udvidede børneundersøgelser i almen praksis.

Kapitel VIII
Organisation, planlægning m.v.

7. /. *Organisation*

Organisationen af den gældende skolelægeordning er nærmere beskrevet i afsnit 2.2. Udvalget har på baggrund heraf overvejet, hvorvidt der er grund til at foreslå ændring i reglen om, at ordningen forvaltes efter reglerne i lov om styrelse af sociale og visse sundhedsmæssige anliggender.

Det må formentlig erkendes, at det ønske om integretion af skolelægeordningen i den kommunale social- og sundhedsforvaltning, der lå bag ændringen i 1972, en række steder har voldt en del problemer. En væsentlig årsag hertil er formentlig, at skolelægeordningen, i modsætning til den øvrige social- og sundhedsforvaltning,har sit daglige arbejdssted på de enkelte skoler. Det er udvalgets indtryk, at der kun i begrænset omfang er stillet lokaleplads til rådighed for skolelægeordningen i den lokale social- og sundhedsforvaltning. Kontakten til social- og sundhedsforvaltningen har således i vidt omfang været knyttet til sundhedsplejesiden navnlig i de kommuner, hvor denne er gennemført som en kombineret småbørns- og skolesundhedspleje.

Uanset de her nævnte problemer, finder udvalget imidlertid ikke grundlag for at foreslå nogen ændring i styrelsessystemet. Man finder således fortsat, at skolesundhedstjenesten bør forvaltes i sammenhæng med de øvrige social- og sundhedsmæssige opgaver, der er henlagt til kommunerne. Den umiddelbare forvaltning bør således fortsat varetages af det sociale udvalg, medens den daglige administration varetages af social- og sundhedsforvaltningen. Disse instanser har herved fortsat det direkte ansvar for den sundhedsmæssige indsats og for koordinationen af skolesundhedstjenestens arbejde med anden virksomhed i kommunen inden for det sociale- og sundhedsmæssige område samt for den almindelige daglige administration af ordningen.

Udvalget skal påpege betydningen af, at der løbende udfoldes bestræbelser for en så hensigtismæssig tilrettelæggelse som mulig af samarbejdet mellem skolesundhedstjeneisten og den øvrige social- og sundhedsforvaltning. Det skal dog samtidig understreges, at hovedvægten i skolesundhedstjenestens arbejde fortsat ligger i arbejdet på den enkelte skole.

Udvalget kan endvidere støtte en udvikling med tilrettelæggelse af skolesundhedsplejen i kombination med småbørnssundhedsplejen, jf. nedenfor under afsnit 8.2. At der også fortsat vil være behov for, at kommuner går sammen om fælleskommunale ordninger, synes godtgjort af den i afsnit 2.4. givne oversigt over skolestrukturer i landets kommuner. Sådanne fællesordninger må tilrettelægges efter lokale behov og ressourcer. Man bør dog være opmærksom på, at den i afsnit 7.3. forudsatte målsætningsdiskussion og planlægningsvirksomhed også tilgodeses ved sådanne fællesordninger.

Som tidligere omtalt forvaltes skolelægeordningen i København, som det eneste sted i landet, i et andet regie end den øvrige sundhedssektor. Så vidt det foreligger oplyst for udvalget, er der ikke planer om at ændre denne ordning. Der vil herefter være særlig grund for Københavns kommune til at være opmærksom på, at der etableres et hensigtsmæssigt samarbejde mellem skolesundhedstjenesten og social- og sundhedssektoren.

Af ovenstående følger, at skolesundhedstjenesten fortsat vil indgå i det sociale og sundhedsmæssige planlægningssystem i henhold til socialstyrelseslovens § 11, som er nærmere omtalt under afsnit 7.2.

Dette indebærer endvidere, at amtskommunerne tilbyder kommunerne sagkyndig vejledning vedrørende skolesundhedstjenestens tilrettelæggelse og administration. Denne vejledning forudsættes ydet af sagkyndige inden for det sociale og sundhedsmæssige område.

Af andre rådgivningsinstanser i relation til tilrettelæggelse af skolesundhedstjenesten kan nævnes sundhedsstyrelsen, der i medfør af lov om sundhedsvæsenets centralstyrelse fører tilsyn med bl.a. skolesundhedstjenestens medicinalpersonale, og virker som rådgiver overfor centrale og lokale myndigheder i spørgsmål, der kræver lægefaglig og sygeplejefaglig indsigt.

Endelig er der mulighed for, at embedslægeinstitutionen kan afgive udtalelser i forbindelse med planlægning af skolesundhedstjenesten eller kan yde vejledning angående den mest hensigtsmæssige indpasning af ordningen i det kommunale og amtskommunale social- og sundhedsvæsen, ligesom institutionen efter anmodning kan afgive udtalelse om, hvorvidt skolesundhedstjenesten er i overensstemmelse med udviklingen og befolkningens behov.

Udvalget er ikke blevet pålagt at overveje ændringer i finansieringen af den ordning, man måtte foreslå, og kommer derfor ikke med forslag herom. Udvalget er dog enig om at påpege den skævhed - og dermed mulighed for forvridning af

personalestrukturen inden for ordningen - der ligger i, at der alene ydes refusion af udgifterne ved ansættelse af sundhedsplejersker og sygeplejersker. Udvalget må således anbefale, at der etableres ensartede tilskudsregler for alle personalegrupper.

Et mindretal (I.Skov Jørgensen) har herudover ønsket at bemærke, at han forudsætter, at hensynet til værtsskolens regelsæt og styrende organer generelt tilgodeses, og at skolesundhedstjenesten ikke i højere grad end skolelægeordningen lægger beslag på elever og lærere i skoletiden.

7.2. Planlægning

Ved den fortsatte forvaltning af skolesundhedstjenesten efter reglerne i den sociale styrelseslov (bortset fra Københavns kommune), vil skolesundhedstjenesten som nævnt være omfattet af det planlægningssystem, der er beskrevet i § 11 i den sociale styrelseslov. Ordningen vil derfor - som hidtil - skulle indgå i de forslag til udbygningsplaner for den sociale og sundhedsmæssige virksomhed i primærkommunerne og amtskommunerne, som kommunalbestyrelse og amtsråd udarbejder. Disse planer dækker en periode på 5 år og optages til revision én gang om året. Socialministeren fastsætter de nærmere regler om fremgangsmåden ved udarbejdelse af udbygningsplanerne, om tidsfrister herfor og om det i planerne indeholdte sagsområde. Planerne skal angive, hvilken udbygning kommunalbestyrelsen og amtsrådet mener der kan og bør gennemføres i en årrække fremover, så der skabes et realistisk grundlag, såvel for den fornødne koordination inden for social- og sundhedsområdet, som i forhold til de øvrige kommunale aktiviteter. Amtsrådet har pligt til at bidrage til koordineringen af kommunernes forslag indbyrdes og af disse og amtskommunens egne udbygningsplaner. Amtsrådet udarbejder en sammenfattende redegørelse som led i varetagelsen af sine koordinerende opgaver. De kommunale og amtskommunale udbygningsplaner samt amtskommunens sammenfattende redegørelse sendes til socialstyrelsen. Det påhviler socialministeren (efter forelæggelse for indenrigsministeren), at påse, at de for planlægningen fastsatte regler er fulgt, at kommunernes og amtskommunernes pligt efter lovgivningen til at tilvejebringe social og sundhedsmæssig service kan anses for opfyldt, og at de samfundsmæssige hensyn til forbrug af ressourcer i fornødent omfang er tilgodeset. Som tidligere nævnt udarbejder socialstyrelsen i samarbejde med indenrigsministeriet (sundhedsstyrelsen) en årlig redegørelse, hvor socialsektorens forventede ressourceforbrug i planperioden sammenfattes.

Som det fremgår af det tidligere skrevne, er det et væsentligt element i den

kommende skolesundhedstjeneste, at der åbnes mulighed for, at denne i et vist omfang kan tilpasses lokale behov. Det er således afgørende for skolesundhedstjenestens funktion, at kommunen søger at opstille lokale målsætninger for skolesundhedstjenestens arbejde. Der bør derfor på de enkelte skoler tilskyndes til, at der, gerne i det i afsnit 7.3. nævnte skolesundhedsudvalgs regie, gennemføres en debat om skolesundhedstjenestens funktioner, således at mål og metoder for indsatsen i de kommende år kan fastlægges i form af en årsplan for skolesundhedstjenestens arbejde på hver enkelt skole.

I den årlige udbygningsplanlægning i relation til skolesundhedstjenesten vil man efter udvalgets opfattelse iøvrigt kunne inddrage både skolesundhedstjenestens personale *og* eventuelle skolesundhedsudvalg på samme måde som andre relevante organer i skolesektoren (skolekommission, skolenævn m.v.).

Som led i den øgede vægt på udarbejdelse af lokale målsætninger og involvering i tilrettelæggelse af ordningen iøvrigt, vil udvalget endvidere finde det naturligt, om skolesundhedstjenesten udarbejder halv- eller helårlige planer for sin undersøgelsesvirksomhed. Udarbejdelse af sådanne planer bør påbegyndes snarest muligt efter skoleårets begyndelse, når skolesundhedstjenesten fra skolens leder har modtaget oplysninger om børnenes fordeling i klasserne og om til- og fraflytninger. Tidspunktet for undersøgelserne bør i god tid aftales med skolens leder og klasselærerne. Undersøgelserne skal iøvrigt foregå i den normale skoletid.

7.3. Skolesundhedsudvalg

Udvalget har overvejet, hvorledes det vil være muligt at støtte den udvikling i retning af øget tværfagligt samarbejde, som der er lagt op til både i dette og i foregående afsnit. Udvalget er opmærksom på, at der på visse skoler allerede er etableret et hensigtsmæssigt tværfagligt samarbejde, men er samtidig af den opfattelse, at dette samarbejde fungerer meget dårligt på alt for mange skoler. Man har på denne baggrund drøftet, om dette formål vil kunne tilgodeses i de eksisterende organer, herunder navnlig skolenævnene. Det er dog en generel erfaring, at sundhedsemnerne ofte har en lav prioritet på skolenævnenes dagsordener, ligesom hverken skolesundhedstjenesten eller dens samarbejdspartnere er direkte repræsenterede i skolenævnene(ledelses-, lærer- og elevrepræsentanter deltager dog uden stemmeret).

Et flertal af udvalgets medlemmer har på denne baggrund ment, at der bør tilskyndes til at etablere et tværfagligt, rådgivende organ med brugerrepræsentation, hvor sundhedsproblemer i relation til skolen samt skolesundheds-

tjenestens funktioner kan drøftes. Et sådant udvalg vil endvidere kunne sikre rådgivende indflydelse på den sundhedspædagogiske indsats på den enkelte skole og på dens fordeling på skoleforløbet. I erkendelse af, at der er etableret hensigtsmæssige ordninger på en del skoler, og i overensstemmelse med udvalgets almindelige intention om større individuel mulighed for den enkelte kommune for tilrettelæggelse af en hensigtsmæssig skolesundhedstjeneste, har man ikke fundet det hensigtsmæssigt at gøre en nedsættelse af sådanne skolesundhedsudvalg obligatorisk. Flertallet af udvalget finder det dog generelt anbefalelsesværdigt, at der etableres sådanne skolesundhedsudvalg, idet man lægger vægt på,, at der hermed skabes en formel struktur, hvor spørgsmål vedrørende skolens og elevernes sundhed kan drøftes efter behov, samtidig med at der alene forudsættes en meget beskeden obligatorisk årlig mødeaktivitet.

Et mindretal (Svend Aage Henriksen, I.Skov Jørgensen, Thomas Børner) stiller sig tvivlende overfor behovet for oprettelse af et sådant organ, men kan, da oprettelsen gøres frivillig, tiltræde, at bestemmelser herom indgår i udvalgets forslag til lov, bekendtgørelse og retningslinier (bilag C-E).

Et andet mindretal (Kaj Holst) må generelt tage afstand fra et forslag om oprettelse af et skolesundhedsudvalg, idet han ikke finder behovet for et sådant dokumenteret.

På ovennævnte baggrund foreslås det, at der ved skoler med mere end loo børn, omfattet af den kommunale skolesundhedstjeneste, åbnes mulighed for at etablere rådgivende skolesundhedsudvalg. For at tilgodese kommuner, hvis skolestruktur er præget af små skoler, kan kommunen i stedet vælge at etablere et centralt, kommunalt skolesundhedsudvalg i overensstemmelse med de principper, der gælder for skolesundhedsudvalg for den enkelte skole.

Udvalgets opgaver kan sammenfattes således:

- at drøfte og rådgive om skolebørns helbredsforhold og helbredsproblemer,
- at drøfte og rådgive om igangsætning af sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende aktiviteter på skolen, herunder aktiviteter af sundhedspædagogisk art,
- at drøfte og rådgive om tilrettelæggelsen af skolesundhedstjenesten ved skolen.

Skolesundhedsudvalget afholder møder efter behov, men bør dog mindst én gang årligt generelt drøfte sundhedsproblemer af betydning for skolen og dens elever.

Det er væsentligt, at skolesundhedsudvalget gøres til et bredt forum, hvor ikke alene de professionelle synspunkter kommer til orde, men også de daglige brugere af skolesundhedstjenesten, elever (forældre) og lærere.

Det vil derfor være rimeligt, at et skolesundhedsudvalg i hvert fald har følgende medlemmer:

Skolens inspektør,
1 repræsentant udpeget af lærerrådet,
1 repræsentant udpeget af elevrådet,
1 repræsentant udpeget af skolenævnet,
lægen og sundhedsplejersken ved skolesundhedstjenesten,
skolepsykologen,
1 repræsentant fra børnetandplejen.

Herudover må skolesundhedsudvalget efter lokal beslutning kunne suppleres med andre repræsentanter i forbindelse med drøftelse af emner af særlig relevans for sådanne repræsentanter eller mere permanent. Som eksempler herpå kan nævnes repræsentanter for en eventuel forældreforening, sikkerhedsrepræsentanten for personalet på skolen eller en repræsentant for kommunens social- og sundhedsforvaltning.

Skolesundhedsudvalget konstituerer sig med formand og sekretær og fastsætter iøvrigt selv sin forretningsorden. Der er dog i den forbindelse grund til at fremhæve betydningen af skoleledere ns indsats som inspirator og koordinator for et sådant udvalg, ikke mindst i en opstartsperiode.

Det forudsættes, at skolesundhedsudvalget dels på eget initiativ fremsætter forslag og anbefalinger inden for udvalgets område over for de relevante instanser, dels virker som høringsinstans i forhold til skolens øvrige organer, i det omfang disse beskæftiger sig med sager med sundhedsmæssige aspekter.

7.4. Forsøgsvirksomhed

Som tidligere nævnt sigter udvalgets forslag til en kommende skolesundhedstjeneste på at give kommunerne øget mulighed for selv at tilrettelægge en lokal skolesundhedstjeneste, som imødekommer lokale mål, behov og ressourcer. Den foreslåede ordning stiller krav om visse obligatoriske funktioner, der under alle omstændigheder skal opfyldes (minimumskrav), men peger samtidig på en række generelle opgaver, som vil kunne tages op uden videre efter kommunalbestyrelsens beslutning. Dette sikrer en betydelig fleksibilitet samtidig med, at der stilles krav til den lokale målformulering, prioritering og planlægning, jf. ovenfor under afsnit *1.2.*

Det er udvalgets opfattelse, at denne linie bør følges op med øget lokal forsøgs- og udviklingsvirksomhed. Som nævnt i kapitel II og kapitel IV har sådan virksomhed hidtil kun fundet sted i meget begrænset omfang. Dette må ses i sammenhæng med de begrænsninger, de hidtil gældende retningslinier har lagt for tilrettelæggelse af ordningen. For at tilskynde til øget forsøgsvirksomhed, således at skolesundhedstjenesten lokalt og generelt til stadighed kan udvikle sig i takt med de nye krav, udviklingen i samfundet og i sygdomsmønstret stiller, foreslår udvalget, at der fastsættes mere formelle regler om mulighederne for sådan forsøgsvirksomhed, idet bestemmelser herom bør indgå i det regelsæt, der iøvrigt skal fastsættes omkring ordning.

Der må i den forbindelse lægges vægt på, at forsøgsvirksomhed tilrettelægges således, at en nærmere vurdering af forsøget er mulig. Dette gælder såvel med hensyn til en beskrivelse og vurdering af organisatoriske *og* funktionelle forhold som med hensyn til de økonomiske og sundhedsmæssige konsekvenser af forsøgsvirksomheden.

Ved tilrettelæggelsen, gennemførelsen og vurderingen af forsøgsvirksomhed kan embedslægeinstitutionen, amtssundhedsplejersken m.v. yde faglig bistand, jf. herved ovenfor under afsnit 7.2. Der bør inden et forsøgs start udarbejdes en detaljeret forsøgsprotokol.

Tilladelse til forsøgsvirksomhed bør gives af indenrigsministeriet (efter forhandling med sundhedsstyrelsen) som den myndighed, der iøvrigt fastsætter rammerne for ordningen. Sammen med tilladelsen bør fastsættes de nærmere krav til varighed, evaluering, rapportering o.l. Sådan forsøgsvirksomhed forudsætter naturligvis mulighed for fravigelse af de i bekendtgørelse og retningslinier fastsatte regler for ordningen.

Et flertal af udvalgets medlemmer finder det ikke muligt eller hensigtsmæssigt ,at udvalget udtaler sig nærmere om det mulige indhold af en sådan forsøgs- og udviklingsvirksomhed. Et mindretal (Lars Cramer-Petersen) ønsker dog at pege på, at navnlig den i kapitel VI under model 4 nævnte ordning vil kunne danne udgangspunkt for en forsøgsordning.

Kapitel VIII
Uddannelse og ansættelse af personale

Som ansvarlig for skolesundhedstjenesten er det kommunalbestyrelsen, som fastsætter det nærmere omfang af den lokale skolesundhedstjeneste og ansætter det nødvendige personale.

For at opfylde minimumskravene må skolesundhedstjenesten omfatte læger, sundhedsplejersker (eventuelt sygeplejersker) og sekretærer. Kommunalbestyrelsen kan herudover eventuelt anse det for formålstjenligt at ansætte andre personalegrupper som medarbejdere eller konsulenter i skolesundhedstjenesten.

I det følgende beskrives gældende uddannelseskrav for skolelæger og sundhedsplejersker og udvalgets overvejelser vedrørende fremtidige uddannelseskrav for disse personalegrupper. Som et gennemgående problem peges på de meget varierende kvalifikationer, man i dag finder blandt personalet i skolelægeordningerne. Herudover redegøres for udvalgets drøftelser vedrørende ansættelsesforhold og normtal, behovet for sekretærer i skolesundhedstjenesten, ligesom der gives eksempler på øvrige medarbejdere og konsulenter. Endelig beskrives udvalgets overvejelser i relation til kompetencefordelingen mellem personalegrupperne.

8.1. Læger

Principperne i den nuværende uddannelse af skolelæger hviler på en betænkning fra 1974 afgivet af et af sundhedsstyrelsen nedsat udvalg.

Ved fastlæggelsen af en kursusmæssig uddannelse gik man ud fra, at deltagerne havde gennemgået uddannelsen til alment praktiserende læge, omend en undervisning i medicinske emner ikke helt kunne undværes. Man lagde megen vægt på forståelse for lægens placering ved løsning af problemer med tilknytning til sociale og pædagogiske områder samt på samarbejde mellem skole og social- og sundhedsforvaltningen. Om den konkrete udformning af kursusindholdet udtaltes det i betænkningen, at dette måtte overlades til den for kurserne ansvarlige kursusleder, medens det foreslåede kursusudvalg burde have ansvaret for kursernes administration *og* afholdelse samt deres kvalitative og kvantitative indhold.

I tiden indtil udgangen af 1979 afholdtes herefter ialt 12 kurser efter disse retningslinier. Kurserne har været af 6o timers varighed, uanset hvilke forudsætninger, kursisterne er mødt op med. Samtlige kurser har været afholdt i internatform, som har vist sig at være en nødvendig forudsætning for den koncentrerede, delvis deltagerstyrede kursusform, som man har fundet bedst egnet for denne gruppe.

I indenrigsministeriets bekendtgørelse af 5•juli 1972 om skolelægeordningen forudsættes i § 4, stk. 3> at skolelægen eventuelt først gennemgår de af sundhedsstyrelsen tilrettelagte kurser i skolehygiejne efter ansættelsen som skolelæge, og der er ikke i bekendtgørelsen angivet særlige uddannelseskrav, som skal være opfyldt som ansættelsesbetingelse. Dette indebærer, at ansættelsesmyndigheden, d.v.s. kommunalbestyrelserne i tiden indtil 1.december 1976 som minimumskrav måtte forlange, at ansøgerne til skolelægestillingen havde gennemgået uddannelsen til alment praktiserende læge. 1f1g. indenrigsministeriets bekendtgørelse af 29.maj 197o bestod denne af en 2-årig klinisk uddannelse omfattende tjesneste på kirurgisk, medicinsk, gynækologisk og psykiatrisk afdeling samt et teoretisk kursus af 12o timers varighed. Efter den 1. december 1976 har indenrigsministeriet imidlertid fastsat, at den mindste uddannelse, der giver ret til sundhedsstyrelsens tilladelse til selvstændigt virke som læge, består af en 18-måmeder varende klinisk ansættelse, jf. bekendtgørelse nr. 55I af 25.november 1976. Samtidig har indenrigsministeriet ved bekendtgørelse nr. 553 af 25. november 1976 udvidet uddannelsen til alment praktiserende læge til at omfatte en 3-årig klinisk uddannelse, incl. et 1 måned varende teoretisk kursus.

Det er herefter blevet muligt at opnå ansættelse som skolelæge på grundlag af den medicinske universitetsuddannelse suppleret med en 18-måneders klinisk turnusuddannelse.

Efter ansættelsen som skolelæge har sundhedsstyrelsen sørget for at indkalde den pågældende til det førstkommende kursus i skolehygiejne. Spredningen i forudsætninger har været betydelig, fra en "nøgen" 18-måneders turnusuddannelse, en 3-årig uddannelse til alment praktiserende læge til en 6-årig speciallægeuddannelse i f.eks. pædiatri. Det har ikke været muligt at afvise eller eventuelt udskyde kursister til et senere kursus endsige foretage en differentiering af de 60 timers undervisning i forhold til elevernes individuelle forudsætninger.

De således beskrevne meget ulige uddannelsesmæssige kvalifikationer blandt skolelæger skaber et meget dårligt udgangspunkt for et rimeligt ensartet arbejde.

Efteruddannelsen har Dansk Skolelægeforeningen stået for ud fra et fagligt behov for en ajourføring og komplettering af grund- og videreuddannelsen. I de senere år har foreningen afholdt 1-2 årlige fælles internatkurser om emner af almen interesse, f.eks. sundhedspædagogik, skolens indeklima, problemer efter særforsorgens udlægning o.l. Endvidere arrangerer foreningen 2 årlige kurser for amtsrepræsentanterne, og disse tager lokale initiativer til at samle amtets skolelæger til kortere kurser og møder.

Sundhedsstyrelsen har ikke formaliseret indflydelse på efteruddannelsen og har ikke haft bevillingsmæssige muligheder for at støtte denne, men har anbefalet, at der af tipsmidlerne blev ydet et tilskud til amtsrepræsentantkurserne.

Udvalgets overvejelser vedrørende den fremtidige uddannelse af læger ved skolesundhedstjenesten.

Udvalget finder, at det foreliggende lægearbejde i skolerne stiller visse minimumskrav til de involverede lægers uddannelsesmæssige baggrund, som ikke bør ligge på et ringere niveau end svarende til slutstillinger inden for andre lægelige arbejdsområder.

Som minimumskrav finder udvalget, at en skolelæge inden ansættelsen bør have opnået ret til selvstændigt virke som læge og have gennemført mindst 36 måneders praktisk klinisk uddannelse efter sin embedseksamen. Heraf må mindst 6 måneder have pædiatrisk indhold for at sikre en minimal klinisk uddannelse på børneområdet.

Skolelægearbejdets tiltagende samfundsmedicinske indhold gør det ønskeligt, at skolelægen har samfundsmedicinske elementer i sin uddannelse. Den samfundsmedicinske uddannelse i Danmark er under opbygning. Den vil bl. a. blive baseret på en videreudvikling af det nuværende kursus i samfundsmedicin (tidligere embedslægekursus), som for øjeblikket har 4 måneders varighed og indeholder en række samfundsmedicinske elementer (epidemiologi, hygiejne, administration og planlægning, statistik, arbejdsmedicin, socialmedicin, retsmedicin m.v.). Herudover er der mulighed for en teoretisk samfundsmedicinsk uddannelse på Hälsovårdshögskolan i Gøteborg og internationale kurser på en række samfundsmedicinske uddannelsesinstitutioner i udlandet. Endelig afholdes en række kurser i Danmark inden for dele af det samfundsmedicinske område.

