

SUNDHEDSPLEJERSKE INSTITUTIONEN

Betænkning I afgivet af
det af sundhedsstyrelsen nedsatte udvalg
vedrørende revision af sundhedsplejerske- og
hjemmesygeplejeordningen

HEALTH VISITING

Report I of a
Committee Appointed by the
National Health Service of Denmark on
Health Visiting and Home Nursing



ex. 2

BETÆNKNING NR. 573

1970

ISBN 87 503 0980 3

S. L. MØLLERS BOGTRYKKERI, KØBENHAVN

Indholdsfortegnelse

Side

Indledning

Bilagsfortegnelse	4
Litteraturfortegnelse	5
1. Udvalgets nedsættelse	7
2. Sammenfatning og English summary	8
Kapitel I. <i>Sundhedsplejerskeordningen af 1937 og træk af udviklingen indtil 1963</i> .	16
1. Lov nr. 85 af 31. marts 1937 om bekæmpelse af sygelighed og dødelighed blandt børn i det første leveår	16
a. Sundhedsplejerskeordningens formål og indhold i henhold til loven af 1937 og vejledning af januar 1938	17
b. Ledende sundhedsplejersker	21
2. Revisionerne af lov nr. 85 af 31. marts 1937 om bekæmpelse af sygelighed og dødelighed blandt børn i det første leveår	21
Kapitel II. <i>Sundhedsplejerskeordningen af 1963 og udviklingen herefter</i>	23
1. Lov nr. 227 af 31. maj 1963 om sundhedsplejerskeordninger	23
a. Lovens formål og muligheder	23
b. Lovens udnyttelse i tiden indtil 31. december 1968	24
2. Faktorer, der siden 1963 har påvirket udviklingen	25
a. Oprettelse af sundhedsplejerskeordninger og tilgangen af nye stillinger	25
b. Omlægning af sundhedsplejerskearbejdet	26
c. Erfaringer fra forsøg med sundhedsplejersketilsyn til familier med børn i alderen 0-3 år	27
3. Sundhedsplejerskeordningens seneste udvikling	28
a. Opgavernes nuværende omfang og art under forskellige forsøgsordninger ...	29
b. Arbejdets tilrettelæggelse	29
c. Forsøg i Ringkøbing amt med sundhedsplejersketilsyn til børn med særlige sundhedsmæssige problemer	30
4. Sammendrag af sundhedsplejerskeordningens udvikling	32
Kapitel III. <i>Personalesituationen</i>	33
1. Sundhedsplejerskeordningens udbredelse	33
2. Personalesituationen	33
3. Sundhedsplejerskemanglens størrelse	38
4. Beregnet afgang af sundhedsplejersker	38

	Side
Kapitel IV. <i>Sundhedsplejerskeordningen i nogle fremmede lande</i>	40
1. Sverige.....	40
2. Norge.....	41
3. Finland.....	41
4. England.....	42
Kapitel V. <i>Udvalgets forslag</i>	44
1. Formål med sundhedsplejerskeordningen.....	44
a. Hovedformål med ordningen ud fra en helhedsvurdering.....	44
b. Realisation af hovedformålet afgrænset efter funktionelt bestemte formål	44
c. Sundhedsplejersken og hendes principielle opgaver.....	49
2. Organisatoriske afgrænsninger i relation til sundhedsplejerskeordningen	50
a. Eksisterende overordnede organer og deres områder.....	50
b. Faglige organer og deres områder.....	51
3. Sundhedsplejerskeordningens organisatoriske opbygning.....	54
a. Den hidtidige opbygning.....	54
b. Forslag til fremtidig opbygning af sundhedsplejerskeinstitutionen.....	56
c. Institutionens organisatoriske indpasning i overordnede og faglige organer ...	58
4. Forudsætninger for forslagens gennemførelse.....	60
a. Personale.....	60
b. Materialer.....	62
c. Transport.....	62
d. Retningslinier for sundhedsplejerskeinstitutionen.....	63
e. Forslagets økonomiske konsekvenser.....	63