Der er i dag betydelig efterspørgsel efter kurser af den nævnte art, og bl.a. af kapacitetsmæssige grunde er det umuligt at forlange en bredere samfundsmedicinsk baggrund for nye skolelæger i de førstkommende år.Imidlertid

finder udvalget, at sundhedsstyrelsen bør bemyndiges til at fastsætte et passende tidspunkt, hvorefter der kun må ansættes skolelæger, som har uddannelsesmæssig baggrund i samfundsmedicin som svarer nogenlunde til de relevante elementer i kursus i samfundsmedicin. Sådanne kvalifikationer kan erhverves på forskellige måder. Udvalget har ikke stillet konkrete forslag, men henstiller, at sundhedsstyrelsen og indenrigsministeriet nærmere overvejer, hvorledes de samfundsmedicinske elementer kan indpasses i en fremtidig udvikling på området.

Endelig må det fortsat kræves, at en skolelæge inden eller umiddelbart efter ansættelsen skal gennemgå et af sundhedsstyrelsen tilrettelagt kursus i skolesundhedstjeneste. Dette bør formentlig revideres både hvad angår timeantal, pædagogisk form og indhold, således at det tilpasses deltagernes fremtidige forudsætninger og kravene til skolelægearbejdet.

Den nærmere tilrettelæggelse af de fremtidige kurser i skolesundhedstjeneste må således baseres på den kommende revision af skolesundhedstjenesten i Danmark.

Ansættelse af læger.

Kommunalbestyrelsen må, som ansvarlig for skolesundhedstjenesten, ansætte skolelæger i det omfang, det er nødvendigt for at imødekomme skolesundhedstjenestens formål og udføre de fornødne opgaver.

Udvalget finder det ikke rimeligt at angive normtal for antal skoleelever pr. skolelæge, idet sundhedsmæssige og organisatoriske variationer i forskellige dele af landet må have indflydelse på de krav til skolelægernes kapacitet, som gør sig gældende i den enkelte kommune. De nuværende skolelægeressourcer er langt fra optimale. Såfremt ressourcerne til forebyggende virksomhed i fremtiden ønskes eget, finder udvalget, at der må tilføres flere ressourcer til skolelægearbejdet.

Udvalget finder dog, at der så vidt muligt bør ansættes heltidsskolelæger, og hvor dette ikke er muligt, bør et antal på 800 elever pr. deltidsansat skolelæge være minimum for at sikre, at skolelægearbejdet indgår med en vis vægt i den pågældende skolelæges samlede arbejde.

Ansættelse som skolelæge bør ske efter offentligt opslag, og forinden ansættelsen bør kommunalbestyrelsen indhente kvalifikationsbedømmelse af indkomne ansøgninger hos embedslægeinstitutionen, herunder hvorvidt ansøgerne kan antages at have den fornødne pædiatriske uddannelse. Hvor der er ansat skoleoverlæge eller amtsskolelægekonsulent bør dennes udtalelser ligeledes indhentes med henblik på kvalifikationsbedømmelse ved ansættelse af skolelægerne.

Hvor særlige forhold gør sig gældende,må det fortsat være rimeligt, at sundhedsstyrelsen kan dispensere fra ovennævnte krav til uddannelse og elevtal.

8.2. Sundhedsplejersker

Som nævnt i afsnit 2.5. skønnes det, på baggrund af eksisterende data, rimeligt at antage, at der omregnet til heltidsstillinger er ansat 26o sundhedsplejersker og ca. 19o sygeplejersker inden for den eksisterende skolelægeordning. Af sundhedsplejerskerne er ca. 17o ansat i kombinerede ordninger.

Sundhedsplejersker er autoriserede sygeplejersker, der har afgangsbevis som sundhedsplejerske fra Danmarks Sygeplejerskehøjskole ved Århus Universitet, herunder afdelingen i København.

Optagelse på sundhedsplejerskelinien er betinget af, at den pågældende efter autorisation som sygeplejerske har praksis svarende til mindst 2 års heltidsansættelse, herunder har erfaring fra mindst 6 måneders ansættelse ved en pædiatrisk afdeling/børneafsnit på visse sygehuse og mindst 4 måneder ved hjemmesygeplejen. Endvidere tilrådes erfaring i arbejdet inden for forskellige institutioner (raske børn, handicappede børn) og børnepsykiatrisk sygepleje m.v.

Sundhedsplejerskeuddannelsen er af 9 l/2 måneds varighed, fordelt med 8 måneders teoriundervisning (ca. 6oo timer) og 5 ugers praktik.

Uddannelsesforløbet er for tiden tilrettelagt med en basisdel på 7 uger, som er fælles for alle l.dels studerende ved højskolen og har et bredt sundheds- og sygeplejefagligt sigte, en almen del ligeledes på 7 uger, der tager sigte på funktioner som syge- og sundhedsplejerske i den primære sundhedstjeneste og en speciel del på 24 uger, som specifikt er rettet mod sundhedsplejerskearbejdet.

Uddannelsens hovedområder omfatter fagene sundheds- og sygepleje, herunder funktion og metoder i sundhedsplejerskens arbejde (l9o timer), organisation og administration (9o timer), menneskets vækst og udvikling (9o timer), pædagogik (7o-75 timer) og samfundsfag, herunder socialpsykologi, sociologi, statistik, befolkningslære og sundheds- og socialpraktik (135 timer). I forbindelse hermed indgår en række praktiske øvelser i form af cases, undervisning af børn og forældre, kommunikationsøvelser, dataindsamling, skriftlige opgaver o.l.

Praktikuddannelsen (ca. 4 uger) foregår hovedsageligt i sundhedsplejerskedistrikter under supervision af sundhedsplejersker.

I uddannelsen tilstræbes det at integrere fag og emner, så sundhedsplejerskens arbejde inden for såvel småbørns- som skolesundhedsplejen fremstår som en helhed. Der indgår derfor ikke elementer i uddannelsesforløbet, der specifikt tager sigte på arbejdet i skolesundhedstjenesten.

Udvalgets overvejelser vedrørende den fremtidige uddannelse af sundhedsplejersker ved skolesundhedstjenesten.

Udvalgets forslag til omlægning af skolesundhedstjenesten vil stille ændrede krav til sundhedsplejersken og dermed til sundhedsplejerskens uddannelse. Udvalget har ikke foretaget en nøjere vurdering af de behov for ændringer i den eksisterende uddannelses indhold, som vil være en nødvendig følge af en omlægning, men finder det ønskeligt, at en sådan analyse indgår i det opfølgende arbejde, jf.kapitel IX . Udvalget skal specielt pege på det nødvendige i, at arbejdet med skolebørn gives en øget prioritering i den fremtidige sundhedsplejerskeuddannelse. Det bør overvejes, hvorvidt der er behov for at etablere specifikke erhvervsrettede uddannelseselementer vedrørende skolearbejdet.

Det store antal sygeplejersker i den nuværende skolelægeordning er bl.a. en konsekvens af den generelle mangel på uddannede sundhedsplejersker her i landet. Udvalget har ikke foretaget en nærmere vurdering af de kapacitetsmæsmæssige forhold og behovet inden for sundhedsplejerskeuddannelsen, men finder, at der på længere sigt må stræbes mod et kvalificeret, ensartet uddannelsesniveau for såvel læger som sundhedsplejersker i skolesundhedstjenesten, hvilket bl.a. må indebære, at kommunerne ved ledigtblevne sygeplejerskestillinger tilstræber at besætte disse med sundhedsplejersker. Sundhedsstyrelsen bør have beføjelse til at fastsætte et tidspunkt, hvorfra kommunerne kun kan ansætte sundhedsplejersker i skolesundhedstjenesten. Dette tidspunkt bør afstemmes med de realistiske muligheder for at skaffe det fornødne antal sundhedsplejersker.

Ansættelse af sundhedsplejersker.

Ansættelse som sundhedsplejerske bør således normalt være betinget af, at den pågældende sygeplejerske også har afgangsbevis som sundhedsplejerske fra Danmarks Sygeplejerskehøjskole. I tilfælde hvor ansættelse af sundhedsplejerske ikke er muligt, bør den ledende sundhedsplejerske eller, hvor en sådan ikke findes i kommunen, amtssundhedsplejersken inddrages i en vurdering af, om de fornødne uddannelses- eller erhvervskvalifikationer vedrørende børn og unge er tilstede hos ansøgerne. Hvis dette ikke er tilfældet, må sundhedsstyrelsen inddrages, således at ansættelse kun kan ske efter dispensation herfra.

Ved denne fremgangsmåde sikres, at sundhedsplejerskearbejdet i stigende grad baseres på uddannede sundhedsplejersker i skolesundhedstjenesten. Hvor der

fortsat må ansættes sygeplejersker sikres så vidt muligt kvalifikationer vedrørende børn og unge, *og* på længere sigt stilles krav om sundhedsplejersker overalt i ordningen.

Der er i dag stor variation i antallet af børn pr. sundhedsplejerske/sygeplejerske i skolelægeordningen. Ifen kan finde op til omkring 3.000 børn pr. fuldtids sundheds-/sygeplejerske i visse områder af landet og ned til ca. l.ooo børn andre steder (bl.a. i Københavns kommune). Gennemsnittet er ca.I.800 børn pr. sundheds-/sygeplejerske.

Ligesom for skolelæger finder udvalget det ikke rimeligt at angive normtal for sundhedsplejersker. Man må antage, at der er store variationer i de sundhedsmæssige problemer blandt skolebørn forskellige steder i landet og dermed i kravene til sundhedsplejerskernes indsats. Som hidtil må det således være den enkelte kommunes ansvar at ansætte det fornødne antal sundhedsplejersker, som gør det muligt på rimelig og forsvarlig måde at opfylde kravene til skolesundhedstjenesten. Såfremt forebyggelse i fremtiden ønskes tilført øgede ressourcer finder udvalget, at børnetallet pr. sundhedsplejerske må reduceres de steder, hvor det er højest med henblik på at skabe et solidt niveau for gennemførelsen af udvalgets forslag.

Det er udvalgets opfattelse, at de kombinerede sundhedsplejerskeordninger, hvor småbørnssundhedsplejen tilrettelægges i kombination med skolesundhedsplejen, frembyder en række fordele hvad angår kontinuitet og koordination af det forebyggende arbejde blandt børn og unge. Udvalget må derfor anbefale, at man de steder, hvor kombinerede ordninger endnu ikke er etableret, overvejer, hvorvidt det vil være ønskeligt og hensigtsmæssigt at etablere en sådan kombineret ordning.

8.3. Sekretærer

Af § 6 i den gældende bekendtgørelse om skolelægeordningen fremgår det, at skolelægen og sundhedsplejersken skal sikres fornøden sekretærhjælp. Som det fremgår af afsnit 6.1. ser det imidlertid ud til, at sundhedsplejerskerne varetager en væsentlig del af det administrative arbejde. Det er udvalgets opfattelse, at sundhedsplejerskens og lægens indsats i videst mulige omfang bør forbeholdes det sundhedsfaglige arbejde, og der må derfor lægges vægt på, at man lokalt vurderer behovet for sekretærbistand til såvel sundhedsplejerske som skolelæge og sikrer, at socialforvaltningen i fornødent omfang stiller denne bistand til rådighed. Sekretæren kan tilknyttes skolesundhedstjenesten ved den enkelte skole eller ved flere skoler, og det vil eventuelt være hensigtsmæssigt at denne indgår i det sekretærmæssige arbejde i relation

til andre sundhedsfaglige opgaver i sundheds- og socialforvaltningen som f. eks. sundhedsplejerskeordningen, hjemmesygeplejerskeordningen, lægekonsulentområdet.

Som eksempler på sekretærmæssige arbejdsområder i skolesundhedstjenesten kan nævnes:

- Udsendelse af spørgeskemaer til hjemmet ved indskrivning til børnehaveklasser (og eventuelt 1. klasse)og kontrol med, at spørgeskemaerne kommer retur.
- Udfærdigelse af forside på alle nye helbredskort, så de ligger klar til brug ved undersøgelserne.
- Varetagelse af udgående korrespondance, herunder rekvisition af udskrivningskort efter aftale.
- Renskrivning af undervisningsmateriale m.v. for læge og sundhedsplejerske.
- Planlægning og organisation af undersøgelser og samtaler sammen med sundhedsplejerske og læge.
- Telefonbetjening, fotokopiering og modtagning, fordeling og afsendelse af post.
- Rekvisition af blanketter, kontorartikler m.v.
- Arkivering af cirkulærer og bekendtgørelser.
- Udarbejdelse af endelig statistik i samarbejde med sundhedsplejerske og skolelæge.
- Varetagelse af opgaver i forbindelse med økonomi og regnskaber.

8.4. Andre medarbejdere

I visse tilfælde kan kommunalbestyrelsen finde det ønskeligt at nogle af skolesundhedstjenestens funktioner varetages af andre personalegrupper end de ovenfor nævnte. F.eks. kan man anse det for hensigtsmæssigt, at have tilknyttet personale med særlig sagkundskab inden for området ergonomi, børns kropslige og motoriske udvikling m.v. Tilsvarende kan der eventuelt være behov for børnepsykiatrisk rådgivning i relation til skolesundhedstjenestens arbejde. I sådanne tilfælde har kommunalbestyrelsen naturligvis mulighed for at ansætte andre personalegrupper som medarbejdere eller konsulenter i skolesundhedstjenesten.

I Københavns og Århus kommuner er ansat en skoleoverlæge(se kapitel II), som her spiller en væsentlig rolle i administration, planlægning og koordinering

af skolesundhedstjenesten. En del kommuner (omkring lo *fo)* har ansat en ledende skolesundhedsplejerske, som tilsvarende indgår i administrative opgaver i forbindelse med skolesundhedsplejen. Dette bør naturligvis fortsat finde sted, i de kommuner, hvor der er behov derfor.

5.5. *Kompetencefordeling*

Skolelægeordningen af 1972 er en lægelig ordning, hvor andre personalegrupper (sundhedsplejerske, sekretær m.v.) er hjælpepersonale, og hvor skolelægen er ansvarlig for ordningen og dennes gennemførelse.

I udvalgets forslag lægges der op til en ændring af skolelægeordningen til en skolesundhedstjeneste, hvor skolelæge og sundhedsplejerske arbejder med hvert sit særligt definerede arbejdsområde samt i en række samarbejdssituationer. Omlægningen indebærer derfor,at sundhedsplejerske og skolelæge hver må have ansvaret for sit fag- og funktionsområde.

Henvisninger.

Hvad angår skriftlige henvisninger fra skolesundhedstjenesten og andre instanser finder udvalget, at henvisningskompetencen bør placeres hos lægen.

Afhængig af de lokale forhold kan der mellem den enkelte læge og sundhedsplejerske træffes aftale om, at sundhedsplejersken henviser til andre instanser.

I alle tilfælde bør henvisninger så vidt muligt drøftes mellem læge og sundhedsplejerske, før der træffes beslutning herom. Den instans, hvortil der henvises, bør opfordres til at orientere skolesundhedstjenesten om resultatet af henvisningen.

8.6. Efteruddannelse

Udvalgets forslag stiller en række nye krav til personalet i skolesundhedstjenesten. I en årrække må udviklingen i skolesundhedstjenesten først og fremmest baseres på det eksisterende personale med dets meget varierende uddannelsesmæssige kvalifikationer.

Herudover sker der en fortsat udvikling på det forebyggende område, som generelt gør det ønskeligt med en løbende ajourføring af personalets faglige kompetence.

Udvalget finder det derfor ønskeligt, at man giver efteruddannelsen af skolesundhedstjenestens personale en høj prioritering. Der tænkes her på såvel landsdækkende efteruddannelsesaktiviteter som på kurser, der har tilknytning til sundhedsarbejdet i den enkelte kommune og amtskommune.

Skolesundhedstjenestens virksomhed er i høj grad baseret på tværfagligt samarbejde, og udvalget finder det derfor ønskeligt, at man, hvor det er muligt, udbygger de tværfaglige efteruddannelsestilbud.

Kapitel IX
Opfølgende arbejde

Den foreslåede omlægning af skolesundhedstjenesten medfører væsentlige ændringer i skolesundhedstjenestens forudsætninger, rammer og arbejdsgang. Udvalget har i den begrænsede tid, der har været til rådighed, søgt at beskrive disse forhold, men har på flere områder måttet afstå fra en detaljeret analyse *og* beskrivelse.

Det drejer sig om følgende områder:

1) Skolesundhedstjenestens blanketsystem.
2) Skolesundhedstjenestens statistik- og informationssystemer.
3) Detaljerede retningslinier for sundhedsplejerskens sundhedsorienterede samtaler.
4) Detaljerede retningslinier for lægens funktionsundersøgelser.
5) Detaljerede retningslinier for etablering og indretning af skolesundhedstjenestens lokaler.
6) Konkrete planer for ændringer i uddannelsen til skolelæge og sundhedsplejerske, samt nødvendige efteruddannelsesaktiviteter.

9.1. Blanketsystem

Et udvalg under Kommunernes Landsforening har tidligere påbegyndt et arbejde vedrørende blanketter til brug for skolesundhedstjenesten, men har stillet dette i bero under nærværende udvalgs arbejde. En omlægning af skolesundhedstjenesten vil naturligvis medføre ændrede krav til de anvendte blanketsystemer og formularer. Dette arbejde må derfor videreføres, så snart der er sket en afklaring af skolesundhedstjenestens fremtidige situation.

9.2. Statistik- og informationssystemer

Som fremhævet flere steder i betænkningen er der et udtalt behov for bedre dokumentation af skolesundhedstjenestens arbejde og resultater. Udvalget anbefaler, at der efterfølgende sker en nøjere vurdering af det fremtidige behov for udarbejdelse af informations- og statistiksystemer i skolesundhedstjenesten.

9.3. Retningslinier for sundhedsplejerskens sundhedsorienterede samtaler

Sundhedsplejerskens årlige sundhedsorienterede samtaler er en væsentlig nyskabelse i udvalgets forslag til omlægning af skolesundhedstjenesten. Som nævnt bl.a. i afsnit 5.4. må indholdet i disse samtaler fastlægges på baggrund af de skiftende sundhedsmæssige forhold i løbet af skolealderen samt særlige forhold hos grupper af børn med specielle sundhedsmæssige behov. Det vil være nødvendigt at der udarbejdes detaljerede forslag til indholdet af de sundhedsorienterede samtaler på forskellige alderstrin til støtte for sundhedsplejerskernes arbejde. Dette må dels ske generelt som en opfølgning af udvalgets arbejde og dels lokalt i relation til konkrete problemer og behov.

9.4. Retningslinier for lægens funktionsundersøgelser

Omlægningen indebærer et ændret og mere funktionsorienteret lægeligt undersøgelsesprogram, og det er nødvendigt, at der fastlægges nøjere krav til de foreslåede lægeundersøgelser i indskolings- og udskolingsfasen gennem et videre arbejde med udviklingen af disse undersøgelsers form og indhold.

9.5. Retningslinier for etablering og indretning af lokaler

Som beskrevet i afsnit 7.1. skal kommunen stille fornødne lokaler til rådighed for skolesundhedstjenesten. De gældende vejledende retningslinier for skolelægeordningen er suppleret med en detaljeret beskrivelse af udstyr, indretning m.v. På baggrund af den foreslåede omlægning af skolesundhedstjenesten vil det være rimeligt med et opfølgende arbejde, hvor kravene til skolesundhedstjenestens lokaler og tilbehør revurderes med henblik på udformning af fremtidige retningslinier herfor.

9.6. *Handlingsplan for videre- og efteruddannelse af læger og sundhedsplejersker*

I kapitel VIII beskrives udvalgets overvejelser vedrørende de uddannelsesmæssige forhold for skolesundhedstjenestens personale. Der stilles forslag til generelle forbedringer af den fremtidige uddannelse til arbejdet som læge og sundhedsplejerske i skolesundhedstjenesten. Der vil på grundlag af disse forslag være behov for, at man i den kommende tid vurderer, hvorledes disse behov konkret kan tilgodeses i de fremtidige uddannelser. Det drejer sig bl.a. om sundhedsplejerskeuddannelsen på sygeplejerskehøjskolen, om fremtidens skolelægekurser, om udviklingen af samfundsmedicinske uddannelsesforløb og om tilrettelæggelsen af den nødvendige efteruddannelse på områderne.

Udvalget skal sammenfattende anbefale, at det omtalte opfølgende arbejde iværksættes snarest muligt efter afslutningen af skolesundhedstjenesteudvalgets arbejde, således at en ændret skolesundhedstjenese kan realiseres pr. 1. august 1982.

Indenrigsministeriets lovbekendtgørelse nr. 430 af 16. august 1974.

Bekendtgørelse af lov om skolelægeordning.

Herved bekendtgøres lov nr. 266 af 7. juni 1972 om skolelægeordning med de ændringer, der følger af lov nr. 311 af 19. juni 1974.

§ 1. Kommunerne ansætter skolelæger, sundhedsplejersker, sygeplejersker og hjælpepersonale i det omfang, det er nødvendigt for at sikre, at der foretages forebyggende helbredsundersøgelser af alle børn i den undervisningspligtige alder og i børnehaveklasser og føres kontrol med sundhedstilstanden i skolerne.

Stk. 2. Efter kommunalbestyrelsens bestemmelse kan der tilbydes skolebørn over den undervisningspligtige alder forebyggende helbredsundersøgelser.

§ 2. Alle børn, der går i skole, skal tuberkuloseundersøges af skolelægen i samarbejde med en lungeklinik. (Børnene har ret til vederlagsfri calmettevaccination, hvis de reagerer negativt ved tuberkulinprøven.)*

(*Stk. 2.* Samtlige lærere og andre, der er beskæftiget ved skolerne, skal hvert år tuberkuloseundersøges af skolelægen i samarbejde med en lungeklinik.)**

§ 3. Skolelægen kan fritage et barn for undersøgelser efter § 1, stk. 1, og § 2, stk. 1, såfremt det ved lægeattest godtgøres, at barnet på anden måde er undersøgt som efter disse bestemmelser.

§ 4. Den kommunale skolelægeordning forvaltes efter reglerne i lov om styrelse af sociale og visse sundhedsmæssige anliggender.

§ 5. (Ophævet).

§ 6. Regler om omfanget af de kommunale forpligtelser efter § 1 fastsættes af indenrigsministeren.

§ 7. Retningslinjer for tilrettelæggelsen af undersøgelserne efter § 1 og § 2 fastsættes af sundhedsstyrelsen.

§ 8. Kommunalbestyrelser og amtsråd er forpligtet til efter regler fastsat af sundhedsstyrelsen at give oplysninger om virksomheden i medfør af denne lov.

§ 8 a. Staten refunderer efter regler fastsat af indenrigsministeren 50 pct. af de udgifter, som kommunerne afholder til sundhedsplejersker eller sygeplejersker i medfør af § 1, stk. 1.

§ 9. Loven træder i kraft den 1. august 1972. I loven af 19. juni 1974 fastsættes i § 23, stk. 3, at § 8 a i lov om skolelægeordning træder i kraft den 1. april 1974.

Stk. 2. Lov nr. 413 af 12. juli 1946 om skolelæger ophæves.

§ 10. Loven gælder ikke for Færøerne og Grønland, men kan ved kgl. anordning sættes i kraft for Færøerne med de afvigelser, som de særlige færøske forhold tilsiger.

Indenrigsministeriet, den 16. august 1974.

P. M. V.

Zeuthen. / Ebbe Sørensen.

* Oph.ved lov nr.634 af 17.december 1976

** Oph.ved lov nr.178 af 7.maj 1975

Indenrigsmin. 3. s. kt. 51210-7-1974.

Indenrigsministeriets bekendtgørelse af 5. juli 1972.

Bekendtgørelse om skolelægeordning.

I henhold til § 6 i lov nr. 266 af 7. juni 1972 fastsættes:

§ 1. Den kommunale skolelægeordning skal omfatte alle i kommunen beliggende skoler med undervisningspligtige børn.

Stk. 2. Socialstyrelsen kan efter forhandling med embedslægen undtage statslige eller anerkendte skoler under åndssvageforsorgen og den øvrige særforsorg fra den kommunale skolelægeordning, hvis den finder, at der på anden måde føres betryggende tilsyn med skole og børn.

Stk. 3. Statslige eller anerkendte døgninstitutioner, på hvilke undervisningspligtige børn har ophold, skal være omfattet af skolelægeordningen i den kommune, hvori institutionen er beliggende, medmindre embedslægen finder, at der på anden måde føres betryggende tilsyn med institutionen og børnene. Institutionen betaler til kommunen et beløb pr. barn svarende til kommunens gennemsnitlige udgift pr. barn i skolelægeordningen.

§ 2. Skolelægeordningen skal efter nærmere retningslinier fastsat af sundhedsstyrelsen omfatte:

1. Sygdomsforebyggende og sundhedsfremmende foranstaltninger over for børnene og deres miljø på skolen og tilsyn med det enkelte barns legemlige og psykiske helbredstilstand. Viser skolelægens undersøgelse, at et barn trænger til lægebehandling, henvises det til praktiserende læge.
2. Almene sygdomsforebyggende og sundhedsfremmende foranstaltninger, herunder oplysningsvirksomhed m.v. med det formål at fremme forståelsen af betydningen af sygdomsforebyggelse og hygiejne hos børn, forældre og skolepersonale.
3. Kontrol med sundhedstilstanden i de af ordningen berørte skoler m. v., herunder tilsyn med de hygiejniske forhold i samtlige de af børnene benyttede lokaliteter og foranstaltninger til bekæmpelse af smitsomme sygdomme. I sager om skolehygiejniske forhold skal skolelægens erklæring indhentes.

§ 3. Skolelægen foretager regelmæssige forebyggende helbredsundersøgelser af børnene i 1., 2., 5. og den senere klasse, efter hvilken undervisningspligten ophører. Børn i børnehaveklasse ved skolen undersøges tillige i denne klasse.

Stk. 2. Skolelægen afgør med fornøden bistand fra skolesundhedsplejerske, lærerpersonale, skoleleder, skolepsykolog, børnetandlæge og forældre, hvilke børn, der herudover har behov for forebyggende helbredsundersøgelse.

Stk. 3. Sundhedsstyrelsen fastsætter efter forhandling med undervisningsministeriet retningslinier for undersøgelser af børn, der får specialundervisning, eller i øvrigt har særlige behov for undersøgelser.

§ 4. Kommunalbestyrelsen ansætter det fornødne antal skolelæger og fastsætter omfanget af den enkelte skolelæges arbejdsområde.

Stk. 2. Ansættelse som skolelæge sker efter offentligt opslag. Forinden ansættelsen indhenter kommunalbestyrelsen embedslægens erklæring over de indkomne ansøgninger.

Stk. 3. Skolelægen skal gennemgå et af sundhedsstyrelsen tilrettelagt kursus i skolehygiejne.

Stk. 4. Sundhedsstyrelsen kan gøre undtagelse fra bestemmelsen i stk. 3.

§ 5. Skolelægen står under tilsyn af embedslægen.

Stk. 2. I kommuner, der har ansat en skoleoverlæge, står skolelægen tillige under tilsyn af denne, der sammen med embedslægen afgiver udtalelser i ansættelsessager efter § 4.

Stk. 3. Bestemmelse om skolelægens og skoleoverlægens forhold til embedslægen fastsættes af sundhedsstyrelsen.

§ 6. Til bistand for skolelægerne ansætter kommunalbestyrelsen det fornødne antal skolesundhedsplejersker, medmindre sundhedsplejerskeordningen for kommunen på tilfredsstillende måde tilrettelægges i kombination med skolelægeordningen. I tilfælde, hvor der ikke kan skaffes uddannede skolesundhedsplejersker eller tilstrækkelig bistand fra sundhedsplejerskeordningen, ansættes sygeplejersker uden uddannelse som sundhedsplejersker. Skolelægen og sundheds- eller sygeplejersken tilsikres fornøden sekretærhjælp.

§ 7. Denne bekendtgørelses regler for de enkelte kommuner finder tilsvarende anvendelse på skolelægeordninger, der omfatter flere kommuner.

§ 8. Bekendtgørelsen træder i kraft den 1. august 1972.

Indenrigsministeriet, den 5. juli 1972.

Egon Jensen. / Ebba Lund.

Forslag til lov om skolesundhedst.jeneste.

§ 1. Formålet med en skolesundhedstjeneste er

at medvirke til at sikre børn og unge en sund opvækst og at skabe forudsætninger for en sund voksentilværelse, samt

at bidrage med et forebyggende sundhedsmæssigt perspektiv til skolens liv og til opfyldelse af dens formål, og gennem en forebyggende sundhedsfaglig indsats at søge at bidrage til at skabe de bedst mulige udviklings- og indlæringsbetingelser for det enkelte barn.

§ 2. Skolesundhedstjenesten omfatter samtlige skoler i en kommune med børn i den undervisningspligtige alder og i børnehaveklasser. Den tilbyder endvidere bistand til børn, der opfylder undervisningspligten uden for skolen.

Stk. 2. Skolesundhedstjenesten kan efter kommunalbestyrelsens nærmere bestemmelse udvides til også at omfatte skolesøgende unge over den undervisningspligtige alder.

Stk. 3. Et barn kan efter forældrenes ønske helt eller delvist fritages for individuelle undersøgelser o.l. ved skolesundhedstjenesten

§ 3. Skolesundhedstjenestens personale består af læger og sundhedsplejersker.

Stk. 2. Indenrigsministeren kan fastsætte nærmere regler om uddannelse af skolesundhedstjenestens personale.

§ 4. Regler om omfanget af den kommunale skolesundhedstjeneste fastsættes af indenrigsministeren. Der kan herunder fastsættes regler om valgfrihed vedrø-

rende tilrettelæggelsen af skolesundhedstjenesten,om oprettelse af skolesundhedsudvalg og om forsøgsvirksomhed.

§ 5. Retningslinier for tilrettelæggelse af udførelse af skolesundhedstjenesten fastsættes af sundhedsstyrelsen.

Stk. 2. Kommunalbestyrelsen og amtsrådet er forpligtet til efter regler fastsat af sundhedsstyrelsen at give oplysninger til styrelsen om virksomheden i medfør af denne lov.

§ 6. Kommunalbestyrelsen er ansvarlig for tilrettelæggelsen af skolesundhedstjenesten i overensstemmelse med de af indenrigsministeren og sundhedsstyrelsen i medfør af denne lov fastsatte regler.

Stk. 2. Kommunen afholder udgifterne ved skolesundhedstjenesten for samtlige i kommunen beliggende skoler med undervisningspligtige børn og børn i børnehaveklasser. Staten refunderer efter regler fastsat af indenrigsministeren 5o % af de udgifter, kommunen afholder til sundhedsplejersker, jf.§ 3> stk. 1.

Stk. 5» Den kommunale skolesundhedstjeneste forvaltes efter reglerne i lov om styrelse af sociale og visse sundhedsmæssige anliggender.

§ 7. Loven træder i kraft den 19

Stk. 2. Fra samme tidspunkt ophæves lov nr. 266 af 7.juni 197^{2} om skolelægeordning.

§ 8. Loven gælder ikke for Færøerne og Grønland, men kan ved kongelig anordning sættes i kraft på Færøerne med de afvigelser, som de særlige færøske forhold tilsigter.

Forslag til bekendtgørelse om skolesundhedst.jeneste.

Kapitel I.

Formål og personkreds.

§ 1. Formålet med en skolesundhedstjeneste er

at medvirke til at sikre børn og unge en sund opvækst og at skabe forudsætninger for en sund voksentilværelse, samt

at bidrage med et forebyggende sundhedsmæssigt perspektiv til skolens liv og til opfyldelse af dens formål, og gennem en forebyggende sundhedsfaglig indsats at søge at bidrage til at skabe de bedst mulige udviklings - og indlæringsbetingelser for det enkelte barn.

§ 2. Den kommunale skolesundhedstjeneste omfatter samtlige børn i den undervisningspligt ige alder og i børnehaveklasser i skoler beliggende i kommunen. Den tilbyder endvidere bistand til børn bosat i kommunen, der opfylder undervisningspligten uden for skolen.

Stk. 2. Børn, der har ophold på døgninstitutioner for børn og unge, er omfattet af den kommunale skolesundhedstjeneste i den kommune, hvor institutionen er beliggende, med mindre andet er bestemt, jf. stk. 3-5.

Stk. 3. Indenrigsministeriet kan efter forhandling med socialministeriet bestemme, at de i stk. 2 nævnte institutioner eller særlige typer af disse ikke skal være omfattet af den kommunale skolesundhedstjeneste. Socialstyrelsen kan efter forhandling med embedslægeinstitutionen undtage enkeltinstitutioner for ordningen, hvis den finder, at skolesundhedstjenestens funktioner varetages betryggende på anden vis.

Stk. 4. Indenrigsministeriet kan efter forhandling med socialministeriet og sundhedsstyrelsen fastsætte særlige krav til skolesundhedstjenesten ved de i stk. 2 omhandlede institutioner.

Kapitel II.

Funktion og opgaver.

§ 3. Den kommunale skolesundhedstjeneste omfatter sådanne sundhedsfaglige funktioner, der til enhver tid er egnede til at opfylde formålet i § 1.

Stk. 2. Skolesundhedstjenestens opgaver udøves gennem samarbejde med skolens personale, forældre og elever, samt i fornødent omfang med skolepsykologisk rådgivning, den øvrige kommunale social- og sundhedsforvaltning og medicinalpersoner.

§ 4. Skolesundhedstjenestens opgaver tilrettelægges efter en vurdering af den enkelte skoles eller det enkelte lokalområdes særlige problemer og skal omfatte følgende:

- Lægelige funktionsundersøgelser af det enkelte barn i indskolingsforløbet (børnehaveklasse eller 1. klasse) og udskolingsforløbet (9. klasse), herunder fornøden vejledning, henvisning og opfølgning,
- lægeundersøgelser af børn med særlige behov,
- årlige sundhedsorienterede samtaler ved sundhedsplejerske med børn på alle klassetrin, herunder vejledning, henvisning *og* opfølgning,
- screening ved sundhedsplejerske (undersøgelse af syn, hørelse, højde, vægt),
- sundhedspædagogiske aktiviteter, herunder rådgivning af lærerpersonalet,
- forebyggelse af smitsomme sygdomme, herunder særlige vaccinationsformer,
- almindeligt hygiejnisk tilsyn med skolen ved skolelæge
- journalføring og afgivelse af statistiske oplysninger.

Stk. 2. Efter kommunalbestyrelsens nærmere bestemmelse kan skolesundhedstjenesten tillige omfatte:

- udvidede lægelige funktionsundersøgelser i indskolings- og udskolingsforløbet og lægelige funktionsundersøgelser i det øvrige skoleforløb,
- opsøgende virksomhed samt udvidet opfølgende samarbejde omkring medicinske, pædagogisk-psykologiske og sociale behandlingsforanstaltninger for børn med særlige behov,

- udvidet sundhedspædagogisk rådgivningsvirksomhed ved gennemførelse af mere generelle sundhedspædagogiske aktiviteter på skolen samt ved sundhedspædagogiske aktiviteter over for det enkelte barn,
- individuel vejledning i svangerskabsforebyggelse for elever i de ældste klasser,
- udvidet dataregistrering med henblik på analyse, vurdering og videregivelse af oplysninger vedrørende skolebørns sundhedstilstand og skolesundhedstjenestens aktiviteter og resultater.

Stk. 3. Efter kommunalbestyrelsens nærmere bestemmelse kan skolelægen endvidere varetage konsulentopgaver over for andre dele af social- og sundhedsforvaltningen og over for skolepsykologisk rådgivning for så vidt angår børn og unge i alderen 0-I8 år.

Stk. 4. Skolesundhedstjenesten varetager endvidere de opgaver, der måtte blive pålagt i henhold til anden lovgivningo

Stk. 5. Sundhedsstyrelsen fastsætter nærmere retningslinier for omfanget og indholdet af skolesundhedstjenestens opgaver.

§ 5. Skolesundhedstjenesten omfatter ikke lægelig behandling. I tilfælde af uheld, ulykkestilfælde eller akut opstået sygdom, som måtte indtræffe, medens skolesundhedstjenestens personale er på skolen, foretages dog behandling i fornødent omfang. Der kan endvidere træffes aftale med barnets alment praktiserende læge om opfølgende indsats i skolesundhedstjenesten.

Kapitel III.

Personale.Ansættelse og uddannelse.

§ 6. Kommunalbestyrelsen ansætter det fornødne antal læger og sundhedsplejersker. Kommunalbestyrelsen stiller den fornødne sekretærbistand ved social- og sundhedsforvaltningen til rådighed for skolesundhedstjenesten. Der kan endvidere knyttes andre medarbejdere og konsulenter til skolesundhedstjenesten.

Stk._2. Ansættelse af skolesundhedstjenestens personale sker efter offentligt opslag.

§ 7« Ansættelse som læge i skolesundhedstjenesten er betinget af, at den pågældende har ret til selvstændigt virke som læge og mindst 36 måneders praktisk klinisk uddannelse, herunder fornøden pædiatrisk uddannelse. Skolelægen skal gennemgå et af sundhedsstyrelsen tilrettelagt kursus i skolesundhedstjeneste.

Stk. 2. Sundhedsstyrelsen kan bestemme, at der fra et nærmere angivet tidspunkt kun må ansættes lægar med uddannelseskvalifikationer svarende til kursus i samfundsmedicin. Sundhedsstyrelsen kan dispensere fra bestemmelserne i stk. 1.

Stk. 3. Forinden ansættelse af en læge i skolesundhedstjenesten indhenter kommunalbestyrelsen en vejledende udtalelse fra embedslægeinstitutionen vedrørende de indkomne ansøgninger, herunder om ansøgerne kan antages at have den fornødne pædiatriske uddannelse.

§ 8. Ansættelse som sundhedsplejerske i skolesundhedstjenesten er betinget af, at den pågældende er sygeplejerske og har afgangsbevis som sundhedsplejerske fra Danmarks Sygeplejerskehøjskole. I tilfælde, hvor der ikke kan skaffes uddannede sundhedsplejersker, ansættes sygeplejersker, der opfylder de til enhver tid gældende regler for optagelse på sundhedsplejerskelinien ved Danmarks Sygeplejerskehøjskole.

Stk. 2. Sundhedsstyrelsen kan bestemme, at der fra et nærmere angivet tidspunkt kun må ansættes sundhedsplejersker i skolesundhedstjenesten. Sundhedsstyrelsen kan dispensere fra de i stk. 1, 2.pkt. foreskrevne kvalifikationskrav for sygeplejersker.

Stk. 3. Forinden ansættelse af en sygeplejerske indhenter kommunalbestyrelsen, såfremt kommunen ikke har en ledende sundhedsplejerske, en vejledende udtalelse fra amtssundhedsplejersken eller embedslægeinstitutionen.

Kapitel IV.

Tilsyn.

§ 9. Embedslægeinstitutionen fører tilsyn med skolesundhedstjenestens virk-

somhed og dens medicinalpersonale.

Stk. 2. I kommuner, der har ansat en skoleoverlæge eller en ledende skolelæge, står skolelægen tillige under tilsyn af denne.

Stk. 3. I kommuner, der har ansat en ledende skolesundhedsplejerske, står sundhedsplejersken eller sygeplejersken tillige under tilsyn af denne.

Kapitel Y.

Administration, planlægning og finansiering.

§ lo. Skolesundhedstjenesten forvaltes efter reglerne i lov om styrelse af sociale og visse sundhedsmæssige anliggender.

Stk. 2. Kommunalbestyrelsen planlægger og fastsætter i medfør af denne bekendtgørelses §§ 1-5 arten og omfanget af den kommunale skolesundhedstjenestes funktioner. Den skal herunder, under hensyntagen til lokale behov samt til personalemæssige og andre ressourcer, beskrive skolesundhedstjenestens lokale målsætning og prioritere arten og omfanget af skolesundhedstjenestens funktioner. Skolesundhedsplejen kan tilrettelægges i kombination med den kommunale sundhedsplejerskeordning.

§ 11. Udgifterne ved skolesundhedstjenesten afholdes af kommunen.

Stk. 2. Indenrigsministeren fastsætter regler for statslig refusion af udgifter til sundhedsplejersker, jf. lov om skolesundhedstjeneste § 6, stk. 2.

Stk. 3. For de i § 2, stk. 2, nævnte børn samt for børn med bopæl uden for kommunen, betaler institutionen eller bopælskommunen et beløb pr. barn svarende til kommunens gennemsnitlige udgift pr. barn i den kommunale skolesundhedstjeneste.

Kapital VI.

Skolesundhedsudvalg.

§ 12. Kommunalbestyrelsen kan beslutte, at der i skoler omfattet af den kommunale skolesundhedstjeneste etableres rådgivende skolesundhedsudvalg. Sådanne udvalg kan etableres enten for den enkelte skole eller for flere skoler i fællesskab.

Stk. 2. Et skolesundhedsudvalg har til opgave

- at drøfte og rådgive om skolebørns helbredsforhold og helbredsproblemer,
- at drøfte og rådgive om igangsætning af sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende aktiviteter på skolen, herunder aktiviteter af sundhedspædagogisk art,
- at drøfte og rådgive om tilrettelæggelsen af skolesundhedstjenesten ved skolen.

Stk. 3. Et skolesundhedsudvalg består af skolens inspektør, en repræsentant udpeget af lærerrådet, en repræsentant udpeget af elevrådet, en repræsentant udpeget af skolenævnet, læge og sundhedsplejerske ved skolesundhedstjenesten, skolepsykologen samt en repræsentant fra børnetandplejen. Udvalget kan, ved drøftelse af særlige emner eller permanent, udvides med andre repræsentanter.

Stk. 4. Et skolesundhedsudvalg konstituerer sig med en formand og sekretær og fastsætter iøvrigt selv sin forretningsorden. Udvalget afholder møde efter behov og mindst én gang årligt.

Kapitel VII.

Forsøgsvirksomhed og dispensation.

§ 13. Kommunen kan etablere forsøgsvirksomhed vedrørende skolesundhedstjenestens struktur og funktioner. Ved tilrettelæggelsen, gennemførelsen og vurderingen af forsøgsvirksomheden kan embedslægeinstitutionen, amtssundhedsplejersken, sundhedsstyrelsen m.v. yde faglig bistand.

Stk. 2. Tilladelse til forsøgsvirksomhed gives af indenrigsministeriet efter forhandling med sundhedsstyrelsen.

Stk. 3. I forbindelse med forsøgsvirksomhed kan indenrigsministeriet dispensere fra bestemmelserne i denne bekendtgørelse.

Kapital VIII.

Ikrafttræden m.v.

§ 14. Denne bekendtgørelses regler for de enkelte kommuner finder tilsvarende anvendelse på kommunale skolesundhedstjenester, der omfatter flere kommuner.

§ 15. Bekendtgørelsen træder i kraft den -Samtidig ophæves indenrigsministeriets bekendtgørelse nr. 325 af 5. juli 1972 om skolelægeordningen.

Forslag til retningslinier vedrørende tilrettelæggelse af skolesundhedstjenesten.

INDLEDNING.

Med lov . . . . . og indenrigsministeriets bekendtgørelse . . . . . omlægges skolesundhedstjenesten.

Ordningen omlægges på et tidspunkt, hvor der på den ene side udtrykkes ønsker om en intensiveret sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende indsats, men hvor den samfundsøkonomiske situation på den anden side ikke tillader en udvidet ressourceramme for skolesundhedstjenesten.

De nærmere overvejelser vedrørende skolesundhedstjenesten findes iøvrigt i Betænkning om skolesundhedstjenesten . . . . . .

Skolesundhedstjenesten må ses som en del af samfundets samlede tilbud om forebyggelse,og skolesundhedstjenesten må fungere som et koordineret led i denne sammenhæng.

I takt med samfundsudviklingen og udviklingen af en højere levestandard i Danmark har skolebørns sygdoms- og sundhedsproblemer ændret karakter. Bekæmpelsen af smitsomme sygdomme kan nu prioriteres lavere, således at skolesundhedstjenesten i stigende grad kan rette sin opmærksomhed mod andre sygdoms- og sundhedsproblemer af betydning for børnesundheden og voksensundheden.

Mange problemer på grund af fejludviklinger kan stadig opstå eller fastholdes i skolealderen. Indsatsen for at forhindre disse er en vigtig opgave for skolesundhedstjenesten. Resultaterne af et sådant arbejde kan nok først forventes at vise sig i et generationsperspektiv.

Nogle hovedprincipper for omlægningen.

Hovedprincipperne bag omlægningen af skolesundhedstjenesten kan i korthed siges at være:

Indsatsen skal omstilles mod de sundhedsproblemer, som aktuelt findes blandt børnene og også mod forhold, der har betydning for voksenlivets sundhedsproblemer.

Der opstilles et bredere, dynamisk overordnet formål med skolesundhedstjenesten. Ordningen skal betragtes som en bedriftssundhedstjeneste for skolebørn. Der opstilles en minimumsmodel, som skal følges, men herudover får kommunerne øget mulighed for selv at tilrettelægge en hensigtsmæssig skolesundhedstjeneste. Indsatsen planlægges og prioriteres.

På længere sigt stiles mod mere ensartede personalekvalifikationer gennem ændrede og mere ensartede uddannelseskrav til personalet. Det stive rutineundersøgelsesprogram omlægges og neddæmpes. Koordineret indskoling og koordineret udskoling fremmes.

Det opfølgende og brede tværfaglige samarbejde styrkes, såvel formelt som uformelt.

Behovsindsatsen fastholdes og det sundhedspædagogiske arbejde styrkes.

Udviklingen af kombinerede sundhedsplejerskeordninger fremmes, således at sundhedsplejersken bliver børnenes gennemgående kontaktperson, og kontakten afpasses efter aktuelt alderstrin og behov.

I sin egenskab af skolelæge er lægen konsulent for sundhedsplejerske, skolens personale (derunder skolepsykologisk rådgivning), elever og forældre. Jævnsides hermed kan lægen indgå i konsulentfunktioner for den øvrige socialforvaltning, kommunale institutioner m.v. i relation til børn og unge under 18 år.

Omlægningen giver mulighed for forsøgs- og udviklingsarbejde.

Skolesundhedstjenestens problemstillinger, indsats og resultater gøres i stigende grad synlige for beslutningstagere og for brugere af ordningen.

1. SKOLESUNDHEDSTJENESTENS FORMÅL OG GENERELLE OPGAVER.

I lov og bekendtgørelse indføres nu en bredere overordnet målsætning.

I § 4 opstilles som det generelle sundhedsmæssige formål: "Formålet med skolesundhedstjenesten er at medvirke til at sikre børn og unge en sund opvækst og skabe gode forudsætninger for en sund voksentilværelse".

Det understreges, at skolesundhedstjenesten "medvirker". Skolesundhedstjenesten kan således ikke påtage sig rollen som eneansvarlig, men må indgå i et samspil med forældre, børn, skole, social- og sundhedsforvaltning m.v.

Udtrykket "en sund opvækst" er vanskeligt at definere eksakt. Begrebsdannelsen og dermed indsatsen må tilpasses en analyse af børn og unges konkrete helbredsproblemer og livsvilkår. Der findes næppe en sundhedsmæssig optimal opvækst, der er uafhængig af tid og sted. Den lokale tilpasning af skolesundhedstjene-

sten må derfor løbende baseres på overvejelser over børns og unges konkrete sundhedsproblemer og livsvilkår. Inden for en kommune er det ikke givet, at indsatsen skal være den samme i alle distrikter. Regeldannelserne for skole-sundhedstjenesten tilgodeser sådanne forhold.

I formålet vises desuden hen til det senere voksenliv med henblik på at skabe gode forudsætninger for et sundt voksenliv. På baggrund af faglig viden om forhold, der senere i voksenlivet medfører øget sygdomsrisiko, må skolesundhedstjenesten medvirke til at mindske og ændre sådanne risikofaktorer i skoleårene. Der kan eksempelvis være tale om at bidrage til videns- og holdningsændringer blandt skolebørn vedrørende sundhedsmæssige risikofaktorer som tobak, alkohol, manglende kropsbrug, dårligt bolig- og arbejdsmiljø m.v., men også om bl.a. at bidrage til debat om forhold i relation til undervisningens form og indhold, som kan have sundhedsmæssige konsekvenser.

Formålets 2. del lyder: "Skolesundhedstjenesten bidrager med et forebyggende sundhedsmæssigt perspektiv til skolens liv og til opfyldelse af dens formål og søger gennem en forebyggende sundhedsfaglig indsats at medvirke til at skabe de bedst mulige udviklings- og indlæringsbetingelser for det enkelte barn".

Der omtales her to hovedopgaver. Den første, som kan benævnes den generelt sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende opgave, handler om at bidrage med et sundhedsmæssigt perspektiv til skolens liv og aktiviteter mere generelt. I lov om folkeskolen er der formuleret en generel målsætning for folkeskolen, som lyder:
"Folkeskolens opgave er i samarbejde med forældrene at give eleverne mulighed for at tilegne sig kundskaber, færdigheder, arbejdsmetoder og udtryksformer, som medvirker til den enkelte elevs alsidige udvikling.

Stk. 2. Folkeskolem må i hele sit arbejde søge at skabe sådanne muligheder for oplevelse og selvvirksomhed, at eleven kan øge sin lyst til at lære, udfolde sin fantasi og opøve sin evne til selvstændig vurdering og stillingtagen.

Stk. 3. Folkeskolen forbereder eleverne til medleven og medbestemmelse i et demokratisk samfund og til medansvar for løsningen af fælles opgaver. Skolens undervisning og hele dagligliv må derfor bygge på åndsfrihed og demokrati".