BILAGSFORTEGNELSE

1. Sundhedsstyrelsens skrivelse af 11. september 1935 til indenrigsministeriet vedrørende gennemførelse af en sundhedsplejerskeordning	65
2. Forslag til lov om bekæmpelse af sygelighed og dødelighed blandt børn i det første leveår, samt bemærkninger til lovforslaget	70
3. Lov nr. 85 af 31. marts 1937 om bekæmpelse af sygelighed og dødelighed blandt børn i det første leveår.....	72
4. Indenrigsministeriets cirkulære af 3. juli 1937 til kommunalbestyrelser	73
5. Sundhedsstyrelsens cirkulære af 9. juli 1937 til landets embedslæger.....	74
6. Vejledning vedrørende gennemførelsen af lov nr. 85 af 31. marts 1937 om bekæmpelse af sygelighed og dødelighed blandt børn i det første leveår.....	76
7. Indenrigsministeriets cirkulære af 27. september 1948 til samtlige skoledirektioner uden for København, skoleråd og kommunalbestyrelser samt ledere af private skoler vedrørende antagelse af medhjælpere for skolelægerne	86
8. Lov nr. 227 af 31. maj 1963 om sundhedsplejerskeordninger.....	89
9. Sundhedsplejerskestillinger samt antal indbyggere i kommuner med/uden sundhedsplejerskeordning 1940-1968.....	92
10. Redegørelse for forsøg med sundhedsplejersketilsyn til familier med børn i alderen 0-3 år uden for København.....	94

	Side
11. Sundhedsplejersketilsynet i København i dag	101
12. Forsøg med behovspræget sundhedspleje i Ringkøbing amt	106
13. Spørgeskema vedrørende personaletællingen den 22. april 1969	110
14. Vejledning og instruktion vedrørende sundhedsplejerskeordningen, udgivet af sundhedsstyrelsen 1961	111
15. Sundhedsplejersker uddannet ved Danmarks Sygeplejerskehøjskole i årene 1938-1968 fordelt efter beskæftigelse, april 1969	121
16. Opgørelse over specialsundhedsplejen i Skjern kommunes skoler fra 1. juni 1968 til 1. juli 1969	122
17. Antal kommuner med sundhedsplejerskeordning pr. 31. december 1968 fordelt efter amt og administrativ myndighed	123
18. Antal kommuner pr. 1. april 1970 fordelt efter amt og folketal	124

Litteraturfortegnelse

- 1) Abel, R. A.: Nursing Attachments to general practice, study no. 1. Department of Health and Social Security, Social Science Research Unit. H.M.S.O., London 1969.
- 2) Bagger, E. og Nehm, J. Samarbejde mellem læger i almen praksis, sundhedsplejersker, hjemmesygeplejersker m. fl. i England. Fra Sundhedsstyrelsen 1969:5: 2-4.
- 3) Betænkning om undervisning ved institut for syge- og sundhedsplejersker ved Aarhus Universitet, afgivet af et af indenrigsministeriet nedsat udvalg. København 1964.
- 4) Christensen, V. og Aarre, K.: Forsøg med behovspræget sundhedspleje. Ugeskr. Læg. 1967:129:1045.
- 5) Dyhre, B.: Besøgshyppighed. Tss. sygeplejersker 1960:60:367-372.
- 6) Dyhre, B.: 10 % var ikke raske. Tss. sygeplejersker 1965:65:10-19, 30.
- 7) Forsøg med kombination af hjemmesygepleje med spædbørns- og skolesundhedspleje i Skanderborg amt i årene 1953-58. Sundhedsstyrelsen, København 1960.
- 8) Jensen, P.: Skolesundhedsplejen på skillevejen. Ugeskr. Læg. 1968:730:1739.
- 9) Nyere erfaringer med profylaktiske helbredsundersøgelser og sundhedsplejen af børn før skolealderen. Månedsskr. prakt. Lægegerning 1969:47:353-376.
- 10) Okkels, A., Simon, B. og West, L.: Socialmedicinsk samarbejde i Ringkøbing amt. Socialrådgiveren 1970:52:51-55.
- 11) The organization and administration of maternal and child health services. WHO Techn. Rep. Ser. nr. 428: World Health Organization, Geneva 1969.
- 12) Socialreformkommissionens I. betænkning. Det sociale trykkesystem. Betænkning nr. 543: Statens Trykningskontor, København 1969.
- 13) Stahl, B.: Fremtidsmuligheder i almen praksis. Ugeskr. Læg. 1968:130:1453.
- 14) Sygehusvæsenets planlægning. Fra Sundhedsstyrelsen 1968:4:421.
- 15) Walker, J. H. og McClure, L. M.: Community nurses' view of general practice attachment. Brit. Med. J. 1969:3:584.

Indledning

1. Udvalgets nedsættelse

Ved skrivelse af 14. juni 1967 nedsatte sundhedsstyrelsen et udvalg med den opgave på grundlag af foreliggende erfaringer at overveje og — med henblik på den forestående revision af lov om sundhedsplejerskeordninger i folketingsåret 1967/68 - at stille forslag til styrelsen om fremtidige retningslinier for sundhedsplejerskernes virksomhed, idet udvalget herunder skulle overveje spørgsmålet om sundhedsplejerskevirksomhedens forhold til andre områder inden for sundheds- og sygeplejen.

Til medlemmer af udvalget beskikkedes:

Læge K. O. Christensen, København.