Muligheden for at realisere skolesundhedstjenestens generelle sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende opgaver må ses i lyset af en styrkelse af det tværfaglige samarbejde og etablering af skolesundhedsudvalg. De generelle sundhedspædagogiske aktiviteter indtager i denne sammenhæng en vigtig plads i skolesundhedstjenestens arbejde i skoleforløbets

Den anden hovedopgave, som omfatter den elev-centrerede indsats, tager udgangspunkt i såvel udviklings- som indlæringsbetingelser for det enkelte barn. Skolesundhedstjenesten må i sin elevrettede indsats ikke alene fokusere på forudsætninger for indlæring, men også mere generelt på barnets udvikling. Der anlægges således et sundhedsmæssigt helhedssyn på barnet med særligt udgangspunkt i skolesituationen. Midlerne til opfyldelse af denne del af målsætningen er flere. Den konkrete vurdering af det enkelte barn i indskolingssituationen og udskolingssituationen og den konkrete koordination med anden forebyggende indsats er væsentlig. De årlige sundhedsplejerskesamtaler med den enkelte elev er ligeledes et middel, der udspringer af ovennævnte målsætningsdel, omend der ved disse samtaler også vil opstå impulser til mere generelle sundhedspædagogiske aktiviteter over for en klasse eller skole som helhed. Den fortsatte behovsorientering af skolesundhedstjenesten relaterer sig til ovennævnte målsætningsdel. Med henblik på at forhindre fastlåsning og videreudvikling af funktionsdefekter og handicaps er behovsundersøgelser og opfølgende indsats væsentlig som led i en elev-centreret indsats.

Mere generelt om opgaverne kan det fremhæves, at skolesundhedstjenestens "medicinske oversættelsesfunktion" til samarbejdspartnere - forældre, elever, lærere, psykologer, sagsbehandlere, politikere m.v. - er central i hele det forebyggende arbejde i skolesundhedstjenesten. Symptomer og sygdom præsenteres ofte i en "medicinsk forklædning" for skolesundhedstjenesten. Problemløsningen ligger imidlertid ofte i et andet regie, hvilket understreger betydningen af det brede forebyggende samarbejde.

I bekendtgørelsens § 3, stk. 2, er dette samarbejde understreget.

Skolesundhedstjenesten skal således opfattes som skolernes bedriftssundhedstjeneste, hvor indsatsen er rettet såvel imod skolens fysiske, psykiske og sociale miljø som mod forhold af sundhedsmæssig betydning hos det enkelte barn.

Skolesundhedstjenesten skal bygge videre på den forebyggende indsats i småbarnsalderen udført af bl.a. alment praktiserende læger og sundhedsplejersker, men herudover indgå i skolens liv på baggrund af sin særlige sundhedsfaglige og forebyggende orientering.

Skolesundhedstjenesten har generelt en væsentlig funktion i registrering, analyse, vurdering og videregivelse af oplysninger vedrørende skolebørns sundhedstilstand og skolesundhedstjenestens aktiviteter og resultater.

Endelig vil skolesundhedstjenestens særlige indsigt i sundhedsmæssige forhold i relation til børn og unge af kommunerne kunne udnyttes i form af konsulentopgaver, dels i forhold til kommunens skolepsykologiske rådgivning og dels

i forhold til kommunens social- og sundhedsforvaltning for så vidt angår o-18 årige.

Det er afgørende for skolesundhedstjenestens muligheder for til enhver tid at kunne opfylde det overordnede formål, at skolesundhedstjenestens lokale målsætning og opgaver med jævne mellemrum tages op til kritisk vurdering. Programdelen i den sociale og sundhedsmæssige udbygningsplanlægning findes at være et velegnet instrument for sådanne periodiske justeringer af ordningen, jf. senere om planlægning.

2. Skolesundhedstjenestens område (personkreds og skoler).

Den kommunale skolesundhedstjeneste omfatter samtlige børn i den undervisningspligtige alder og i børnehaveklasser i skoler, der er beliggende i kommunen. Dette gælder principielt alle skoler med sådanne børn, herunder private skoler, efterskoler samt døgninstitutioner for børn og unge. For de nævnte døgninstitutioner kan indenrigsministeren dog efter forhandling med socialministeren beslutte, at disse eller særlige typer af disse ikke skal være omfattet af den kommunale skolesundhedstjeneste. Endelig kan socialstyrelsen efter forhandling med embedslægeinstitutionen undtage enkeltinstitutioner af den nævnte art fra ordningen, hvis det skønnes, at skolesundhedstjenestens funktioner varetages betryggende på anden vis.

Kommunen har endvidere pligt til at tilbyde bistand fra skolesundhedstjenesten til børn, der er bosat i kommunen, men som opfylder undervisningspligten uden for skolen, d.v.s. navnlig hjemmeunderviste børn og børn, der i henhold til folkeskolelovens § 33, stk. 4, opfylder undervisningspligten ved at deltage i erhvervsmæssig uddannelse aller beskæftigelse.

Skolesundhedstjenesten er principielt forpligtet til at foretage (tilbyde) de i det følgende beskrevne funktioner over for samtlige de nævnte børnegrupper. De mere gruppeorienterede funktioner må dog tilpasses det enkelte undervisningssted.

Der kan endvidere fastsættes særlige krav til skolesundhedstjenesten ved de nævnte særlige dag- og døgninstitutioner for børn og unge.

Kommunalbestyrelsen kan som hidtil træffe beslutning om at udvide skolesundhedstjenesten til også at omfatte unge over den undervisningspligtige alder. Der er herved som tidligere navnlig tænkt på lo.klasse *og* gymnasieklasser. Ved inddragelse af unge over den undervisningspligtige alder er kommunalbestyrelsen ikke bundet af de i det følgende skitserede funktioner for skolesundhedstjenesten, men kan i samarbejde med den pågældende institutions leder og skole-

sundhedstjenesten tilrettelægge den mest hensigtsmæssige ordning. Kommunalbestyrelsen kan beslutte, at skolesundhedstjenesten skal varetage konsulentfunktioner over for kommunens øvrige social- og sundhedsforvaltning og over for skolepsykologisk rådgivning for så vidt angår børn og unge i alderen o-18 år.

Medens den tidligere skolelægeordnings helbredsundersøgelser var obligatoriske for samtlige de omfattede elever, med mindre det kunne godtgøres, at de på anden måde var blevet undersøgt i tilsvarende omfang af anden læge, er der nu givet mulighed for, at et barn efter ønske af forældrene (indehaver(e) af forældremyndighed eller værge) helt eller delvis kan fritages for skolesundhedstjenestens personcentrerede funktioner. På baggrund af skolesundhedstjenestens øgede vægt på samarbejde med forældre og børn samt de sundhedspædagogiske aktiviteter, har man ikke fundet det rimeligt at tvinge forældre og børn ind i ordningen. Skolesundhedstjenestens personale bør dog i rimeligt omfang undersøge, hvorvidt der eventuelt ligger misforståelser bag et ønske om fritagelse for undersøgelser o.l.

Fritagelsesmuligheden gælder kun de personcentrerede funktioner, d.v.s. de lægelige funktionsundersøgelser i forbindelse med indskoling- *og* udskolingsforløbet, lægeundersøgelser af børn med særlige behov, de årlige samtaler med den enkelte elev samt de foreskrevne rutineundersøgelser. En elev kan derimod ikke fritages for skolesundhedstjenestens medvirken ved vejledning i svangerskabsforebyggelse eller generelle sundhedspædagogiske aktiviteter på klasseniveau, ligesom eleven også fortsat vil være underkastet foranstaltninger af mere almen interesse, som forebyggelse af smitsomme sygdomme, hygiejniske tiltag m.v.

Meddelelse om fritagelse rettes til social- og sundhedsforvaltningen.

3. Skolesundhedstjenestens funktioner.

I det følgende gives en beskrivelse af skolesundhedstjenestens opgaver fordelt i følgende hovedområder:

3.1. Indskoling.
3.2. Udskoling.
3.3. Sundhedsplejerskens årlige screeningsfunktioner (I.-8. kassetrin)»
3.4. Sundhedspædagogik.
3.5. Børn med behov for særlige sundhedsmæssige foranstaltninger»
3.6. Smitsomme sygdomme og vaccinationer.
3.7. Tilsyn med skolens hygiejniske forhold.
3.8. jlndre funktioner.
3.9. Konsulentfunktioner.

Indenfor hvert hovedområde gives en generel beskrivelse af baggrunden for og hensigten med skolesundhedstjenestens arbejde, og konkrete funktioner defineres.

Derved er der etableret et generelt udgangspunkt for planlægning og udformning af den lokale skolesundhedstjeneste, og en række aktiviteter vil kunne tages op på baggrund af de skitserede muligheder og de lokale behov og ressourcer.

Visse funktioner betragtes øom så væsentlige, at de normalt skal indgå i enhver skolesundhedstjeneste. De er nærmere beskrevet i det enkelte afsnit som obligatoriske funktioner, inden for visse større, afpassede funktionsområder sammenfattet under betegnelsen "minimumsmodel". Derved har man sikret en fælles minimumsstandard,samtidig med at man lokalt efter behov kan inddrage en række alternative funktioner.

En yderligere mulighed for lokale initiativer er sikret gennem de i kapitel VII beskrevne retningslinier for gennemførelse af forsøgsvirksomhed.

3.1. Indskoling.

Generelt.

Indskolingen må betragtes som en væsentlig fase i alle børns liv, som stiller store krav til skolen og til skolesundhedstjenesten. Indskolingen må betragtes som et flerårigt forløb, hvor børnene gradvist må indstille sig på nye omgivelser, påvirkninger og krav.

Skolesundhedstjenesten skal i denne fase indsamle informationer om forhold af sundhedsmæssig betydning for det enkelte barn fra familie, alment praktiserende læge, sundhedsplejerske og eventuelle andre involverede instanser og dermed direkte bygge på den tidligere indsats fra social- og sundhedsvæsenets side i småbarnsaideren (se endvidere afsnit 5.2.). Der skal etableres kontakt med børnene og deres forældre og informeres om skolesundhedstjenesten og dens arbejde. Sundhedsmæssige problemer, som ikke er erkendt, skal erkendes og beskrives på grundlag af sundhedsfaglige funktionsundersøgelser af alle børn, og nødvendige videre undersøgelser i enten skolesundhedstjenestens eget regie eller hos andre relevante instanser skal sikres gennem fornøden henvisning.

På grundlag af undersøgelser og observationer skal skolesundhedstjenesten gennemgå en forebyggende sundhedsfaglig indsats overfor det enkelte barn og i relation til skolens aktiviteter medvirke til at skabe de bedst mulige udviklings- og indlæringsbetingelser for børnene i de kommende skoleår.

En sådan indsats i indskolingsfasen vil kunne fastlægges på flere forskellige niveauer, hvor aktiviteterne planlægges i forhold til lokale behov, målsætninger og ressourcer.

Informationsindsamlingen og kontakten til familien og tidligere involverede social- og sundhedsmæssige og pædagogiske instanser kan antage mange forskellige former med forskelligt indhold. Skolesundhedstjenestens personale kan f.eks. medvirke i forældremøder og tværfaglige konferencer inden skolegangen påbegyndes og stille sig til rådighed for samtaler med forældre og børn efter behov. Tilsvarende kan skolesundhedstjenestens personale i varierende omfang medvirke ved tværfaglige konferencer i børnehaveklasse og 1. klasse og indgå i sundhedspædagogiske aktiviteter direkte eller indirekte gennem skolens lærere over for skolebørn og forældre.

Den sundhedsfaglige undersøgelse af det enkelte barn vil kunne udbygges udover det nedenfor nævnte med forhold, som skønnes væsentlige hos børnegruppen som helhed eller hos grupper af børn med særlige karakteristika og problemer.

Skolesundhedstjenestens indsats i indskolingsfasen skal i det mindste omfatte følgende:

Minimumsmodel for skolesundhedst.jenestens indsats i indskolingsfasen.

a) Inden børnehaveklassen.

I forbindelse med børnenes indskrivning i børnehaveklassen indhentes fra forældre eller værge tilladelse til indsamling af oplysninger om barnet fra alment praktiserende læger og sundhedsplejersker samt eventuelle øvrige relevante institutioner (daginstitutioner, skolepsykologisk rådgivning, social- og sundhedsforvaltning, hospitalssektoren m.v.). Samtidig informeres børnene og deres familie om skolesundhedstjenesten og dens arbejde ved hjælp af pjecer og eventuelt forældremøder m.v.

Relevante oplysninger om de kommende børnehaveklassebørn indsamles herefter og individuelle journaler oprettes. (Se endvidere kapitel V). Skolelægen rådgiver skolen om eventuelle sundhedsfaglige hensyn, der bør inddrages ved klassesammensætningeno

b) Børnehaveklassen.

Kort efter skoleårets begyndelse aflægger sundhedsplejersken i samarbejde med børnehaveklasselederen besøg i børnehaveklassen med henblik på gensidig præsentation og information om skolesundhedstjenesten og forestående undersø-

gelser. Efterfølgende aflægger skolelægen ligeledes besøg i klassen med henblik på gensidig præsentation og observation, eventuelt i samarbejde med skolepsykologen.

Med baggrund i .besøgene i børnehaveklassen og de indsamlede oplysninger tager skolelægen herefter initiativ til tværfaglig konference mellem børnehaveklasselederen, sundhedsplejersken og skolelægen samt eventuelle andre relevante personer, hvor problemer af sundhedsmæssig karakter kan afgrænses og diskuteres med henblik på de kommende individuelle undersøgelser og samtaler.

I løbet af efteråret foretages de individuelle undersøgelser af alle børnehaveklassebørn hos sundhedsplejersken og skolelægen.

Undersøgelsen hos sundhedsplejersken af alle børnehaveklassebørnene omfatter:

- højde og vægt
- syn
- hørelse
- farvesans
- samtale med barnet vedrørende levevaner og eventuelle problemer, fortrinsvis i relation til de foretagne undersøgelser.

Undersøgelsen hos skolelægen af alle børnehaveklassebørnene omfatter:

- generel somatisk undersøgelse
- sansemotorisk funktionsundersøgelse
- samtale med børn og forældre vedrørende levevaner, sundhedsadfærd, familiens levevilkår og eventuelle særlige problemer

Vejledning om udførelse af de nævnte undersøgelser findes i bilag .... (udarbejdes sidenhen).

Ved undersøgelsen hos sundhedsplejersken og skolelægen bør barnets fader, moder eller eventuelle værge være tilstede. Børnehaveklasselederen kan efter behov deltage i undersøgelserne.

På grundlag af foreliggende oplysninger og undersøgelser sammenfatter skolelægen en individuel sundhedsfaglig funktionsbeskrivelse med beskrivelse af børnenes aktuelle sundhedstilstand, herunder en gennemgang af stærke og eventuelt svage sider. Resultaterne fra højde- og vægtmålingen indtegnes i standardkurver (se bilag .....).

På baggrund af besøgene i børnehaveklassen, børnehaveklasselærerens iagtta-

gelser og den individuelle sundhedsfaglige funktionsbeskrivelse tager skolelægen initiativ til en konference vedrørende børnehaveklassebørnene med deltagelse af børnehaveklasseleder, sundhedsplejerske, skolelæge, skolepsykolog og andre relevante personer. Her gøres status over klassens og de enkelte børns sundhedsmæssige situation, og der foretages problembeskrivelse med henblik på individuelle og gruppeorienterede løsningsforslag.

Endelig afholdes i løbet af foråret et forældremøde med emnet "skolesundhed". Som minimum afholdes ét møde pr. skole med deltagelse og oplæg fra skolesundhedstjenestens personale samt eventuel skolepsykolog etc.

c) 1. klasse.

Ved skoleårets begyndelse aflægger sundhedsplejersken og skolelægen besøg i de nye 1. klasser med henblik på information om skolesundhedstjenestens indsats i dette skoleår og observation af klassen.

For eventuelle nye børn, som ikke har gået i børnehaveklassen, gennemgås de under børnehaveklassen nævnte procedurer vedrørende indsamling af oplysninger, information, undersøgelser hos sundhedsplejerske og skolelæge, funktionsbeskrivelse og konferencer.

Sundhedsplejersken foretager den individuelle sundhedsorienterede samtale med alle børn (svarende til de følgende klassetrin), som er nærmere beskrevet i afsnit 3.3.

Sundhedsplejersken foretager en synsundersøgelse, en højde- og vægtmåling hos alle børn. Såfremt undersøgelse af hørelse og farvesans ikke er foretaget i børnehaveklassen, foretages disse undersøgelser.

Skolelægen foretager efter behov individuelle behovsundersøgelser blandt børn med særlige sundhedsproblemer (se afsnit 3.5.)•

Endelig afholdes i løbet af 1. klasse en tværfaglig konference med deltagelse af klasselæreren, sundhedsplejersken, skolelægen, skolepsykologen og eventuelt andre relevante personer.

d) 2. klasse.

Såfremt der i 2. klasse ikke forefindes 2 tidligere højde- og vægtmålinger foretaget i skolesundhedstjenestens regie, foretager sundhedsplejersken højde- og vægtmåling i relation til sundhedsplejerskens samtale med de enkelte børn. Herudover svarer skolesundhedstjenestens indsats på 2. klassetrin til indsatsen i de følgende skoleår til og med 8»klasse, hvad angår screenings-

undersøgelser: sundhedsorienteret samtale samt synsundersøgelse ved sundhedsplejerske. Vedrørende behovsundersøgelser hos skolelægen samt sundhedspædagogisk indsats se afsnit 3.5. og 3.4.

Arbejdets fordeling mellem sundhedsplejerske og læge.

I indskolingsfasen som i det øvrige skoleforløb er sundhedsplejersken og skolelægen samarbejdspartnere med hver sit arbejdsområde og ansvar, som skal supplere hinanden ag i fællesskab imødekomme skolesundhedstjenestens generelle og lokale målsætninger.

Den nøjere fastlæggelse og fordeling af arbejdet foretages gennem en årlig planlægning (se afsnit 4.5.). Sundhedsplejersken og skolelægen har i indskolingsfasen hver sit veldefinerede undersøgelsesprogram (se ovenfor), men har herudover en række fælles opgaver i relation til besøg i klasserne, forældremøde, udarbejdelse af individuelle funktionsbeskrivelser, deltagelse i tværfaglige konferencer, sundhedspædagogisk indsats m.v.

Sundhedsplejersken skal drage omsorg for, at de ved undersøgelser og konferencer trufne dispositioner støttes og følges op gennem kontakt og samarbejde med familien, skolen *og* eventuel behandlende institution eller person og ved eventuelle besøg i barnets hjem vurdere barnets situation i forhold til familiens situation, således at eventuelle behov i familien tages i betragtning og indgår i det samlede handlingsprogram for barnet.

Skolelægen foretager ud fra en lægefaglig vurdering det endelige skøn over behovet for yderligere undersøgelser af børn med særlige sundhedsmæssige problemer, enten i skolesundhedstjenestens regie eller ved henvisning til andre relevante sociale og sundhedsmæssige instanser (se endvidere afsnit 4.5.).

Skolelægen er pligtig til på begæring at undersøge hjemmeunderviste børn i samme omfang som skolebørn i den undervisningspligtige alder.

5.2. Udskoling.

Generelt.

Ligesom indskolingsfasen er udskolingsfasen en sundhedsmæssig vigtig periode i børns og unges liv, og en væsentlig del af skolesundhedstjenestens ressourcer rettes mod sundhedsproblemer i relation til disse 2 perioder. Efter afslutningen af folkeskolen fortsætter de unge i en række forskellige uddannelsesforløb og arbejdssituationer, men for alle er det aktuelt med overvejelser om ønsker og muligheder, hvor sundhedsmæssige vurderinger kan komme

ind i billedet. Skolesundhedstjenesten spiller her en vigtig rolle på baggrund af den sundhedsfaglige indsigt og den regelmæssige kontakt med skoleeleverne gennem hele skoleforløbet.

Mange elever i udskolingsfasen har mere eller mindre betydningsfulde erhvervsbegrænsende lidelser, og herudover findes særlige grupper, hvor en særlig vurdering og indsats kan være nødvendig (§ 33, stk. 4-elever, § 19, stk. 1-elever, efterskoleelever m.v. (se afsnit 3.5.)).

9. klasse er generelt sidste obligatoriske klassetrin og de fleste steder i landet den seneste årgang, der henhører under skolesundhedstjenesten. Imidlertid må udskolingen ses som et flerårigt forløb fra 7. klassetrin og eventuelt til lo. klassetrin.

Skolesundhedstjenesten medvirker i dette forløb til at give den enkelte elev indsigt i egen sundhedstilstand, såvel hvad angår positive ressourcer som mulige erhvervsbegrænsende forhold med henblik på at give den unge bedst muligt udgangspunkt for valg af fremtidig uddannelses- og arbejdssituation.

Med henblik på generel omtale af arbejdsmiljø, sundhedsproblemer og erhvervsbegrænsende faktorer kan skolesundhedstjenesten indgå i tilrettelæggelse af undervisningen fra 1. klasse. På 9. klassetrin foretages sundhedsfaglig funktionsundersøgelse af alle og på baggrund af skolesundhedstjenestens indblik i den enkelte elevs sundhedsforhold og samlede situation rådgives den enkelte elev og dennes forældre om sundhedsmæssige forhold og funktionelle konsekvenser heraf.

Skolelægen og sundhedsplejersken kan direkte eller som konsulenter for lærerne medvirke i det sundhedspædagogiske arbejde omkring udskolingen.

En særlig vurdering og rådgivning kan tilbydes elevgrupper som må betragtes som særlige risikogrupper. Det kan dreje sig om elever, der iflg. folkeskolelovens § 33, stk. 4> efter forældrenes anmodning ophører i folkeskolen efter 6 års undervisning, om elever, der modtager specialundervisning iflg. folkeskolelovens § 19» stk. 1 , som integreret elev i normalklassen eller som specialklasseelev, og det kan være efterskoleelever, som på grund af psyko-sociale forhold må betragtes som en særlig risikogruppe.

Endvidere kan skolesundhedstjenesten efter kommunalbestyrelsens nærmere bestemmelse inddrage andre børn og unge over den skolepligtige alder, f.eks. lo. klasse, gymnasieklasser m.v.

Skolesundhedstjenestens indsats i udskolingsfasen skal i det mindste omfatte følgende:

Minimumsmodel for skolesundhedstjenestens indsats i udskolingsfasen.

a) 7.-8. klasse.

Som på tidligere klassetrin udfører sundhedsplejersken undersøgelse af syn samt sundhedsorienteret samtale med alle børn.

b) 9. klasse.

Sundhedsplejersken gennemfører for alle børn individuel undersøgelse og samtale indeholdende:

- undersøgelse af syn og hørelse
- undersøgelse af farvesans
- samtale om levevaner og særlige problemer

Skolelægen udfører for alle børn en generel somatisk undersøgelse samt undersøgelse og samtala vedrørende særlige problemer.

På baggrund af skolesundhedstjenestens kendskab til den enkelte elevs sundhedsmæssige udvikling og situation foretager skolelægen sammen med eleven en samlet vurdering af dennes sundhedsmæssige status, herunder såvel stærke som svage sider og diisses eventuelle betydning for elevens fremtid.

Såfremt der er sundhedsmæssige problemer fremsendes - med elevens samtykke - en orientering til den alment praktiserende læge.

Herudover foretager skolelægen en foreløbig sundhedsfaglig rådgivning til elev og forældre med henblik på kommende erhvervsvalg.

Er der behov for særlige hjælpeforanstaltninger til børn og unge under 18 år med vidtgående fysisk, psykisk eller socialt handicap, eller foreligger der lidelser eller forhold, der må skønnes at ville medføre en væsentlig og ikke blot forbigående nedsættelse af erhvervsevnen, skal det sociale udvalg underrettes (jf. bistandslovens § 19).

Arbejdsfordeling og samarbejde.

Som i indskolingsfasen har skolelæge og sundhedsplejerske, som det fremgår af ovennævnte, både fælles og særskilte opgaver, hvor planlægning, koordinering og samarbejde er nødvendigt.

Sundhedsplejersken indgår først og fremmest som rådgiver i et samarbejde med lærerne med henblik på tilrettelæggelse af undervisning med sundhedselementer og kan gennem sine sundhedsorienterede samtaler med eleverne drøfte eventuelle erhvervsbegrænsninger med den enkelte elev og henvise til skolelægen,

såfremt yderligere undersøgelser og vurderinger er påkrævet.

Skolelægen varetager de lægefaglige individuelle undersøgelser på 9. klassetrin samt behovsundersøgelser i det fornødne omfang efter henvisning fra sundhedsplejersken på de øvrige klassetrin samt individuel helbredsvurdering og rådgivning på baggrund heraf.

Herudover fungerer skolelægen i udskolingsfasen som konsulent for klasselærer/skolevejleder vedrørende sundhedsmæssige faktorer i erhvervsspørgsmål, for skolevejledergrupper i mere principielle og generelle problemstillinger og for social- og sundhedsforvaltningen i f.eks. underretningssager(iflg. bistandslovens § 19).

Skolesundhedstjenesten som helhed bør indgå i et nært samarbejde med elever, forældre, skole, skolevejleder, skolepsykologisk rådgivning, socialforvaltning, alment praktiserende læger, bedriftssundhedstjeneste og andre relevante sociale og sundhedsmæssige instanser i relation til generelle problemer.

Skolesundhedstjenesten kan ved individuelle kontakter, tværfaglige konferencer eller ved forældrearrangementer bidrage til en drøftelse omkring erhvervsvalg.

5.3. Sundhedsplejerskens årlige screeningsfunktioner(l.-8. klassetrin).

Medens screeningsundersøgelserne i indskolings- og udskolingsfasen involverer såvel skolelæge som sundhedsplejerske, er det i de mellemliggende år kun sundhedsplejersken, som har ansvaret for den rutinemæssige kontakt med eleverne. I forhold til den tidligere skolelægeordning er skolelægens obligatoriske helbredsundersøgelser på en række klassetrin faldet bort. Herudover er visse af sundhedsplejerskens screeningsundersøgelser bortfaldet.

Sundhedsplejersken har nu ansvaret for gennem regelmæssige kontakter med eleverne og lærerne at identificere ikke-erkendte sundhedsproblemer blandt skolebørnene og inddrage skolen og skolelægen i fornødent omfang med henblik på yderligere undersøgelser og indsats.

Minimumsmodellen indebærer, at sundhedsplejersken mindst én gang årligt skal gennemføre en sundhedsorienteret samtale med den enkelte elev samt foretage undersøgelse af syn. Før den sundhedsorienterede samtale udleveres et spørgeskema til hver enkelt elev i pågældende klasse. Skemaet skal udfyldes af elevens hjem og returneres til sundhedsplejersken inden samtalen. Sundhedsplejersken bør inden samtalen gennemføre en konference med klasselæreren, hvorved denne kan gøre opmærksom på eventuelle problemer af fysisk, psykisk eller social art hos eleverne.

Under samtalen berøres eventuelle fysiske problemer, psykosociale vanskeligheder, børnenes intelektuelle følelsesmæssige og sociale funktion, sprog, bevægeapparatets funktion m.v.

På baggrund af de indhentede oplysninger samt samtalen og undersøgelsen giver sundhedsplejersken umiddelbart eller ved en senere kontakt vejledning individuelt eller i grupper og drøfter eleverne med skolelægen og i fornødent omfang med klasselæreren og andre relevante instanser med henblik på yderligere undersøgelser og løsning af problemerne.

Samtalernes form og indhold vil være afhængig af de pågældende børns klassetrin og særlige problemer. Således vil det være naturligt omkring 4.-7. klassetrin at inddrage forhold i relation til pubertetsudviklingen og på 7.-9. klassetrin sundhedsmæssige forhold i relation til uddannelses- og erhvervsvalg.

Yderligere sundhedsrelevante forhold vil kunne inddrages i skolesundhedsplejerskens undersøgelse og samtaler, såfremt der er interesse og ressourcer tilstede.

Det kan f.eks. være måling af blodtryk eller kondition med efterfølgende sundhedspædagogiske aktiviteter omkring hjerte-kar-sygdomme m.v.

Detaljerede retningslinier for de årlige sundhedsplejerskesamtaler fremgår af bilag ..... (udarbejdes senere).

3.4. Sundhedspædagogik.

Generelt.

Sygdomsmønstret blandt børn og voksne er i vid udstrækning præget af adfærds- og miljøforhold. Livsstil og levevilkår i de forskellige befolkningsgrupper får konsekvenser for den enkeltes sundhedstilstand.

For at imødekomme sit generelle formål må skolesundhedstjenesten derfor medvirke til en øget viden og bevidsthed blandt skolebørn om, hvorledes sundheden fremmes og sygdom undgås, herunder øget krops- og miljøbevidsthed. Den enkelte elev skal gives mulighed for at erkende sin egen sundhedsmæssige situation i relation til familie og omgivende miljø, motiveres for en sundhedsfremmende adfærd og gives et grundlag for at medvirke til at hensynet til befolkningens og den enkeltes sundhed indgår i beslutningerne på de forskellige politiske, organisatoriske og administrative niveauer.

Sundhedsrelevante forhold indgår i vid udstrækning i en række af skolens obligatoriske fag, hvor klasselæreren og de enkelte faglærere er de direkte ansvarlige for de sundhedspædagogiske aktiviteter. Det drejer sig først og fremmest om fagene sundhedslære og biologi, hjemkundskab og idræt, men også områder som arbejdskendskab, erhvervsorientering, barnepleje, samtidsorientering etc., vil ofte naturligt implicere, at sundhedsproblemer inddrages. Skolesundhedstjenesten må være bekendt med de til enhver tid gældende regler om skolens undervisning på disse områder.

Skolesundhedstjenestens rolle vil være dels at yde sundhedspædagogik overfor det enkelte barn og grupper med særlige sundhedsproblemer, dels at indgå i de generelle sundhedspædagogiske aktiviteter ved skolen - som konsulent for skolens lærere ved tilrettelæggelse og gennemførelse af undervisningsforløb med sundhedsfagligt indhold og som igangsætter, inspirator og deltager i planlægningen af mere generelle sundhedspædagogiske aktiviteter ved skolen.

Herudover kan skolesundhedstjenestens personale lejlighedsvis efter behov direkte indgå i undervisningen sammen med faglæreren samt medvirke i projekt- og problemorienterede undervisningssituationer f.eks. ved efterbehandling af spørgeskemaer, interviews m.v.

Endelig vil skolesundhedstjenesten kunne medvirke til fremskaffelse af relevante undervisningsmaterialer i relation til de sundhedspædagogiske aktiviteter.

Det er vigtigt, at det sundhedspædagogiske arbejde ikke alene inddrager skoleeleverne, men også så vidt muligt forældre, f.eks. gennem skolesundhedstjenestens deltagelse i forældreaftner med sundhedsrelaterede emner og gennem kontakten med den enkelte elevs familie.

En særlig sundhedspædagogisk indsats bør gøres i relation til børn med kronisk sygdom eller handicap, hvor der overfor de pågældende børn, deres klassekammerater og skolens lærere ofte vil være behov for informationer om sygdommens eller handicappets art, symptomer og mulige konsekvenser i hverdagen. Skolesundhedstjenesten kan spille en væsentlig rolle i bestræbelserne for en optimal integration af sådanne børn i folkeskolen (se kapitel 5.5.).

En minimumsmode 1 for skolesundhedstjenestens sundhedspædagogiske indsats.

a) Det enkelte barn.

Sundhedsplejerskens årlige kontakter med den enkelte elev indeholder visse undersøgelsesrutiner samt en samtale afpasset efter barnets alder og aktuelle sundhedsproblemer. Denne samtale er en velegnet ramme for en individuel sundhedspædagogisk indsats, hvor sundhedsplejersken sammen med barnet kan afgrænse særlige problemområder af relevans for det pågældende barn og opstille løsningsforslag» Ved mindst én samtale årligt sikres en vis kontinuitet i dette arbejde.

I indskolings- og udskolingsfasen har skolelægen rutinemæssigt kontakt med det enkelte barn. I indskolingsfasen kan skolelægen på baggrund af indsamlede informationer om barnet og skolesundhedstjenestens egne fund give individuel rådgivning om relevante sundhedsproblemer overfor elever og forældre med henblik på at sikre bedst mulig indsigt hos barn og forældre i barnets og familiens sundhedsmæssige ressourcer og begrænsninger, således at det for dét enkelte barn bedst mulige indskolingsforløb kan etableres»

Tilsvarende vil skolelægen i relation til den individuelle undersøgelse ved udskoling give den enkelte elev rådgivning om sundhedsmæssige ressourcer og begrænsninger med henblik på fremtidige funktioner, herunder uddannelses- og erhvervsvalg.

b) Gruppeaktiviteter.

I visse situationer inddrages skolesundhedstjenestens personale direkte i sundhedspædagogiske aktiviteter overfor klasserne og deres forældre.

På lærerens initiativ vil sundhedsplejerske eller skolelæge kunne inddrages i egentlig klasseundervisning i forbindelse med emnerne seksualvejledning og misbrug af alkohol og narkotika. I denne problemorienterede undervisning vil det sundhedsfaglige udgangspunkt kunne give et væsentligt bidrag til lærerens egen undervisning på området.

Som nævnt i afsnit 3.1. om indskoling deltager skolesundhedstjenestens personale mindst én gang i et forældremøde i løbet af børnehaveklassen, hvor sundhedsrelevante emner berøres (kost og søvnvaner, børns tryghedsbehov, generelt om psykosomatiske problemer i forbindelse med skolestart m.v.). Skolesundhedstjenestens personale foretager desuden som tidligere nævnt mindst ét besøg

i såvel børnehaveklassen som i 1. klasse, hvor tilsvarende emner diskuteres med børnene, og skolesundhedstjenestens opgaver berøres.

I udskolingsfasen afholdes - eventuelt fælleskommunalt - en orienteringsaften for elever og forældre, hvor skolesundhedstjenestens personale informerer om særlige sundhedsmæssige hensyn i relation til udskolingen, herunder om de mange sundhedsmæssige og sociale instanser, som er involverede heri (arbejdstilsyn, bedriftssundhedstjeneste, erhvervsrådgivning m.v.).

c) Konsulentfunktioner.

Skolesundhedstjenestens personale står til rådighed som konsulenter for eleverne og lærerne ved tilrettelæggelsen og gennemførelsen af undervisningsforløb med sundhedspædagogiske elementer. Herudover medvirker skolesundhedstjenesten til, at sundhed og arbejdsmiljø indgår i de generelle sundhedspædagogiske aktiviteter med udgangspunkter i situationer fra dagligdagen (rigtige arbejdsstillinger, afskærmning af maskiner i sløjdtimerne, forholdsregler i fysik- og kemitimerne m.v.).

Arbejdsfordeling og samarbejde.

Hvad angår den sundhedspædagogiske indsats er der såvel i skolesundhedstjenesten som i det øvrige samfund tale om et udviklingsarbejde, og man kan derfor ikke på nuværende tidspunkt fastsætte retningslinier for arbejdsfordeling og samarbejdeo Der vil her i høj grad være tale om lokale initiativer, afhængigt af konkrete personaleressourcer og -relationer. Man kan således heller ikke fastsætte en generel funktionsfordeling mellem sundhedsplejersken og skolelægen på dette område udover hvad der er nævnt ovenfor. Netop på dette område vil det være særligt væsentligt med en lokal målsætningsdebat, planlægning og løbende vurdering med henblik på en fortsat tilpasning af sundhedspædagogiske aktiviteter til de konkrete problemer.

3.5. Børn med behov for særlige sundhedsmæssige foranstaltninger.

Generelt.

Skolesundhedstjenesten skal generelt tilpasse sin indsats efter det enkelte barns sundhedsmæssige behov. For en række grupper vil det være nødvendigt med en særlig forebyggende indsats for at forhindre sygdommes opståen eller afværge negative konsekvenser af tilstedeværende sygdomme og symptomer.

a) Børn med særlig risiko for udvikling af sygdom.

Blandt mange tilsyneladende sunde børn kan man konstatere en række forhold, som kan have sammenhæng med udvikling af sygdom. Det kan dreje sig om:

- fysiske forhold (bevægeapparatet, blodtryk, fedtindhold i blodet, hyppige infektionssygdomme etc.),
- psykiske eller psyko-somatiske symptomer (hovedpine, mavepine, ufrivillig natlig vandla.dning, træthed m.v.),
- forsinket udvikling (neuromotorisk, intellektuelt, sprogligt).
- adfærdsforstyrrelser (uro, skulken, kontaktmangel m.v.),
- sociale belastninger og sociale ændringer, utilstrækkelige hjemlige ressourcer, disharmonisk familieliv, kulturelle mindretal, bolig- og skoleskift m.v.).

Ofte vil flere sådanne risikofaktorer være til stede samtidigt og dermed øge behovet for en særlig forebyggende indsats.

b) Børn med kroniske sygdomme og handicap.

En del børn i folkeskolen vil være præget af mere eller mindre alvorlige kroniske sygdomme og handicap, som har konsekvenser for barnets skolesituation.

Som eksempler på sådanne tilstande kan nævnes sukkersyge, allergiske lidelser, epilepsi, syns- og hørenedsættelse, udtalte tale- eller læsevanskeligheder og andre motoriske eller psykiske handicap»

En særlig gruppe udgøres af børn, som på grund af deres fysiske eller psykiske tilstand ifølge folkeskolelovens § 19 får specialundervisning enten i folkeskolens regie eller i amtskommunale institutioner.

Endelig kan der være tale om hjemmeunderviste børn, som på begæring skal undersøges i samme omfang som skolebørn i den undervisningspligtige alder, og hvor disse børns særlige situation kan give anledning til særlige sundhedsmæssige foranstaltninger.

Særlige krav til skolesundhedstjenesten.

a) Identifikation.

Sundhedsplejersken og skolelægen vil kunne finde frem til børn med behov for særlige sundhedsmæssige foranstaltninger på baggrund af oplysninger fra førskolealderen og screeningsundersøgelserne i indskolingsfasen samt sundhedsplejerskens årlige elevkontakter.. Herudover vil forældre, skolens lærere, skolepsykologisk rådgivning, skoletandplejen og sociale og sundhedsmæssige instanser ved samarbejde med skolesundhedstjenesten kunne finde frem til de børn, som har behov for en særlig indsats.

b) Behovsundersøgelser.

I det omfang, der skønnes behov derfor, skal skolelægen foretage individuelle undersøgelser af sådanne særlige elevgrupper med henblik på diagnostik, kontrol og iværksættelse af de nødvendige foranstaltninger, herunder henvisning til relevante instanser.

Hvor særlige forhold taler derfor, skal sundhedsplejersken aflægge hjemmebesøg med henblik på at vurdere familiens samlede situation.

Vedrørende børn uden for folkeskolen i amtslige institutioner fastlægges skolelægens og sundhedsplejerskens undersøgelsesprogram efter nærmere aftale med institutionens personale. Indenrigsministeriet kan efter forhandling med socialministeriet og sundhedsstyrelsen fastsætte særlige krav til skolesundhedstjenesten ved sådanne institutioner.

c) Henvisning og kontakt til_andre instanser.

Ved behov for yderligere undersøgelser og behandling henviser skolesundhedstjenesten normalt barnet til egen læge. Skolesundhedstjenestens personale bør påse, at henvisning til egen læge efterkommes, og såfremt det ikke sker, underrette familien om betydningen heraf - eventuelt ved hjemmebesøg af sundhedsplejersken. Skolesundhedstjenesten bør iøvrigt holde den alment praktiserende læge orienteret om skolebørn, som frembyder særlige sundhedsmæssige problemer. Skolesundhedstjenesten kan i samarbejde med den alment praktiserende læge medvirke i opfølgende arbejde ved specialbehandling (f.eks. ved vurderingen af insulinbehovet ved sukkersyge og den medicinske behandling af epilepsi samt den nødvendige justering på baggrund heraf).

Skolepsykologisk rådgivning inddrages altid, såfremt der er behov for en nærmere pædagogisk-psykologisk indsats.

Skolelægen påtegner altid henvisninger til skolepsykologisk kontor.

Såfremt skolesundhedstjenesten skønner, at der er behov for særlige sociale foranstaltninger overfor barnet eller dennes familie, indberettes til den øvrige social-og sundhedsforvaltning, så vidt muligt efter samråd med familien (jf. bistandslovens §§ 19, 2o og 32).

Ligeledes underrettes den øvrige social- og sundhedsforvaltning, hvis der i udskolingsfasen skønnes behov for hjælp til uddannelse og erhvervsmæssig optræning (jf. bistandslovens § 42).

d) Forebyggende foranstaltninger.

Udover de nævnte undersøgelser og relevante henvisninger kan skolesundhedstjenesten yde en vigtig indsats over for de pågældende børn og deres skolemiljø.

Ler vil ofte være behov for en særlig sundhedspædagogisk indsats over for det enkelte barn eller en gruppe af børn med fælles problemer. Der kan være behov for overfor klassekammerater og pædagoger at "oversætte" medicinske forhold med henblik på en øget accept af børn med særlige problemer og forståelse for eventuelle særlige behov.

Skolesundhedstjenesten medvirker til, at klassens fysiske indretning og børnenes placering imødekommer eventuelle særlige behov (indretning af borde og stole, placering af børn, syns- og hørevanskeligheder m.v.).

3.6. Smitsomme sygdomme og vaccinationer.

(Der er for øjeblikket et arbejde igang i sundhedsstyrelsen vedrørende foranstaltninger overfor smitsomme sygdomme i skolerne og vedrørende vaccinationstilbud i skolealderen. Den nærmere udformning af dette afsnit må afvente, at disse forhold er afklaret).

3.7« Tilsyn med skolens hygiejniske forhold.

Skolelægen fører kontrol med sundhedstilstanden i skolen samt med de hygiejniske forhold i bredeste forstand. Skolelægen fungerer som konsulent for skolens ledelse og lærere i institutionshygiejniske spørgsmål, i hvilke embedslægeinstitutionen kan fungere som skolelægens faglige rådgiver.

Det er skolelægens opgave at foretage en undersøgelse af skolen som arbejdsplads og opholdssted for børn med henblik på en kortlægning af negative fysiske og kemiske skolemiljøfaktorer m.v. samt at tilrettelægge indsatsen herimod sammen med skolens ledelse. Skolelægen bør årligt sammen med skolens leder foretage en samlet vurdering af skolemiljøet.

Det hygiejniske tilsyn omfatter alle forhold, der har direkte eller indirekte betydning for sundhed og sikkerhed i skolemiljøet - f.eks.

- extern miljøhygiejne (forhold vedrørende skolens udearealer, børnenes udendørs opholdssteder i frikvarterer og under sportsudøvelse, renovationsforhold m.v.),
- bygningshygiejne (dimensionering og opdeling af bygninger, indretning(toiletter, omklædningsrum, klasseværelser, gymnastiksal, gang- og trappearea-

ler m.v.)> byggematerialer, beklædning af *vægge,* gulve og lofter, isolationsforhold, tæppebelægninger, sanitære forhold iøvrigt, renholdelse af skoler m.v.) foruden indeklimah.ygie.jne (temperatur-, fugtigheds-, ventilations-, lys-, lyd-, støv-, lugtforhold m.v.),

- Idrætsmedicinske og ergonomiske forhold (sportsudøvelse og anden fysisk belastning, svømmeanlæg, anvendelse af skolemøbler, gymnastikredskaber og andet inventar, indretning af sportsanlæg og skolegård m.v.),
- drikkevandshygiejne (lednings- og fordelingssystemer, drikkevandskvalitet m.v.),
- levnedsmiddelh.ygie.ine (fremstilling, forarbejdning og forhandling af levnedsmidler, hygiejniske forhold vedrørende børnenes spisepladser, skolekantine m.v.) samt ernæringshygie.jne (de af skolen formidlede fødemidler, ernæringshygiejnisk rådgivning m.v.),
- ulykkesforebyggelse (skoleveje, udendørs- og indendørsarealer, lokaler m.v.)

samt andre hygiejniske forhold iøvrigt.

Skolelægens erklæring bør indhentes i alle sager vedrørende skolens hygiejniske forhold, inden den stedlige myndighed træffer afgørelsen. Skolelægens, eller eventuelt skoleoverlægens, erklæring fremsendes via embedslægeinstitutionen.

3.8. Andre funktioner.

Rådgivning i svangerskabsforebyggelse.

(Udformes nærmere, når en generel afklaring vedrørende rådgivning i svangerskabsforebyggelse er sket).

Fritagelse for idræt.

Skolelægen kan i givet fald meddele hel eller delvis fritagelse for deltagelse i idræt, hvis skolelægen har kendskab til sygdomme eller handicap, som måtte berettige til en sådan fritagelse. Skolelægen skal i så fald underrette elevens sædvanlige læge om fritagelsen. Om bestemmelser vedrørende fritagelse for deltagelse i legemsøvelser henvises iøvrigt til undervisningsministeriets bestemmelse herom, for tiden undervisningsministeriets cirkulære af 8.april 1968 om fritagelse for deltagelse i legemsøvelser.

3.9. Konsulentfunktioner.

Generelt.

Skolesundhedstjenestens sundhedsfaglige ekspertise på børneområdet samt dens placering i primærkommunalt regie gør det muligt at udnytte skolesundhedstjenesten som lokal konsulent for en række institutioner, som arbejder med børn og unge i kommunen.

Skolepsykologisk rådgivning.

Skolesundhedstjenesten og skolepsykologisk rådgivning vil på en række områder være naturlige samarbejdspartnere hvad angår børn i den undervisningspligtige alder. Imidlertid omfatter skolepsykologisk rådgivning i dag også visse børn og unge udover den undervisningspligtige alder, jævnfør folkeskolelovens §§ 3 og 19. Med henblik på sundhedsfaglig bistand kan skolesundhedstjenesten fungere som konsulent for de skolepsykologiske rådgivningskontorer generelt og i enkeltsager, også udover den undervisningspligtige alder.

Len alment praktiserende læge skal inddrages ved behandling af enkeltsager.

Social- og_sundhedsforvaltning, daginstitutioner for børn og_dagpleje.

Skolesundhedstjenestens administrative placering i social- og sundhedsforvaltningen gør det naturligt at udnytte skolelægen i forvaltningens øvrige arbejde med børn og unge, hvor generelle eller individuelle problemer i relation til sundhed og sygdom skal vurderes og løses. Social- og sundhedsforvaltningen vil således efter kommunens nærmere bestemmelser kunne inddrage skolelægen som konsulent i planlægning og problemløsning på børne- og ungdomsområdet.

Vuggestuer og børnehaver har i nogle år været uden en lokal, bredere lægelig rådgivning. Embedslægen har i en vis udstrækning fungeret som rådgiver i generelle og individuelle sundhedsmæssige spørgsmål, men der har i mange tilfælde vist sig behov for en lokal lægelig rådgivning.

Efter kommunens bestemmelse kan skolelægen fungere som konsulent for disse institutioner i kommunen med henblik på generel sundhedsfaglig rådgivning f.eks. vedrørende smitsomme sygdomme, indretning af lokaler og løsning af problemer af sundhedsmæssig karakter, som opstår som led i daginstitutionernes virke. Skolelægen kan ikke yde lægelig behandling ved sygdom i børneinstitutionerne.

Tilsvarende kan skolelægen, såfremt der skønnes behov herfor, fungere som lægefaglig konsulent for den kommunale dagpleje.

Skolelægen bør som konsulent for daginstitutioner og dagpleje samarbejde efter behov med sundhedsplejersken.

Undersøgelse, diagnostik og behandling af enkeltbørn er i relation til de her omhandlede konsulentfunktioner skolelægen uvedkommende. Det drejer sig udelukkende om rådgivende funktioner, og der må herudover i givet fald henvises til den alment praktiserende læge.

4. Ordningens tilrettelæggelse.

4.1. Ansvarlige myndigheder.

Kommunerne.

Ifølge lov om skolesundhedstjeneste er det kommunerne, som er ansvarlige for tilrettelæggelsen af skolesundhedstjenesten inden for de af indenrigsministeren fastsatte rammer. Skolesundhedstjenesten forvaltes efter reglerne i lov om styrelse af sociale og visse sundhedsmæssige anliggender i sammenhæng med de øvrige opgaver, der er henlagt til kommunerne, jævnfør bl.a. lovene om sundhedsplejerskeordninger, hjemmesygeplejerskeordninger og børnetandpleje.

Det er kommunalbestyrelsens opgave at træffe bestemmelse om alle forhold vedrørende kommunens virksomhed på sociale og sundhedsmæssige områder, der ikke er henlagt til andre myndigheder. Den umiddelbare forvaltning heraf varetages af det sociale udvalg, medens den daglige administration varetages af social- og sundhedsforvaltningen.

Kommunerne har herved det direkte ansvar for den sundhedsmæssige indsats og for koordinationen af skolesundhedstjenestens arbejde med anden virksomhed i kommunen inden for det sociale og sundhedsmæssige område og iøvrigt for administrationen af skolesundhedstjenesten.

Den planlæggende funktion er fastlagt i den sociale styrelseslov, § 11 (jf. afsnit 4.5.).

Amtskommunerne.

Amtskommunerne vejleder kommunerne i sociale og sundhedsmæssige anliggender. Med udgangspunkt i de af kommunalbestyrelserne udarbejdede forslag til udbygningsplaner for kommunernes social- og sundhedsmæssige virksomhed, foretager amtsrådet i samråd med kommunerne den fornødne koordinering af kommunernes forslag om virksomhed inden for skolesundhedstjenesteområdet *og* tilgrænsende områder.

Den planlæggende funktion er iøvrigt fastlagt i den sociale styrelseslovs § 11, jfr. afsnit 4.5.

Staten.