Kredslæge Otto Christiansen, Risskov.

Undervisningsleder Bodil Dyhre, Danmarks Sygeplejerskehøjskole ved Aarhus Universitet.

Overlæge, dr. med. H. Kreutzfeldt, sundhedsstyrelsen.

Forstanderinde Eli Magnussen, sundhedsstyrelsen (formand).

Kontorchef N. Øhlenschläger, sundhedsstyrelsen.

I udvalget er senere indtrådt:

Sundhedsplejerske Anny Jørgensen, Nordjyllands amt,

Oversygeplejerske Elisabeth Rübner, sundhedsstyrelsen, og

Kontorchef Jens Sørensen, sundhedsstyrelsen.

Som sekretærer for udvalget har fungeret:

Sundhedsplejerskeinspektør Else Bagger, sundhedsstyrelsen

Fuldmægtig (nu ekspeditionssekretær) Johs. Nehm, sundhedsstyrelsen.

Motiveringen for udvalgets nedsættelse var, at den siden ikrafttrædelsen af lov nr. 227 af 31.

maj 1963 om sundhedsplejerskeordninger herskende mangel på sundhedsplejersker fortsat gør sig gældende, idet antallet af nyuddannede sundhedsplejersker ikke har kunnet opveje den efterspørgsel, der er en følge dels af afgangene fra stillingerne, dels af oprettelsen af stadig flere kommunale og amtskommunale sundhedsplejerskeordninger. Med henblik på at søge sundhedsplejerskernes sagkundskab udnyttet mest hensigtsmæssigt var med indenrigsministeriets tilslutning etableret særlige forsøgsordninger vedrørende tilsyn med børn udover første leveår, hvorunder forskellige organisationsformer gennemprøvedes, og sundhedsstyrelsen fandt det herefter påkrævet at tage problemet op til almen drøftelse i et udvalg.

Efter indstilling fra sundhedsstyrelsen blev bestemmelsen i sundhedsplejerskeloven om, at denne skulle optages til revision i 1967/68, ændret, således at revisionen skal finde sted i 1970/71, jfr. lov nr. 463 af 15. december 1967 om ændring af lov om sundhedsplejerskeordninger. Det blev herved muligt at tage hensyn til ændringerne af kommunestrukturen pr. 1. april 1970 med henblik på overvejelser af ændringer i den administrative ramme om sundhedsplejerskeordningerne.

Udvalget har afholdt 17 møder og har under sit arbejde ført forhandlinger med bl. a. repræsentanter for forsøgsordningerne i Århus by og Holbæk amt samt Københavns kommune og med amtslæge Vagn Christensen, Ringkøbing amt, vedrørende forsøget med sundhedsplejersketilsyn med børn, der har særlige sundhedsmæssige problemer. En arbejdsgruppe har aflagt besøg i England for at sætte sig ind i samarbejdet mellem de praktiserende læger og sundhedsplejersker, ligesom man har modtaget oplysninger om sundhedsplejerskearbejdet i Norge, Sverige og Finland.

På grund af den snævre faglige og administrative forbindelse, der bør være mellem

sundhedsplejerskearbejdet og hjemmesygeplejen, påtog udvalget sig i foråret 1969 på sundhedsstyrelsens foranledning tillige at overveje de fremtidige retningslinier for hjemmesygeplejen, idet udvalget under dette arbejde blev udvidet med nogle særligt sagkyndige på hjemmesygeplejeområdet. En betænkning afgives om de herunder hørende spørgsmål.

Indenrigsministeriet godkendte ved skrivelse af 22. marts 1967 udvalgets nedsættelse og ved skrivelse af 19. marts 1969, at dette udvidedes med henblik på behandling af hjemmesygeplejeområdet.

2. Sammenfatning

I betænkningens *kapitel I* gennemgås den udvikling, der førte til indførelse af sundhedsplejerskeordningen af 1937 og træk af udviklingen indtil 1963, da loven af 31. marts 1937 om bekæmpelse af sygelighed og dødelighed blandt børn i det første leveår afløstes af lov af 31. maj 1963 om sundhedsplejerskeordninger. Baggrunden for fremsættelsen af det første lovforslag var, at dødeligheden i første leveår her i landet igennem en længere årrække havde været ret betydelig sammenlignet med dødeligheden i adskillige andre lande og havde holdt sig konstant uden tendens til nedgang. I 1932 var således dødeligheden blandt børn under 1 år i Danmark 7,2 %, i Sverige 5,1 %, i Norge 4,7 % og i Island 4,5 %¹⁾. Som et led i bekæmpelsen af den høje børnedødelighed blev der derfor 1929-35 i 3 distrikter udført et forsøgsarbejde iværksat på sundhedsstyrelsens foranledning i samarbejde med Rockefeller Foundation.