Ifølge den sociale styrelseslov fører socialministeren overtilsyn med kommunernes socialvæsen. Som led i tilsynet får socialministeren forelagt den plan for udbygningen af den sociale og sundhedsmæssige virksomhed i amtet, som amtsrådet i fællesskab med de kommunale myndigheder skal udarbejde, og hvori skolesundhedstjenesten skal medtages. Udbygningsplanen skal danne grundlag for en egentlig landsplanlægning i sammenhæng med andre sociale og sundhedsmæssige opgaver.

I henhold til lov om skolesundhedstjeneste skal de generelle bestemmelser om omfanget af og kravene til den kommunale skolesundhedstjeneste fastsættes af indenrigsministeren.

Sundhedsstyrelsen fører i medfør af lov om sundhedsvæsenets centralstyrelse •tilsynet med skolesundhedstjenestens medicinalpersoner og er rådgivende over for centrale og lokale myndigheder i spørgsmål, der kræver lægekyndig og sygeple jefaglig indsigt.

Embedslægeinstitutionen bistår sundhedsstyrelsen på det lokale plan med disse opgaver. På begæring af kommuner og amtskommuner afgiver embedslægeinstitutionen udtalelser i forbindelse med planlægning af skolesundhedstjenesten samt yder vejledning angående den mest hensigtsmæssige indpasning af ordningen i det kommunale og amtskommunale social og sundhedsvæsen, ligesom institutionen efter anmodning afgiver udtalelse om, hvorvidt skolesundhedstjenesten er i overensstemmelse med udviklingen og befolkningens behov, og om forslag til ændringer af iskolesundhedst jenesten.

4.2. Skolesundhedsudvalg.

Ifølge indenrigsministeriets bekendtgørelse vedrørende skolesundhedstjeneste kan der ved de enkelte skoler oprettes rådgivende skolesundhedsudvalg. Hensigten hermed er at etablere et rådgivende forum med brugerrepræsentation, hvor skolesundhedstjenestens funktion og sundhedsproblemer i relation til skolen kan drøftes. Skolesundhedsudvalget vil således kunne få en vigtig rolle som rådgiver i planlægningen af skolesundhedstjenestens arbejde og som kontaktled mellem skolesundhedstjenesten og øvrige instanser med tilknytning til skolen.

Sundhedsstyrelsen må derfor opfordre til at der ved enhver skole med mere end loo børn oprettes et sådant skolesundhedsudvalg.

For at tilgodese kommuner, hvis skolestruktur er præget af små skoler, kan kommunen i stedet vælge at etablere et centralt, kommunalt skolesundhedsudvalg i overensstemmelse med de principper, som gælder for de til den enkelte skole knyttede skolesundhedsudvalg.

Skolesundhedsudvalget bør afholde møde mindst én gang årligt. Udvalgets opgaver er at drøfte skolebørns sundhedsforhold og sundhedsproblemer, rådgive om iværksættelse af sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende aktiviteter og foranstaltninger vedrørende skolen og skolebørnene og drøfte tilrettelæggelsen af skolesundhedstjenesten ved skolen.

Skolesundhedsudvalget har mindst 8 medlemmer: skolens inspektør, skolelægen, sundhedsplejersken, 1 lærer udpeget af lærerådet, 1 forældrerepræsentant udpeget af skolenævnet, 1 elevrepræsentant udpeget af elevrådet, 1 børnetandlæge fra den kommunale børnetandpleje og 1 skolepsykolog.

Herudover kan udvalget ved lokal aftale ad hoc eller permanent udvides med andre repræsentanter.

Indstillinger om ændret tilrettelæggelse af skolesundhedstjenesten ved skolen forelægges for kommunens social- og sundhedsudvalg, som varetager den umiddelbare forvaltning af skolesundhedstjenesten.

4.3. Personalet og normering.

Generelt.

Kommunalbestyrelsen fastsætter det nærmere omfang af den lokale skolesundhedstjeneste og ansætter det nødvendige personale. Dette består af skolelæger, sundhedsplejersker/sygeplejersker og sekretærer.

Social- og sundhedsforvaltningen kan efter kommunalbestyrelsens bestemmelse ansætte andre personalegrupper som medarbejdere eller konsulenter i skolesundhedstjenesten, med særlig sagkundskab inden for ergonomi, børnepsykiatri m.v.

Ansættelse af sundhedsplejersker.

Kommunalbestyrelsen ansætter sundhedsplejersker i det omfang, det er nødvendigt for at sikre, at formålet med skolesundhedstjenesten imødekommes og skolesundhedstjenestens funktioner varetages i fornødent omfang.

Hvor det er muligt, tør det tilstræbes at etablere kombinerede ordninger, hvor sundhedsplejerskeordningen tilrettelægges i kombination med skolesundhedsplejen.

Derved kan sundhedsplejerskens forhåndskendskab til barnet og dets familie udnyttes i skolesundhedsplejen, og der skabes kontinuitet i vejledningen vedrørende børn under og i den undervisningspligtige alder.

Ansættelse som sundhedsplejerske sker ved offentligt opslag og er betinget af, at den pågældende er sygeplejerske og har afgangsbevis som sundhedsplejerske fra Danmarks Sygeplejerskehøjskole.

Kommunerne bør ved ledigblevne skolesygeplejerskestillinger tilstræbe at besætte disse med sundhedsplejersker.

Såfremt ansættelse af sundhedsplejerske ikke er muligt, forelægger kommunalbestyrelsen de indkomne ansøgninger for den ledende sundhedsplejerske eller, såfremt en sådan ikke findes i kommunen, for amtssundhedsplejersken, med henblik på en vurdering af, om fornødne uddannelses- eller erhvervskvalifikationer vedrørende børn og unge er tilstede. Er dette ikke tilfældet, kan ansættelse kun ske efter dispensation fra sundhedsstyrelsen.

Fra et af sundhedsstyreisen fastsat tidspunkt kan kommunerne kun ansætte sundhedsplejersker i skolesundhedstjenesten.

Ansættelse af læger.

Kommunalbestyrelsen ansætter skolelæger i det omfang, det er nødvendigt for at imødekomme skolesundhedstjenestens formål og udføre de fornødne opgaver.

Så vidt muligt bør der ansættes heltidsskolelæger. Hvor dette ikke er muligt, bør et antal på 800 elever være minimum for at sikre, at skolelægearbejdet indgår med en vis minimal vægt i den pågældende skolelæges samlede erhvervsarbejde.

Ansættelse som skolelæge er betinget af, at lægen har ret til selvstændigt virke som læge *og* har gennemført mindst 36måneders praktisk klinisk uddannelse efter sin embedseksamen, heraf mindst 6 måneder med pædiatrisk indhold.

Skolelægen skal gennemgå et af sundhedsstyrelsen tilrettelagt kursus i skolesundhedstjeneste og ved opslag af skolelægestillinger bør anføres, at den, der ansættes, har pligt til at gennemgå dette kursus.

Skolelægearbejdets tiltagende samfundsmedicinske indhold gør det ønskeligt, at skolelægen har samfundsmedicinske elementer i sin uddannelse,og fra et af

sundhedsstyrelsen fastsat tidspunkt må kommunerne kun ansætte skolelæger, som har uddannelsesmæssige kvalifikationer i samfundsmedicin, som svarer til relevante elementer i kursus i samfundsmedicin.

Sundhedsstyrelsen kan give dispensation fra de nævnte uddannelseskrav.

Ansættelse som skolelæge sker efter offentligt opslag og forinden ansættelsen indhenter kommunalbestyrelsen kvalifikationsbedømmelse af de indkomne ansøgninger hos embedslægeinstitutionen, herunder om ansøgerne kan antages at have den fornødne pædiatriske uddannelse. Hvor der er ansat skoleoverlæge eller amtsskolelægekonsulent, bør dennes udtalelser ligeledes indhentes med henblik på kvalifikationsbedømmelse ved ansættelse af skolelæger.

Sekretærbistand.

For at sikre at sundhedsplejersken og skolelægens indsats i videst muligt omfang forbeholdes det sundhedsfaglige arbejde, stilles der inden for socialforvaltningen i fornødent omfang sekretærbistand til rådighed for skolesundhedstjenesten. Sekretæren kan tilknyttes skolesundhedstjenesten ved den enkelte skole eller ved flere skoler og kan eventuelt indgå i det sekretærmæssige arbejde i relation til andre suadhedsfaglige opgaver ved sundheds- og socialforvaltningen (sundhedsplejerskeordninger, hjemmesygepiejerskeordninger, Læg3konsulentonirådet m.v.).

4.5. Planlægning.

Generel planlægning.

Efter § 11 i den sociale styrelseslov påhviler det kommunalbestyrelser og amtsråd at udarbejde forslag til udbygningsplaner for den sociale og sundhedsmæssige virksomhed i kommunen henholdsvis amtskommunen. Planerne skal dække en periode på mindst 5 år og optages til revision én gang om året.

Socialministeren fastsætter de nærmere regler om fremgangsmåden ved udarbejdelse af udbygningsplanerne, om tidsfrister herfor og om det i planerne indeholdte sagsområde.

Planerne skal angive, hvad kommunalbestyrelsen og amtsrådet mener at burde og kunne gennemføre i en årrække fremover, så der dannes et realistisk grundlag såvel for den fornødne koordination inden for social- og sundhedsområdet og i forhold til kommunens øvrige aktiviteter.

Amtsrådet har pligt til at bidrage til koordineringen mellem kommunernes forslag indbyrdes og mellem disse og amtskommunens egen udbygningsplanlægning. Amtsrådet udarbejder en sammenfattende redegørelse som led i varetagelsen af sine koordinerende opgaver.

De kommunale og amtskommunale udbygningsplaner samt amtskommunens sammenfattende redegørelse sendes til de centrale myndigheder. Det påhviler socialministeren efter forelæggelse for indenrigsministeren, at påse, at de for planlægningen fastsatte regler er fulgt, at kommunernes og amtskommunernes pligt efter lovgivningen til at tilvejebringe social- og sundhedsmæssig service kan anses for opfyldt, og at de samfundsmæssige hensyn til forbrug af ressourcer i fornødent omfang er tilgodeset. Socialstyrelsen udarbejder i samarbejde med sundhedsstyrelsen en årlig redegørelse, hvor bl.a. socialsektorens forventede ressourceforbrug i planperioden sammenfattes.

I den årlige planlægning i relation til skolesundhedstjenesten bør kommunalbestyrelsen, udover det sociale udvalg og social- og sundhedsforvaltningen, inddrage skolesundhedstjenestens personale, skolesundhedsudvalgene og relevante organer i tilknytning til skolesektoren (skolekommission, skolenævn m.v.).

Lov og bekendtgørelse om skolesundhedstjenesten har åbnet mulighed for, at skolesundhedstjenesten i vid udstrækning tilpasses lokale behov, hvorfor det er afgørende for skolesundhedstjenestens funktion, at kommunen opstiller lokale målsætninger for skolesundhedstjenestens arbejde.

Tilsvarende bør der på den enkelte skole årligt, gerne i skolesundhedsudvalgets regie, gennemføres en debat om skolesundhedstjenestens funktioner, således at mål og metoder for indsatsen i det kommende år kan fastlægges i form af en årsplan for skolesundhedstjenestens arbejde på hver enkelt skole.

Tilrettelæggelse af løbende undersøgelsesvirksomhed.

Skolesundhedstjenesten udarbejder en halv- eller helårig plan for sin undersøgelsesvirksomhed.

Skolesundhedstjenesten bør snarest muligt efter skoleårets begyndelse fra skolens leder modtage oplysning om børnenes fordeling i klasserne (navnelister) samt modtage regelmæssige meddelelser om børnenes til- og fraflytning.

Tidspunktet for undersøgelserne bør i god tid aftales med skolens leder og klasselærerne. Undersøgelserne skal foregå i den normale skoletid, og forældrene anmodes om at overvære skolelægens undersøgelse. I de mindre klasser kan klasselæreren eventuelt være tilstede.

Træffetider.

Sundhedsplejersken og skolelægen bør så vidt muligt have faste træffetider, som falder inden for den normale skoletid, hvor elever, forældre, skolens personale og andre med tilknytning til skolen og dens elever kan henvende ældrenes arbejdstider være ønskeligt med en træffetid eftermiddag eller aften. Herudover bør der regelmæssigt (f.eks. månedligt) være mulighed for at andre kan mødes med skolesundhedstjenestens personale.

Tværfagligt_samarbejde.

Som nævnt under de enkelte funktioner i kapitel 3 er det en forudsætning for skolesundhedstjenestens arbejde, at der finder et nært samarbejde sted mellem lægen, sundhedsplejersken og en række andre instanser i og omkring skolen.

Samarbejdet med skolesundhedstjenesten foregår bl.a. i form af tværfaglige konferencer samt individuel kontakt med relevante instanser, hvor det skønnes nødvendigt.

Skolens lærere bør være opmærksom på at kontakte skolesundhedstjenesten, ikke alene i tilfælde af sygdomstegn og egentlige sundhedsproblemer på skolen, men også, hvor der foreligger undervisningsmæssige, adfærdsmæssige, sociale og andre problemer, som kan have sundhedsproblemer som tilgrundliggende årsag.

Skolelægen bør holde den alment praktiserende læge orienteret om skolebørn, som frembyder særlige sundhedsmæssige problemer.

Der kan træffes aftale med barnets praktiserende læge om opfølgende behandlingsindsats i skolesundhedstjenestens regie, og i tilfælde af akut opståede sygdomstilfælde, uheld m.v., som måtte optræde, medens skolesundhedstjenestens personale er på skolen, bør akut behandling iværksættes.

Samarbejde med_skolebørnenes_hjem.

Skolesundhedstjenestens indsats forudsætter generelt et velfungerende samarbejde mellem skolesundhedstjenesten og skolens forældrekreds samt en god kontakt mellem skolesundhedstjenestens personale og familien i det enkelte tilfælde. Barnets forældre eller værge opfordres normalt til at deltage i undersøgelser og samtaler, især i de første skoleår.

Sundhedsplejersken bør i samråd med skolelægen og eventuelt skolelederen besøge de hjem, hvor elevernes tilstand eller andre forhold gør det ønskeligt.

Det er besøgenes hensigt at skabe kontakt mellem skolesundhedstjenesten og hjemmene.

Sundhedsplejersken skal ved disse besøg informere og vejlede om sundhedsmæssige spørgsmål af betydning for familiens trivsel. Erfaringerne fra disse besøg indføres i skolesundhedstjenestens journaler.

Henvisninger.

Henvisninger bør så vidt muligt drøftes mellem læge og sundhedsplejerske, før der træffes beslutning herom.

Det er normalt lægen, der inden for skolesundhedstjenestens arbejdsområde har den skriftlige henvisningskompetence til den alment praktiserende læge, børnetandplejen, skolepsykologisk rådgivning og socialforvaltning.

Afhængig af de lokale forhold kan der mellem den enkelte læge og sundhedsplejerske træffes aftale om, at sundhedsplejersken henviser til andre instanser.

Ved henvisning opfordres den pågældende instans til at orientere skolesundhedstjenesten om resultatet af henvisningen.

Lokaler.

Kommunen skal på den enkelte skole stille fornødne lokaler til rådighed til brug for skolesundhedstjenestepersonalets undersøgelser og samtaler, samt rum, der kan anvendes som venteværelse og omklædningsrum.

Lokalet må være af rimelig størrelse og være forsynet med det for skolesundhedstjenestens arbejde nødvendige udstyr, og der må være let adgang til toilet.

Om omfang og indretning af lokale samt sædvanligt udstyr henvises til bilag •••• (udarbejdes senere).

Der bør desuden i social- og sundhedsforvaltningen være kontorlokaler til rådighed for skolesundhedstjenestens personale. Dette medvirker til at skabe mulighed for et godt samarbejde med social- og sundhedsforvaltningens øvrige personale.

5. Journal, journalopbevaring og informationsudveksling.

Skolesundhedstjenestens journaler føres og anvendes af skolesundhedstjenestens personale. Der anvendes de af sundhedsstyrelsen godkendte journalskemaer, se bilag . . . . . (udarbejdes senere).

Skolesundhedstjenesten må kun indhente og opbevare oplysninger, dar er nødvendige for skolesundhedstjenestens virksomhed.

Journalen opbevares på den skole, hvor barnet går, ved overflytning til anden skole rekvireres journalen af skolesundhedstjenesten ved den nye skole.

Skolesundhedstjenestens journaler vil indeholde oplysninger, der er omfattet af tavshedspligt, og de skal derfor opbevares på betryggende måde.

Ved en elevs endelige udskrivning fra skolen hensættes journalen til arkivering i kommunens arkiv og opbevares som andet journalmateriale i mindst lo år.

Ved børnenes optagelse på skolen indhenter lægen ved skolesundhedstjenesten efter samtykke fra børnenes forældre relevante oplysninger fra alment praktiserende læge.

Samtykke til denne informationsoverførsel kan indhentes i forbindelse med udsendelse af spørgeskema til forældrene ved barnets indskrivning i skolen, se bilag....(udarbejdes senere).

Såfremt et sådant generelt samtykke ikke kan opnås, søger skolesundhedstjenesten at opnå samtykke til indhentning af visse konkrete oplysninger.

Kan sådant samtykke ikke opnås, undlades informationsoverførsel herefter, såfremt det ikke af lovgivning fremgår, at informationsoverførsel skal finde sted.

På samme måde skal der foreligge samtykke til indhentning af oplysninger fra andre dele af sundhedsvæsenet eller fra social- og sundhedsforvaltningen iøvrigt.

Når et barn af lægen ved skolesundhedstjenesten henvises til alment praktiserende læge medgives en særlig blanket, hvorpå henvisningsårsagen er anført.

På anfordring og med forældrenes samtykke udleveres fra skolesundhedstjenestens journal relevante oplysninger til brug for sagsbehandling, der involverer barnet direkte eller indirekte. Udlevering skal iøvrigt ske under hensyntagen til reglerne om lægers tavshedspligt og undtagelserne herfra, jf. lægelovens § 9> straffelovens § 264 b samt øvrige lovgivning vedrørende lægers oplysningspligt.

Anvendelse af skolesundhedstjenestens journalmateriale med henblik på videnskabelige undersøgelser kan kun ske med tilladelse fra det sociale udvalg.

Normalt er forudsætningen for tilladelse, at den eller de, der skal forestå de videnskabelige undersøgelser, har tavshedspligt, tilbageleverer alt udlånt materiale og ikke retter henvendelse til pågældende elever. Endelig er det

en forudsætning, at offentliggørelse af undersøgelsesresultater sker på en sådan måde, at elevernes anonymitet sikres.

6. Informationssystemer.

(Nærmere regler og skemaer udarbejdes senere).

7. Forsøgsvirksomhed.

Med omlægningen af skolesundhedstjenesten gives øget mulighed til kommunerne for selv at tilrettelægge en lokal skolesundhedstjeneste, som imødekommer lokale mål, behov og ressourcer. Retningslinierne indeholder en række basale, obligatoriske funktioner (minimumskrav) samt en række generelle opgaver, som vil kunne tages op uden videre efter kommunalbestyrelsens beslutning. Dette sikrer en betydelig fleksibilitet samtidig med, at der stilles krav til den lokale målformulering, prioritering og planlægning.

Endvidere opfordres kommunerne til at etablere forsøgsvirksomhed vedrørende skolesundhedstjenestens struktur og funktioner. Skolesundhedstjenesten bør lokalt og generelt til stadighed udvikle sig i takt med de nye krav, som fremkommer på baggrund af udviklingen i samfundet og i sygdomsmønstret. Ved lokal forsøgsvirksomhed vil nye organisationsformer og funktioner kunne afprøves til gavn for såvel det lokale som det generelle udviklingsarbejde i skolesundhedstjenesten.

Det er naturligvis afgørende herfor, at forsøgsvirksomhed tilrettelægges således, at en nærmere vurdering af forsøget er mulig. Det gælder såvel en beskrivelse og vurdering af organisatoriske og funktionelle forhold som af økonomiske og sundhedsmæssige konsekvenser.

Ved tilrettelæggelsen, gennemførelsen og vurderingen af forsøgsvirksomhed kan embedslægeinstitutionen, amtssundhedsplejersken m.v. yde faglig bistand, og der bør inden forsøgets start udarbejdes detaljeret forsøgsprotokol.

Det er indenrigsministeriet ,som efter forhandling med sundhedsstyrelsen giver tilladelsen til forsøgsvirksomhed,og som samtidig fastsætter kravene til varighed, evaluering, rapportering m.v. Indenrigsministeriet kan med henblik på forsøgsvirksomhed dispensere fra bestemmelserne i bekendtgørelse og retningslinier vedrørende skolesundhedstjenesten.

Litteraturliste til kapitel IV. Skolebørns sundhedstilstand.

Henvisningsnummer	Forfatter	Tekst
1	Albrectsen, Birgit	Kostundersøgelse blandt skolebørn i Gladsaxe kommune. U.f.L., 1977: 845-853.
2	Albrechtsen, S.R.	Skolernes fysiske miljø. Indendørsklima, U.f.L., 1972, 134: 734-736.
3	Almind, Gert	Børns helbred. Oslo, 18.2o.4. 1979. U.f. L., 1979, 141: 167o-1671.
4	" "	Fremmødet ved børneundersøgelser, U.f.L., 1979, 141: 629-63o.
5		Ny vejledning i børneundersøgelser. U.f. L., 1978, 14o: 3o67-3o68.
6		Profylakse i førskolealderen. Somatiske og psyko-sociale undersøgelser i traditionelle rammer. U.f.L., 1974, 136: 1916-1918.
7	Andersen, Gunnar	Børn på behandlingshjem I. Analyse af opvækstvilkår. Gyldendals pædagogiske bibliotek, 1971, 136 s.
8	Andersen, Henning	Barnealderens endokrinologi. II. Vækst og abnorm kønsudvikling. Månedsskr. pr. lægegern. 1973, 51: 441-46o.
9	Andersen, 1b og G.R. Lundqvist	Klimahygiejniske grundmålinger i syv skoler. U.f.L., 1972, 134: 737-743.
10	Andersen, Jørgen Bent	Astma i barnealderen. Månedsskr. pr. lægegern. 1979, 57: 648-662.
11	" "	Nogle allergiske sygdomme i barnealderen. Månedsskr. pr. lægegern. 1979, 57: 635-647.
12	Andreassen, Birgit og Lise Sjørslev	Sundhedsplejerskebesøget i 4-års alderen. Et screeningsforsøg med hjemmebesøg af sundhedsplejerske til 3¾-årige børn i Korsør by. Dansk Sygeplejeråd, 1979. 71 s.
13	Andreassen, Mogens	Trafikulykker hos børn. U.f.L. 1973, 135: 138-139.

14	Bentzen, Ole	Audiologisk behandling af hørelidelser hos børn. Månedsskr. pr. lægegern. 1972, 5o: 254-266.
15	" "	Det handicappede barn - hvad gør vi ved det? Månedsskr. pr. lægegern. 1972, 5o: 3o9-327.
16	Berg, 1b	Social medicin, et klinisk socialpædiatrisk studie. De samspilsramte, miljøskadede, tilpasningsvanskelige, adfærdsforstyrrede børn og deres forældre, et socialt helbredsproblem. U.f.L. 1971, 133: 2o37-2o42.
17	Bernsted, Lise og Mark Krasnik	Skoleungdom og prævention. Viden, holdning, adfærd. 52 s. + bilag. Institut for social medicin rapport 9.
18	Bernth, Inger	Institutionsbørn og hjemmebørn. Med særligt henblik på 0-6 årige og daginstitutioner. Månedsskr. pr. lægegern. 1974, 52: 517-535.
19	Berthelsen, Britta og Signe Engbæk	Ryglidelser hos skolebørn. U.f.L. 1974, 136: 1980-1982.
2o		Betænkning vedr. den fremtidige skolelægeordning. Afgivet af det af undervisningsministeriet den 6. oktober 1965 nedsatte udvalg. Betænkning nr. 591. 197o, 74 s.
21	Biering, Axel	Skolemøbler. U.f.L. 1979, 141: I665.
22	Biering-Sørensen Knud et al.	Screening af børn i 4-års alderen. Forslag til tidlig opsporing af risikobørn. U.f.L. 1978, 14o: II9-I24 s.
23	Bjerrum, Lars og Lis Iversen	Børns færdselsdødelighed. U.f.L. 1979, 141: 1791-1797.
24	Blindum, Poul	De 6-12 åriges problemer ved mødet med skolen. Månedsskr. pr. lægegern. 1977, 55: 621-630.
25	Bogen, Birgit og Hilchen Sommerschild Sundby	Helsestasjonen alltid i støbeskjeen. Oslo, Universitetsforlaget, 1977. 326 s.
26	"	Helsestasjonen i støbeskjeen. Nye muligheter for psykisk forebyggende arbeid. Utgitt av sosialdepartementet. Oslo-Bergen- Tromsø, Univ. forlaget, 1972. 254 s.
27	Børnekommissionen	Skolepasningsordninger i folkeskolen. Kbh. Børnekommissionen, c/o Socialforskningsinstituttet, 1979. Forsk. pag.

28 The child and the adolescent in society. Report on a WHO conference. Cph.Reg. Office for Europe, 1979. 6o s. (Euro reports and studies 3).

29 Christensen, Niels Chr. Behovsafhængig sundhedspleje i barnealderen. Forsøgsordningen i Odense. U.f.L. 1973, 135: 537-539.

30 Christensen, Vagn Socialpædiatri i kommunerne. U.f.L. 1972, 134: 2287-2289.

31 " " Trivselsproblemer og sygdomsreaktioner i førskolealderen. Forebyggelse, opsporing, behandling, perspektiver. U.f.L. 1974, 136: 1897-19o3.

32 Cirkulære af 19.2.1979 om kursus i skolehygiejne. U.f.L. 1979, 141: 830-831 (Officielle meddelelser).

33 Claesson, Bent H., Mogens Søe og Gideon Zlotnik Psykofarmakaordinationer til børn belyst ved receptopgørelse. U.f.L. 1976, 138: 3287-3291.

34 Dahl, Vibeke Forløbet af psykiske lidelser i barnealderen (Disp.) Munksgaard, 1965. 145 s.

35 Deckert, Torsten og Henning Andersen Sukkersyge hos børn og unge. U.f.L. 1977, 139: I747-I748.

36 Ege, Bo Screening af fire-årige børns forståelse og produktion af tale. Månedsskr. pr. lægegern. 1978, 56: 619-628.

37 Engbæk, Kræsten Giardia lamblia og andre tarmparasitter hos børn i daginstitutioner. Forekomst og betydning. U.f.L. 1978, 140: 14-17.

38 Engbæk, Kræsten og Severin Olesen Larsen Tarmparasitter hos skolebørn. Forekomst i relation til nogle sociale parametre. U.f.L. 1978, 140: 9-13.

39 Engbæk, Signe Ryglidelser hos skolebørn. Diagnostiske, prognostiske og profylaktisk/terapeutiske overvejelser. U.f.L. 1974, I36: 803-808.

40 " " Skoleelevers arbejdsstillinger. U.f.L. 1979, 141: I99I (korresp.).

41 " " Skolesundhedsplejen og dens målsætning. Et diskussionsindlæg. U.f.L. 1974, I36: 281-282.

42 Engbæk, Signe og Anders Foldspang Morbus socialis. Socialt betingede dårlige vilkår for udvikling og indlæring blandt elever i et normalt skoleklientel. U.f.L. 1979, 141: 2225-2229.

43 Evaluation of school health programmes. Report on a working group. Bucharest 2-5 august 1977. Cph. World Health Organization, 1978 30 s. (ICP/MCH 007).

44 FAS' skolelægeudvalg Skolelægerne og åndssvageforsorgen. U. f.L. 1979» H l: 3o82.

45 Fit for the future. Report of the Committee on Child Health Services. London, H.M.S.O., 1976. Bind 1-2.

46 Genster, Helge og Arne Højsgaard Enuresisforekomst i et materiale af skolebørn. Hyppighed af enuresis nocturna og diurna samt den sociale fordeling baseret på spørgeskemaer til 2.42o børn. U.f.L. 1979, 141: 727-729.

47 Hallum, Eva og Else Sørensen Efterundersøgelse af 322 tidligere børnepsykiatriske patienter. Nuværende sociale forhold belyst ved kontakt med invalideforsikringsretten 23-25 år efter indlæggelsen. U.f.L. 1978, 140: 125o-1253.

48 Hansen, Erik Migræne i barnealderen. Definitioner, forekomst, symptomer og behandling. Månedsskr. pr. lægegern. 1975, 53: 295-297.

49 Hansen, Gunnar Toft Udlægning. Integrering. Normalisering. Månedsskr. pr. lægegern. 1979» 57: 526-534.

50 The health of the school child. Report of the Chief Medical Officer of the Department of Education and Science for the years 1969-197o. London, H.M.S.O., 1972, 127 s.

51 Heinild, Sv. Samspilsramte børn. Månedsskr. pr. lægegern. 1972, 42: 273-3o2.

52 Helbo, Sven Skolelægefunktionen. U.f.L. 1978, 14o: 31-35.

53 " " Skolelægen og skolernes erhvervsvejledning. U.f.L. 1975, 137: 2738-274o.

54 " " Skolesundhedspleje på familiebasis. U.f. L. 1972, 134: I619-I622.

54 a " " Erhverv og helbred, Skolehygiejnisk tidsskrift 1980, 45-52.

55 Helbredsundersøgelserne i den undervisningspligt ige alder. Af Kirsten Barfoed m. fl. Delbetænkning II udarbejdet af et udvalg nedsat af Dansk skolelægeforening, december 1977. U.f.L. 1978, 14o: 1779-1784.

56 Helve, Anja — Skolhälsovården en del af folkhälsoarbetet i Finland. Nord. Med. 1976, 91: 85-87.

57 Henningsen, Birgitte Juel — Ambulant børnepsykiatri. Et års registrering af data vedrørende patienter og arbejdsform på et nyoprettet børnepsykiatrisk ambulatorium. U.f.L. 1974, I36: 1519-1529.

58 " — Hvad ved vi om - det hyperaktive barn? U.f.L. 1977, 139: 2756-2757.

59 " — Hvornår skal almen medicineren henvise til børnepsykiatrisk afdeling? Månedsskr. pr. lægegern. 1979, 57 s I0I-I08.

60 — Henvisninger til social-pædiatrisk ambulatorium og børnepsykiatrisk afdeling - en pilotundersøgelse. Af Gitte Juel Henningsen m.fl. U.f.L. 1977, 139: 910-913.

61 Hertz, Anna Elisabeth — Skolesundhedsplejen: kompetence og virkelighed. U.f.L. 1974, I36: 280-281 (Korrespondancer).

62 Hjermind, Elise — De praktiske behandlingsmuligheder for psykisk svært lidende børn. En prospektiv undersøgelse med ét års forløbsbeskrivelse. U.f.L. 1971, 133: 1269-1274.

63 Hurvitz, Sonja — Om stammen (balbuties). Månedsskr. pr. lægegern. 1974, 52: 125-139.

64 — Højde og vægt hos danske skolebørn 1971-I972. Af Else Andersen m.fl. U.f.L. 1974, 136: 2796-2802.

65 — Indenrigsministeriets bekendtgørelse af 15.10.76 om skolernes forhold i tilfælde af smitsomme sygdomme. U.f.L. 1976, 138: 3163-3164.

66 Ibsen, C.K. — Hvad ved vi om - blodtryksforhøjelsen hos børn.

66 a " " " — Hvad ved vi om - blodtryksmåling af børn.

67 " " " et al — Sundhedstilstanden hos 19.000 skolebørn. U.f.L. I980, 142: 2656-266I.

68 — Indenrigsministeriets bekendtgørelse nr. 325 af 5. juli 1972 om skolelægeordning.

69 — Indsatsen for børn og unge, herunder samarbejdet mellem skole- og socialvæsen. Et debatoplæg. Sammenslutningen af sociale udvalg, 1978. I67 s.

70		Integration af debile børn i folkeskolen. Anden delrapport fra integrationsprojektet. Esbjerg, Sydjysk Universitetsforlag, 1978. Bd. 1-2.
71		Integrering i förskolan av handikappade barn/funktionshämmade barn/barn med behov av särskilt stöd och stimulans. Konferens arrangerad av Nordiska Ministerrådet Kungälv i november 1975. Sth. Nordisk Ministerråd, 1977. 169 s. (NU B 1977, 24).
72	Isager, Torben	Distriktsbørnepsykiatri. Rapport om det første år i børnepsykiatrisk ambulatorium i Vejle amt, særlig med henblik på arbejdsformen. U.f.L. I976, 1381 2396-240I.
73	Jespersen, Inge	Udnyttelse af børneundersøgelserne i København kommune. U.f.L. 1978, 14o: 14°-141.
74	Jespersen, Niels Bloch og Torben Marner	Socio-økonomiske forhold hos børn med miljøbetingede psykiske symptomer. En opgørelse af psykologisk undersøgte børn i en børneafdeling. U.f.L. 1975, 137: 958-960.
75	Jørgensen, Ole Sylvester og Kai Tolstrup	Hvad ved vi om - psykofarmakologisk behandling af børn? U.f.L. 1979» 141: 2132-2133.
76	Kastrup, Marianne	Psykiske lidelsers forekomst i forskolealderen. I. Adfærdskarakteristika. U.f.L. 1976, 138: 2385-239o.
77	" "	Psykiske lidelsers forekomst i forskolealderen. II. Social baggrund og terapeutiske foranstaltninger. U.f.L. 1976, 138: 2391-2395.
78	Koch-Nielsen, Inger og Mogens Nord Larsen	Splittede familier. Familiebaggrunden for 96 børneværnsanbragte børn. Teknisk Forlag, 1972. 228. (Socialforskningsinstituttet. Studie 24).
79	Kornfält, R., B. Jönsson og I. Roslund	Physical health screening of schoolchildren. Extended health care responsibilities for schoolnurses. Acta Paedia. Scand 1979, 68: 879-885.
80	Kornfält, R., M. Malmberg og I. Roslund	Physical health of ten-year-old children. An epidemiological study og school children and a follow-up of previuos health care. Acta Paediatrica Scandinavica 1978, 67: 481-489

81 Kroghs skolehåndbog. 5. udg. Vejle, Eget Forlag, 1975. Bd. 1-4 + registerbd. og supplement.

82 Kyneb, Pauli og Torben Biørn-Henriksen — Behandling af enuresis hos skolebørn ved vækkeapparat. Undersøgt i en afgrænset befolkning. Månedsskr. pr. lægegern. 1975, 53: 250-260.

85 Köhler, Lennart — Physical health of 7-year-old children. An epidemiological study of school entrants and a comparison with their preschool health. Acta Paediatr. Scand. 1977, 66: 297-305.

84 " " — Physical mass examinations in the school health service. Acta Paediatr. Scand. 1977, 66: 307-310.

85 Kølle-Jørgensen, Poul — Child accidents. A medico-social study of 4820 accidents. Munksgaard, 1971. 317 s. (Disp.).

86 Larsen, Flemming Warborg et al. — Forældres oplevelse af et børnepsykiatrisk ambulatorium. En interviewundersøgelse blandt forældre til 85 børn behandlet i børnepsykiatrisk ambulatorium, Vejle amt. U.f.L. 1978, 140: 677-682.

87 Lemholt, Klavs og Allan Nyfors — Psoriasis hos børn. En retrospektiv opgørelse på grundlag af 245 børn under 16 år med psoriasis. U.f.L. 1973, 135: 2377-2381.

88 Lenstrup, Merete — Træk af barnets normale psykiske udvikling. Månedsskr. pr. lægegern. 1973, 51: 421-429.

89 Lier, Lene, Niels Michelsen og Bengt Zachau-Christiansen — Motorisk udvikling og neurologiske fund i 10-11 års alderen hos 262 børn født med og uden neonatale komplikationer. U.f.L. 1976, 138: 3045-3050.

90 Lier, Lene og Niels Michelsen — Fumlere og tumlere. Nogle studier om kluntede skolebørn. Kbh. Institut for social medicin, 1978. 160 s. (institut for social medicin, Københavns Universitet. Publikation 10).

91 " " " — Risikofaktorer: Risikobørn - Risikoomgivelser - Risikoplanlægning? Månedsskr. pr. lægegern. 1978, 56: 302-316.

92 Lings, Svend, Søren Bach og Niels Steppinge — Skolemøbler. En oversigt og forslag til nye konstruktionsprincipper. Månedsskr. pr. lægegern. 1979, 57: 688-692.

93 Lou, Hans C. Børn med hyperkinetisk syndrom - hvem skal behandles og af hvem? U.f.L. 1979, 141: 2547-2548 (Korresp.). Svar fra Kai Tolstrup og Ole Sylvester Jørgensen, U. f.L. 1979, 141: 2548-2549.

94 Lov nr. 266 af 7. juni 1972 om skolelægeordning Lb. nr. 43o af I6/8 1974.

95 Lovforslag om ny skolelægeordning fremsat skriftlig af indenrigsministeren den I7.2.I972. U.f.L. 1972, 134: 628-630.

96 Lund, Mogens A. Hvad ved vi om - samarbejdet omkring barnet, der er henvist til en børnepsykiatrisk afdeling. U.f.L. 1978, I40: 1819-1820.

97 Mandal, Aage C. Skoleelevers arbejdsstillinger. U.f.L. 1979, 141: I627-I629.

98 " " " Skolemøbler. U.f.L. 1979, 141: 2214.

99 Marner, Torben Børn indlagt i børnepsykiatrisk afdeling efter tvangsfjernelse. En lo års opgørelse. U.f.L. 1977. 139: 2533-2536.

100 Marner, Torben og Niels Bloch Jespersen Psykiske lidelser hos psykologisk undersøgte børn i en børneafdeling. U.f.L. 1975, 137: 955-957.

101 Mathiasen, Mogens Stenfeldt Determination of bone age and recording of minor skeletal hand anomalies in normal children. Danish Medical Bulletin 1973, 2o: 80-85.

102 Mavesmerter, hovedpine *og* vokseværk hos børn. Et studenter-symposium. Af Ole Mortensen m.fl. Månedsskr. pr. lægegern. 1974, 52: I40-I68.

103 Meddelelse af 2o.3.1975 fra Sundhedsstyrelsen vedrørende bekæmpelse af hovedlus hos børn i daginstitutioner og skoler. U.f.L. 1975, 137: 925-926 (Officielle meddelelser).

104 Michelsen, Niels En screenings-skovtur for 4 års børn. U.f.L. 1978, 14o: I84I-I846.

105 Michelsen, Niels et al Københavnske skolebørns sundhedstilstand. U.f.L. I978, I40: 35-4o.

106 " " " " Skolesundhedsplejen og det forebyggende arbejde i småbarnsalderen. Delbetænkning udarb. af et udvalg nedsat af Dansk skolelægeforening Kbh. april 1977. U.f.L. 1978, 14o: 13o-135 (Delbetænkning i)..,

107	Michelsen, Niels og Eskild Schouborg Bakkestrøm	Udadrettede adfærdsvanskeligheder og sansemotorisk funktionshæmning hos skolebørn. U.f.L. 1977, 1391 2279-2286.
108	Michelsen, Niels og Jens Ottosen	Registrering af skolesundhedsplejens arbejde. U.f.L. 1976, 138: 3073-3075.
109	Michelsen, Niels og Lene Lier	Børnemotorik. Funktionsorienteret børneneurologisk undersøgelse. Indikation og anvendelse. Månedsskr. pr. lægegern. 1977, 55: I00-I24.
110	" " " " "	Skoleplacering og motorisk udvikling hos børn med forskellige opvækstvilkår. U.f.L. 1976, 138: 3067-3073.
111	Milfeldt, Sonia	Et år som skolesundhedsplejerske i Københavns kommune: Jeg tager kun på feriekoloni, hvis du skriver til mig. Sygeplejersken 1978, nr. 29: 12-14.
112	Munk-Jørgensen, Povl	284 børn fra århusianske multiproblemfamiliero En beskrivelse af deres baggrund og sociale funktionsdygtighed. Social Tidsskrift 1975, 51: 183-221.
113	Møller, Marchen.	Børn med indlæringsvanskeligheder. Månedsskr. pr. lægegern. 1978, 56: 609-618.
114	Nordentoft, E.L., T. Dalby og E.A. Petersen	Trafikulykker hos børn. U.f.L. 1973, 135: I4I-I48.
115	Nord-Larsen, Mogens	Tabere i skolen - 7 år efter. Teknisk Forlag 1977. 171s. (Socialforskningsinstituttet. Publikation 80).
116	Nord-Larsen, Mogens og J. Vedel-Petersen	Tabere i skolen. De 9-12 åriges skoletilpasning. Teknisk Forlag, 1976. 366 s. (Socialforskningsinstituttet. Pub. 69).
117	Nyfors, Allan	Psoriasis hos børn. En oversigt. U.f.L. 1973, 135: 2369-2372.
118	Nørrelund, Niels	Handicappede børn og sundhedspleje. U.f.L. 1971, 133: 767-773.
119	" "	Hospitalsindlagte børn, social stratifikation og hospitalsdiagnoser. U.f.L. 1973, 135: 540-543.
120	Nørrelund, Niels og Ellen Skautrup	Talelidelser og sundhedspleje. U.f.L. 1971, 133: 773-776.

121 § 7-planen. Særforsorgens udbygningsplan 1980-85. Socialministeriet, 1979. Bind 1-3.
Bind 1: Almindelig del. Hele landet
Bind 2: Amtskommuner. Øst for Storebælt
Bind 3: Amtskommuner. Vest for Storebælt

122 Pedersen, L.L., A. Krasnik og H. Sælan Skolebørn og sundhed - sundhedspædagogik i folkeskolen. Institut for Social Medicin I979. 56 s. + bilag (institut for Social Medicin, rapport 12 - Næstved projektet).

123 Prioritering i sundhedsvæsenet. Betænkning om grundlaget for en overordnet prioritering af indsatsen inden for sygebehandling og sygdomsforebyggelse afg. af det af indenrigsministeren den 22. november 1974 nedsatte udvalg. Statens Trykningskontor, 1977. 44o s. (betænkning nr. 809) + bilag: Rapport-samling vedr. forebyggelse. Indenrigsministeriet, 1977. 221 s.

124 Problems of children of school age (5-9 years) Report on a working group. Cph. 24-28 november 1975. Cph. World Health Organization, I976. 45 s. ICP/MCH 004).

125 Problems of children of school age (lo-13 years) Report on a working group. Moscow 3o. november - 3. december 1976. Cph. World Health Organization 1977. 39 s. (ICP/MCH 006).

126 Problems of children of school age (l4-18 years) Report on a working group. Amsterdam 6-I0 june 1977. Cph. World Health Organization, 1978. 45 s. (ICP/MCH olo).

127 Profylaksen i graviditeten og barnealderen. Af Jørgen Bent Andersen m.fl. U.f.L. 1973, 135: 371-382.

128 Profylaktiske undersøgelser af børn i alderen o-7 år. 1. Betænkning. Udarbejdet af Praktiserende lægers organisation i samarbejde med Den alm. danske lægeforenings hygiejnekomité og Dansk selskab for almen medicin 1974-75. 2. Artikler *med* tilknytning til emnet. Publicerede i Månedsskrift for praktisk lægegerning 197o-75. Kbh. 1976. 224 s. (Særtryk af Månedsskr. pr. lægegern.)

129 Psykiatriske problemer hos sinker. En undersøgelse af et skolehjem for svagtbegavede. Af Mogens Bille m.fl. U.f.L. 1973, 135: 309-316.

130 Psyko-social profylakse før skolealderen inden for sundhedsvæsenets rammer. Den almindelige danske lægeforenings hygiejnekomités seminar i Randers 28-29. 9.I973. U.f.L. 1974, 136: 1904-1916.

131 Rasmussen, Inge Born Den reviderede børneundersøgelse. 25 år med børneundersøgelser. Månedsskr. pr. lægegern. 1974, 52: 322-335.

132 " " " Samarbejdet læge-familie ved de profylaktiske børneundersøgelser o-7 år. Månedsskr. pr. lægegern. 1977, 55: 496-506.

133 Redegørelse for udvalgets synspunkter vedrørende indvandrerbørnenes problemer. Københavns kommunes børneårsudvalg, 1979. 64 s.

134 Redegørelse fra Speciallægekommissionens arbejdsgruppe vedrørende børnepsykiatri. U.f.L. 1976, 138: 1353-1356.

135 Retningslinier for tilrettelæggelse af sundhedsplejerskeordninger. Sundhedsstyrelsen, juli 1974, 14 s.

136 Ringkjøbing amts skolelægeforening Sundhedstilstanden i skolealderen. Irsberetning 1977/78 for skolesundhedstjenesten i Ringkjøbing amt. August 1979. 16 s. +19 tabeller.

137 Ryssing, Erik Uddannelse og erhverv for en gruppe tidtigere asthmabørn. U.f.L. 1975, 137: 2799-2805.

138 Raaschou-Nielsen, Elisabeth Dødelige sygdomme hos børn og unge i Danmark. En deskriptiv epidemiologisk undersøgelse af mortaliteten 196I-72. U.f.L. 1978, 140: 307-313.

139 " " Dødelige ulykker hos børn og unge i Danmark. En epidemiologisk analyse af mortaliteten 1961-1972. U.f.L. 1975, 137: 2849-2858.

140 " " Skolelægens stilling i fremtiden. Eliested, Fyn I3.-I5.6.1973. U.f.L. 1973, 135: 2431-2432.

141 Samarbejde i kommunerne mellem social- og sundhedsforvaltningen, skole- og fritidsforvaltningen og politiet. Det kriminalpræventive Råds sekretariat (1979). 44.

142 Skolehygiejne. Artikler fra Skolehygiejnisk tidsskrift om skolehygiejne og pædiatri i samlebd.

145 Skolelægestatistik. 1973/74, 1975/76, 1977/78. I Medicinalstatistiske meddelelser 1976: 2, *1317'.2 og* 1979:8. Sundhedsstyrelsen, 1976, 1977 og 1979.

144 Skolemøbler. U.f.L. 1979, 141: 6oo (Noter og nyt).

145 Skolestart. I. delbetænkning afgivet af det den 8. september 1975 af undervisningsministeren nedsatte udvalg vedrørende samvirke mellem hjem, førskole, skole og fritidsforanstaltninger for børn i alderen 5-8 år. Statens Trykningskontor, 1977. 95 s. (Betænkning nr. 789). II. delbetænkning. 1978. 67 s. (Betænkning nr. 853).

146 Skolöverstyrelsen Specialgymnastik. Medicinsk information. Faktabog. Sth. Liber Läromedel, 1975. 80 s.

147 Skytte, Peter Børneulykker i en landpraksis. U.f.L. 1976, 138: 3372-3382.

148 Småbørnsforskning i Danmark. Rapport fra et tværfagligt forskningsrådsseminar lo.-12. marts 1977. Forskningssekretariatet, 1977. 135 s.

149 Småbørnsforskning i Danmark - II. Udarbejdet af Jan Enggaard for arbejdsgruppen vedrørende småbørns udvikling. Kbh. 1979, 2ol s.

150 Socialpædiatriens usikre fremtid. Interview med Svend Heinild af Nan Henningsen. U.f.L. 1973, 135: 1656-1659.

151 Socialstyrelsen, særforsorgsafd. Betænkning fra arbejdsgruppen om børnehaveområdet. Kbh. 1979. 53 s.

152 Sosialdepartementet Ot. prp. nr. 65 (197o-71). Om lov om helsestasjoner og helsetiltak blant barn m.v. Foredratt av statsråd Odd Højdahl. Oslo, sosialdepartementet, (1971). 28 s.

153 Statens Husholdningsråd Skolebarnets kost. Kbh. 1977. 7 s. + 2 særskilte bilag.

154 Statens offentliga utredningar 1975: 32 Barns hälsa av Owe Petersson. Rapport nr. 2 från Barnmiljöutredningen. Sth. Liber Förlag, 1975. 12o s.

155 Statens offentliga utredningar 1976: 46 — Skolhälsovården. Betänkande af 1974 års skolhälsovårdsutredning. Sth. Utbildningsdepartementet, 1976, 222 s.

156 Strunge, P. og Aa. F. Trostmann — An epidemiological study of a Danish school population. I. Reference values for serum lipids based on a clinical and biochemical study of 284 girls and 268 boys. Acta Paediatr Scand 1976, 65s 689-695.

157 Strunk, Kåre ¥. og Bengt Zachau-Christiansen — En skolelæge siger op. U.f.L. 1977, 139: 865-866.

158 Sundby, Hilchen Sommerschild — Forebyggende mentalt helsearbeid for barn. Medicinsk Årbog I980. s. 121-?

159 Sundhedsstyrelsen — Vejledende retningslinier vedrørende tilrettelæggelse af skolelægeordningen. 22. august 1972. 7 s. + 8 bilag.

160 Sundhedsstyrelsens cirkulære af 19. februar 1979 om kursus i skolehygiejne.

161 Svendsen, Hans Jørgen — Skolernes salg fra kantiner og boder. U.f.L. 1974, 136: 26o4-26o6.

162 " " — Skolesundhedsplejen i dag og i fremtiden. Nord. Med. 1976, 9o: 97-98.

163 Særforsorgens udlægning. Betænkning fra udvalget om udlægning af åndssvageforsorgen og den øvrige særforsorg. Statens Trykningskontor, 1976, 24o s. (Betænkning nr. 781).

164 Særforsorgens udlægning. Temanummer. Danske Kommuner 1977, 8: nr. 25

165 SO-projekt MEDICINSK SYO - skolhälsovårdens medverkan i skolans studie - och yrkesorientering. Slutrapport af Per Sennerfeldt över verksamheten läsåret 1977/78. Utbildning - fortbildning. Sth. Skolhälsovården SÖ, 1978. lo7 s. + bilag.

166 SÖ-projekt MEDICINSK SYO - skolhälsovårdens medverkan i skoland studie - och yrkesorientering. Rapport över kartläggning läsåret I975/76. Af Karin Eek og Elisabet Linderstam. Sth. Skolhälsovården SÖ, 1976. 57 s. + 3 bilag.

167 SÖ-projekt Skolhälsovårdsanalys II. Klassundersökningsintervall och rutiner i grundskolan. Af Karin Ljunggren. Sth. Skolhälsovården SÖ, 1977. 77. s. + 5 bilag.

167 a SÖ-projektet Skolhälsovårdsanalys III. Af Per Sennerfeldt og Elisabeth Sonander. Sth. Skolhälsovården SÖ, 1977-1979. Bind 1-4.
Bind 1: Elevhälsovården vid gymnasieskolan.
Bind 2: Elevhälsovården vid gymnasieskolan. Bilagor.
Bind 3s Elevhälsovården vid gymnasieskolan. Försöksverksamhet läsåret 1977/78.
Bind 4: Skolhälsovården ved folkhögskolan. Kartläggning läsåret 1978/79.

168 Terslev, Erik Mavesmerter hos børn. Månedsskr. pr. lægegern. 1975, 53: 665-672.

169 Thamdrup, Erik Hvad ved vi om børns pubertetsudvikling? 1. Den somatiske udvikling. U.f.L. 1979, 141: 2324-2325.

170 Tingsgård, Povl Selvmordsforsøg hos børn. U.f.L. 1975» 137: 1273-1278.

171 Tolstrup, Kai Behovet for børnepsykiatri i Danmark. U.f.L. 1973, 135: 2403-2404.

172 " " Børnepsykiatri i almen praksis med speciallægekonsulent. I. Forekomst og diagnoser. U.f.L. 1976, 138: 2402-2409.

173 " " Børnepsykiatriens relationer og opgaver. U.f.L. 1971, 133: 2297-2302.

174 Tolstrup, Kai og Tove Aarkrog Børne- og ungdomspsykiatrisk forskning. U.f.L. 1977, 139: 2463-2465.

175 Tolstrup, Kai Psykiatriske faresignaler i barnealderen. Månedsskr. pr. lægegern. 1974, 52: 42I-438.

176 Uddannelse i børnepsykiatri. En integreret uddannelsesmodel for præ- og postgraduat træning af læger. Af Gert Almind m.fl. U.f.L. 1974, 137: 41-46.

177 Udformning af skoler (undervisningslokaler) således at de også er anvendelige for stærkt bevægelseshæmmede. U.f.L. 1973, 135: 208-209.

178 Ungdomspsykiatriens udvikling i Danmark. Af Jørgen Boas m.fl. U.f.L. 1971, 133: I274-I29I.

179 Vejledning i profylaktiske lægeundersøgelser af børn i alderen fra o til 7 år og vejledning i anvendelse af det autoriserede journalkort. Til landets læger samt til amtsråd og kommunalbestyrelser. Sundhedsstyrelsen, 1978. 36 s.

180 Pjecer.
Vejledning om folkeskolens specialundervisning af elever med adfærdsproblemer og psykiske lidelser (observationsundervisning). Undervisningsministeriet, Direktoratet for folkeskolen og seminarierne, 1972. 60 s.

181 Vesterdal, Jørgen — Børnemishandling og vanrøgt. Gyldendals pædagogiske bibliotek, 1978. I46 s. Litt. henv.

182 Voigt, Gudrun — Lægearbejde på skoler og i praksis. U.f.L. 1977, 139: I096-I097 (korrespondancer).

183 " " — Skolemiljøets sundhedspleje nu og i fremtiden. U.f.L. 1975, 137: 8I2-8I4.

184 Zachau-Christiansen, Bengt — Børneprofylakse. U.f.L. 1978, 14o: 117-118.

185 " " — Hvad med småbørn med "særligt vidtgående behov"? U.f.L. 1979, 141: 1728-1729.

186 " " — Hvordan arrangeres profylaksen i barnealderen bedst? U.f.L. 1974, 136: 19I8-1920.

187 Zoffmann, Henrik — Smitsomme sygdomme i børneinstitutioner og skoler. Månedsskr. pr. lægegern. 1978, 56: 509-521.

187 a Øster, Jakob — Det kronisk syge barn. Månedsskr. pr. lægegern. 1976, 54: 349-367.

188 " " — Praktiske lægelige adolescensproblemer. Månedsskr. pr. lægegern. 1975, 53: 33-59.

189 Aagaard, Jørgen — Konsultation hos den praktiserende læge. En analyse af den sociale anamnese for børn, der konsulterer den praktiserende læge. Århus, 1979. 21o s. (Socialmedicinsk Institut. Århus universitet. Udgivelse nr. 2l).

190 Aagaard, Jørgen Per Husfeldt og Vibeke Husfeldt — Sociale faktorer og socialbegivenheder for børn, der konsulterer den praktiserende læge. III-IV. U.f.L. I980, 142: 909-912 og 913-917.
III. Udvalgte sygdomme.
IV. Life-Change Unit (LCU).

191 Aarkrog, Tove Hvad ved vi om - børns pubertetsudvikling? II. Psykiske aspekter. U.f.L. 1979, 141: 2325-2327.

Et indskolingseksempel omhandlende de 5-8 årige.

Kommende børnehaveklasse.

Januar;

Indskrivning til børnehaveklasse.

Forældrene skal ved denne lejlighed have mulighed for at bestille en samtale med en/flere af skolevæsenets specialister (skolepsykolog, talepædagog, skolelæge).

Samtale med forældre til de "unge" børn,(jf. § 37, stk. 2, i folkeskoleloven).

Forældrene skal ligeledes have mulighed for at få hjælp med indskrivningsblanketten. Til børnene er der is/sodavand - mulighed for at kikke i billedbøger - se tegnefilm eller lignende arrangement. Ved indskrivningen får forældrene en orienteringspjece omhandlende skolestarten, skole-hjem samarbejdet, støtteforanstaltninger, praktiske oplysninger m.m.

Maj;

I løbet af maj måned indsamles der oplysninger fra børnehaver, talepædagoger, læger og psykologer med henblik på sammensætning af klasser og tilrettelæggelse af den daglige undervisning. Indskrivningsblanketten indeholder oplysning om eventuel daginstitution. På baggrund heraf sender skolesekretæren spørgeskema ud til børnehaverne. Oplysninger fra de praktiserende læger indsamles af skolesundhedstjenesten. Indskrivningsskemaet indeholder ligeledes oplysninger om behovet for talepædagog, psykolog m.v. Oplysninger rekvireres fra skolepsykologisk rådgivning via den tilknyttede skolepsykolog. Skolens leder/kontor samler de forskellige oplysninger.

Juni;

Børnehaveklasselederne og skoleledere sammensætter, med baggrund i det indsamlede materiale, børnehaveklasserne. Efter klassedannelsen indkaldes der til et forældremøde, hvor forældrene orienteres om skolen og møder deres børns kommende børnehaveklasseleder. Der kan eventuelt en eftermiddag umiddelbart efter forældremødet afholdes

et åbent-hus arrangement, hvor forældre og børn ser børnehaveklasse-lokalet.

Børnehaveklasse.

Børnehaveklassen starter én uge senere end 1. klasse. Børnehaveklasse-lederen følger sine "gamle" børn i den første uge af 1. klasse.

September;

I begyndelsen af september kommer sundhedsplejersken på besøg i børne-haveklassen. Formålet er bl.a. at lære hinanden at kende. I forbindelse med besøget kan der tales om den forestående undersøgelse. I samme måned aflægger skolepsykolog og skolelæge ligeledes besøg i børnehave-klassen med henblik på observation i forbindelse med den forestående undersøgelse. I forlængelse af disse besøg foretages undersøgelse af alle børn.

Oktober;

På baggrund af besøgene i børnehaveklassen, skolelægens undersøgelse *og* børnehaveklasselederens iagttagelser afholdes der en konference med deltagelse af børnehaveklasseleder, skolelæge, sundhedsplejerske, skolepsykolog *og* eventuelt en pædagog fra barnets børnehave (hvor det skønnes nødvendigt).

Emne for konferencen er:

1) Hvordan går klassen ?

2) Løsning af særlige problemer.

Børnehaveklasselederen indkalder til konferencen.

Marts;

Skolelæge, skolesundhedsplejerske og skolepsykolog besøger børnehave-klassen anden gang.

April;

Forældremøde. Emnet er "Skolesundhed". Oplæg fra skolelæge, sundheds-plejerske og skolepsykolog. Punkter til mødet:

Madpakken, søvn, støttemuligheder for barnet, sundhedsarbejdet fremover, børns udvikling m.v.

Der afholdes som minimum ét møde pr. skole.

Maj:

Overgang til 1. klasse. Hensigten er:

- at finde de børn, der med stor sandsynlighed ikke vil kunne klare en normal 1. klasse,
- at give kommende 1.-klasselærere et godt baggrundsmateriale og
- at undgå en stor del af de meget tidskrævende skolemodenhedsundersøgelser.

Ma.j-.juni;

De kommende 1.-klasselærere besøger børnehaveklasserne i et omfang af 3 perioder *å* 3 dage á 3 timer = ialt 27 timer pr. børnehaveklasse. Dansk og matematiklæreren kan eventuelt dele timerne. Børn, der ikke har gået i børnehaveklasse, skal have mulighed for at besøge denne eventuelt i forbindelse med den kommende klasselærers besøg.

1. klasse.

Bømehaveklasselederen letter overgangen fra børnehaveklasse til 1. klasse ved at følge børnene den første uge, jf. ovenfor.

Oktober;

Skolelæge, skolesundhedsplejerske og skolepsykolog besøger 1. klasse. Der bør specielt lægges mærke til børn, der ikke har gået i børnehaveklasse., Efter klassebesøget foretages undersøgelser af de børn, der skønnes at have behov herfor. Opmærksomheden rettes igen specielt mod de børn, der ikke tidligere har gået i børnehaveklasse.

Herefter konference med deltagelse af 1.-klasselærerne i dansk og matematik, sundhedsplejerske, skolelæge, skolepsykolog, eventuelt skoleleder. Formålet med konferencen er:

1) Hvordan går klassen ?

2) Løsning af særlige problemer.

3) Stillingtagen til "unge" børns fortsatte skolegang (jf. § 38 i folkeskoleloven).

Klasselæreren indkalder til mødet.

Litteraturliste til afsnit 5.4. Screening.

1. Almind, G., Melchior, J.C., Raaschou-Nielsen, E., & Smidt-Nielsen, K.: Hvad ved vi om - dansk medicinsk litteratur om børn (1977-1980). Ugeskrift f. Læger 1980, 142, 2489-2490.

2. Andersen, E. m.fl.: Højde og vægt hos danske skolebørn 1971-1972. Ugeskrift f. Læger 1974, 136, 2796-2802.

3. Andersen, G.E.: Classification of inherited hypo- and hyperpolipidemia. Acta Pæd.Scand, 1978, 67, 543-547.

4. Andersen, G.E.: Hyper and hypolipoprotrinemia in children at birth and follow-up. Disputats. F.a.d.l.'s forlag, København 1981.

5. Andersen, H.: Barnealderens endokrinologi II. Vækst og abnorm kønsudvikling. Månedsskr. for praktisk lægeg. 1973, 51,441-460.

6. Arbejdsmiljøgruppen af 1972: Arbejdsmiljøundersøgelsen. Rapport nr. 2, Socialforskningsinstituttet, København 1974.

7. Bergmann, B.: Flerhandikap hos psykisk utvecklingsstörda barn og sugdomar ind i särskola. Läkartidningen 1979, 76, 1088-1091.

8. Bille, B.: Vad ger skolhälsovården? Läkartidningen 1978, 75, 3884-3885.

9. Birch, H.G. & Sussov, J.D.: Disadvantaged children. Health nutrition and school function. Grune + Stratton, New York 1976.

10. Brostrøm, K.: Hvad ved vi om - det fede barn. Ugeskrift f. Læger 1978, 140, 2996-2998.

11. Børnekommissionen: Småbørn og tidlig indsats. Børnekommissionen. Udvalgsrapport nr. 4. København 1980.

12. Committee of Child Health Services: Fit for the future. HMSO, London. 1976.

13. Christensen, V.: Socialmedicinsk grundbog. Gyldendal, København 1976.

14. Dahms, A.G. & Jæger, V.: Motorik og sprog. Borgen, København 1976.

15. Edmund, J.: Synspleje i skolealderen. Skolehygiejnisk Tidsskrift 1976, 64, 53-55.

16. Ege, B.: Screening af fire-årige børns forståelse og produktion af tale. Månedsskr. f. praktisk lægegern. 1978, 56, 619-678.

17. Ehlers, N.: Synsprøve og synsproblemer i skolealderen. Notat til sundhedsstyrelsen. 1980.

18. Engbæk, S.: Ryglidelser hos skolebørn. Ugeskrift f. Læger 1974, 136, 803-808.

19. Engbæk, S.: Den problemorienterede journal i forebyggende arbejde. Ugeskrift f. Læger 1979, MI» 540-543.

20. Engbæk, S.: Skolelægens individcentrerede funktioner. Skolehygiejnisk Tidsskrift 1979, §1, 41-49.

21. Engbæk, S. & Foldspang, A.: Morbus socialis. Ugeskrift f. Læger 1979, 141, 2225-2229.

22. Engbæk, S. & Foldspang, A.: Morbus socialis. Ugeskrift f. Læger I980, 142, I049-I054.

23. Engbæk, S. & Foldspang, A.: Fedmens epidemiologi blandt skolebørn. Ugeskrift f. Læger 198o, 142, 17o4-17o7.

24. Falkner, F. (ed.): Prevention in childhood of health problems in adult life. WHO, Geneva 1980.

24a. Flyvbjerg, E.: Vurdering af skolebørns farvesans med Dansk Standardiseringsråds farveplanche. Personlig meddelelse 1981.

25. Friis-Hasché, E.: Københavnske skolebørns sundhedstilstand. Indleveret disputats. Københavns Tandlægehøjskole. København 1980.

26. Furth, H.G. & Wachs, H.: Lær børn at tænke. Piagets teorier i praksis. Forum, København 1978.

27. Gamst-Pedersen, K.: Screeningsprogram for hørelsen i Københavns kommunale Skolevæsen. Personlig meddelelse 198o.

28. Gregersen, E.: Briller, øjentræning og indlæringsbesvær. Skolehygiejnisk Tidsskrift. 1976, 64, 45-53.

29. Grunewald, K. (red.): Medicinska omsorger om utvecklingsstörda. Natur og Kultur, Stockholm 1977.

Jo. Grunewald, K. (red.): Samordnad habilitering för handicappade barn. Konferensrapport från Almänna barnhuset, Stockholm 1978.

31. Halkier, K.I. (ed.): Handicappede i skole og idræt. Clausens Forlag, København 1975.

32. Helbo, S., Michelsen, N. & Skytte, P.: Helbred og skole. Kort oversigt over pædagogisk medicin. Komiteen for Sundhedsoplysning. København 1979.

33. Helbo, S.: Erhverv og helbred. Skolehygiejnisk Tidsskrift I980, 45-52.

34. Henningsen, G.J.: Hvad ved vi om - det hyperaktive barn. Ugeskrift f. Læger 1977, !22, 2756-2757.

35. Holle, B.: Børns motoriske udvikling. Munksgaard, København 1976.

36. Holle, B. m.fl.: Motorisk-perceptecl udvikling. Munksgaard, København 1977.

37. Holt, K. (ed.): Movement and child development. Clinics in developmental medicin no. 55. Heimmann, London 1975.

38. Ibsen, K. Kaas: Screening i skolealderen. Notat til sundhedsstyrelsen I980.

39. rbsen, K. Kaas: Hvad ved vi om - blodtryk hos børn. Ugeskrift f. Læger 1979, 141, 3246-3247.

4o. Ibsen, K. Kaas: Sundhedstilstanden hos 19.ooo skolebørn. Ugeskrift f. Læger 1980, 142, 2656-2661.

4L Illingworth, R.S.: The child at School. Blackwell, London 1974.

42. Jorming, B.: Skolhälsovården - en skolsystems fånge. Läkartidningen 1980, 77, 4618-4620.

43. Jorming, B.: Sköterskor på fältet med samordnande läkare en bättre model för skolhälsovården. Läkartidningen I980, 77, 4745-4749.

44. Jonsson, G. & Kälvesteen, A.L.: 222 Stockholms pojkar. Almquist & Wiksell, Stockholm 1954.

45. Karlberg, P. m.fl.: The somatic development of children in a swedish urban community. Acta Pæd. Scand. 1976, suppl. 258.

46. Karlberg, P.: Tillväxt och utveckling. i: Nordisk lærebog i Pædiatri. Munksgaard, København 1978.

47. Kephart, N.C.: The slow learner in the classroom. Merrill, Columbus 1971.

48. Kruuse, E., Zachau-Christiansen, B., Hansen, M., Hesselholdt, S. & Tordrup, S.A.: Lav fødselsvægt - et risikomoment? Forlaget skolepsykologi, Helsingør I976.

49. Köhler, E.-M.: Fyrårskontrollen och inskolingsperioden. Skolehygiejnisk tidsskrift I976, 64, 88-92. (24).

50. Köhler, L.: Physical health of 7-year-old children. Acta Pæd.Scand. 1977, 66, 297-3o5.

51. Köhler, L.: Physical mass examinations in the School health service, Acta Pæd. Scand. 1977, 66, 3o7-31o.

52. Köhler, L. & Andersson, I.: Vad gör skolhälsovården? Läkartidningen 1978, 75, 3910-3914.

53. Kornfält, R., Jönsson, B. & Roslund, I.: Physical healthy screening of schoolchildren. Extended health care responsibilities for schoolnurses. Acta Pæd. Scand. 1979, 68, 879-885.

54. Lier, L. & Michelsen, N.: Risikofaktorer: risikobørn - risikoomgivelser - risikoplanlægning. Månedsskr. f. praktisk lægeg. 1978, 56, 3o2-3l6.

55. Lier, L. & Michelsen, N.: Fumlere og Tumlere. Publ. lo, Institut for social medicin, Københavns Universitet, København 1978.

56. MBD-rapport: Habiliteringsafdelingen, Barnkliniken, Malmö allmenna Sjukhus, Malmö 1980.

57. Melchior, J.C.: Hvad ved vi om - barnet med forsinket motorisk udvikling, Ugeskrift f. Læger 1980, 142, 1621-1622.

58. Mercer, CD. & Trifiletti, J.S.: The development of screening procedures for the early detection af children with learning problems. The Journal of School Health 1977, 526-532.

59. Mitchell, R.C.: Child Health in the Community, Churchill Livingstone, Edinburgh, London 1977.

60. Michelsen, N. & Lier, L.: Skoleplacering og motorisk udvikling hos børn med forskellige neonatale komplikationer og forskellige opvækstvilkår. Ugeskrift f. Læger 1976, 138, 3067-3073. (29).

61. Michelsen, N. & Bakkestrøm, E.S.: Udadrettede adfærdsvanskeligheder og sansemotorisk funktionshæmning hos skolebørn. Ugeskrift f. Læger 1977, 139, 2279-2286.

62. Michelsen, N. m.fl.: Københavnske skolebørns sundhedstilstand. Ugeskrift f. Læger 1978, 140, 35-40.

63. Miller, P.J.W., Court, S.D.M., Knox, E.G. & Brandon, S.: The school years in Newcastle upon Tyne. Oxford University Press, London 1974.

64. Morris, J.B. & Hird, M.D.: School Health service, Review og 11 year old screening programme. Health Bulletin I980, 38, 153-159.

65. Møller, M.: Indlæringsvanskeligheder hos børn. Gjellerup, København 1976.

66. Nielsen, J.: Diagnosticering af kromosomabnormiteter i Danmark, Ugeskrift f. Læger 1978, 140, 2495-2499.

67. Nielsen, J. & Sørensen, K.: Turner's syndrom og Klinefelters syndrom. Værdien af screeningsundersøgelser i samarbejde med skolelægerne. Notat til sundhedsstyrelsen I980.

68. Nord-Larsen, M. & Vedel-Petersen, J.: Tabere i skolen. Socialforskningsinstituttet, København 1976.

69. Nordlund, A. & Stockfeit, T.: Idrættens pædagogik, Dansk udgave ved Torben Schmidt, Clausens Forlag, København 1979.

70. Norsk Oftalmologisk Forening: Synsprøvning av barn i forskole- og skolealder. Norsk Oftalmologisk Forening, Oslo 1979.

71. Petersson, 0.: Barns hälsa. Rapport från barnmiljøutretningen SOU 1975, 32, Liber Förlag, Stockholm 1975.

72. Piaget, J.: Barnets psykiske udvikling, Reitzel, København I966.

73. Pædagogisk værksted: Bevæg dig, Gjellerup, København 1979.

74. Ringkøbing amts skolelægeforening: Sundhedstilstanden i skolealderen, Årsberetning I977/78. Ringkøbing amt 1979.

75. Ringkøbing amtsråd: Krop-pædagogik. Idemappe. Ringkøbing amtsråds undervisnings- og kulturudvalg, Ringkøbing 1977.

76. Rosenberg, T.: Synspleje i skolealderen. Skolehygiejnisk Tidsskrift 1976, il. 3-7.

77. Rosenberg, T.: Synsscreening i skolealderen. Personlig meddelelse 1980.

78. Rutter, M., Tizard, J. & Whitmore, K.: Education, health and behaviour. Langman, London 197o.

79. Rutter, M., Graham, P. & Yule, W. : A neuropsychiatic study in childhood. Clinics in developmental medicine no. 35/36. Heinemann, London 197°«

80. Schmidt, T. (ed).: Krop og pædagogik. Caril Andersens Forlag, København 1978.

81. Sennerfeldt, P.: Elevhälsovård i Sverige. Problem och utvecklingstendenser. Nordisk Medicin 1975, 9o, 99-lol.

82. Siem, H.: Masseundersøgelser og helsekontroller. NAVF's gruppe for Helsetjenesteforskning, Rapport 2. Institut for almenmedicin. Oslo 1979.

83. Siem, H.: Helsekontroll. Medicinsk Årbog 198o. Munksgaard, København 198o.

84. Skydsgaard, H.: Specifik dysleksi. Skolehygiejnisk Tidsskrift 1976, 64, 55-6o.

85. Stott, D.H., Moyes, P.A. & Headridge, S.E.: Test of motor impairment. Centre for educational disabilities. University of Guelph, Guelph 197o.

86. Strunge, P. & Trostmann, Aa.F.: Serum lipids, plood pressure, skinfolds, height and weight in 580 Danish schoolchildren aged 8 to 17 years. Danish Medical Bulletin 1978, 25, I66-I7I.

87. Sundelin, C: Bakterieurinscreening i skolhälsovården. Personlig meddelelse 1980.

88. Sundelin, C.t Resultatvärdering inom barnhälsovården. Läkartidningen 1977, 74, 4407-4409.

89. Sundhedsstyrelsen: Vejledning i profylaktiske lægeundersøgelser af børn i alderen fra o til 7 år. Sundhedsstyrelsen, København 1978.

90. Sørensen, H.: Høreundersøgelser hos skolebørn. Notat til sundhedsstyrelsen. København I980.

91. Sørensen, K. m.fl.: Måling af testisvolumen med Praders orkiometer hos 1389 drenge i alderen 5 til 15½ år. Ugeskrift f. Læger 1979, 141. 915-918.

92. Tamdrup, E.: Hvad ved vi om børns pubertetsudvikling? Den somatiske udvikling. Ugeskrift f. Læger 1979, 141, 2324-2325.

93. Tengvald, K.: Barn i nya stadsbildninger. Semper Symposium. Stockholm 1975.

94. Tengvald, K.: Barnhälsovården och det sociale nätverket. Läkartidningen 1977, 74, 44o5-44o6.

95. Teuwen, B.C.L.: Examination of the child with minor neurological dysfunction. Clinics in developmental medicine no. 71. Heinemann, London 1979.

96. Tibblin, G.: Hälsokontroll. i: Inghe, G.: Socialmedicin 3. Prevention, vård och kontroll. Esselte Studium, Stockholm 1977.

97. Tos, M.: Hvad ved vi om - børn med sekretorisk otitis. Ugeskrift f. Læger 1978, 140, 2720-2722.

98. Wamberg, E.: Maternel fenylketonuri. Notat til sundhedsstyrelsen 1980.

99. Vedel-Petersen, J. m.fl.: Børns opvækstvilkår. Publikation 34. Socialforskningsinstituttet. København 1968.

100. WHO: Evaluation of school health programmes. Report on a working group. WHO, Copenhagen 1978.

101. Øster, J.: Det kronisk syge barn. Månedsskr. f. praktisk Lægeger. 1976, 54, 349-367.

102. Aagaard, J.: Konsultation hos den praktiserende læge. Socialmedicinsk institut, Århus Universitet, udgivelse nr. 21. Århus 1979.