Den første sundhedsplejerskeordning byggede på kommunernes frivillige medvirken og på, at den rådgivende virksomhed blev tilbudt hjemmene uden hensyn til de pågældendes økonomiske evne. Sundhedsplejerskernes vejledning skulle tage sigte på det første år efter børnenes fødsel, men perioden burde ikke være snævert begrænset til første leveår. I sundhedsstyrelsens henvendelse (bilag nr. 1) til indenrigsministeriet af 11. september 1935 vedrørende spørgsmålet anførtes, at de former, hvorunder arbejdet iværksattes, ikke behøvede at være helt ensartede, men måtte kunne afpasses efter de lokale forhold, ligesom det

næppe heller ville være hensigtsmæssigt på forhånd absolut at begrænse arbejdsområdet til børn under 1 år.

Medens hovedvægten i arbejdet ved sundhedsplejerskeordningens begyndelse var lagt på gennem rutinemæssige besøg at fremme barnets fysiske sundhed, medførte de følgende års udvikling, at opmærksomheden i højere grad vendtes mod de psykiske og miljøbetingede faktorer, og i overensstemmelse hermed reduceredes antallet af børn pr. sundhedsplejerske ved en revision af retningslinierne i 1954 fra ca. 300 børn i byerne og ca. 250 på landet til maksimalt 200 børn i byerne og ca. 150-180 på landet med et gennemsnitligt antal af 12 besøg pr. barn i første leveår.

Ved skolelægeloven af 1946 åbnedes mulighed for, at kommunens sundhedsplejerske kunne bistå skolelægen i det omfang, arbejdet med spædbørns til synet tillod det. Sundhedsplejerskerne blev efterhånden inddraget i arbejdet med skolebørnene og udgjorde i 1954-55 knap 40 % af skolelægenes medarbejdere. Antallet af kombinerede spædbørns- og skole-sundhedsplejerskestillinger voksede fra 76 i 1950 til 335 i 1968.

I 1953-58 iværksattes i samarbejde mellem sundhedsstyrelsen og nogle kommuner i Skanderborg amt en forsøgsordning vedrørende en kombination af hjemmesygepleje med spædbørns- og skolesundhedspleje, således at disse arbejdsgræne alle varetoges af samme person. Forsøget viste, at kombinationen lod sig gennemføre, forudsat at sygeplejersken var fuldt uddannet i såvel hjemmesygepleje som sundhedspleje, og at de enkelte distrikter indgik i et større samlet område under fælles administration med en ledende sygeplejerske til at sikre en hensigtsmæssig tilrettelæggelse af arbejdet og koordination mellem distrikter og sygeplejersker indbyrdes samt formidling af samarbejdet med læger, jordemødre, husmoder-afløsere m. fl. Derimod voldte det visse vanskeligheder at indpasse skolesundhedsplejen i de kombinerede ordninger, navnlig hvor skolelægenes undersøgelser af børnene var koncentreret på nogle få dage i årets løb. Der viste sig at være flere fordele ved en 3-kombineret ordning, bl. a. en mere hensigtsmæssig tilrettelæggelse af arbejdet og bedre kontakt mellem hjem og sundhedsplejerske. 3-kombinerede ordninger er imidlertid ikke blevet indført i større omfang, særlig som følge af de uddannelsesmæssige krav, der stilles til hjemmesygeplejer-

¹⁾ De tilsvarende tal var for 1967 i Danmark 1,58 o/o, i Sverige 1,29%, i Norge 1,48% og i Island (1966) 1,36%.

sker, som måtte ønske at blive ansat i sådanne ordninger.

Under 1937-loven påbegyndtes oprettelsen af stillinger for ledende sundhedsplejersker, den første i 1944 i Århus, men først ved loven af 1963 om sundhedsplejerskeordninger blev der udtrykkelig hjemmel for ansættelse af ledende sundhedsplejersker.

I *kapitel II* omtales den nugældende sundhedsplejerskeordning af 1963. Medens 1937-loven udtalte, at kommunerne *kan* ansætte sundhedsplejersker, hedder det i loven fra 1963, at kommunerne *bør* ansætte det fornødne antal sundhedsplejersker. Ordningen gøres ikke obligatorisk, bl. a. fordi der først efterhånden vil være uddannet et tilstrækkeligt antal sundhedsplejersker til varetagelse af arbejdet overalt i landet. Ordningerne kan etableres enten alene med spædbørnssundhedspleje eller med kombineret spædbørns- og skolesundhedspleje eller som en kombination af spædbørns-, skolesundheds- og hjemmesygepleje. Der viste sig efter 1963-loven at være en stærkt stigende interesse for etablering af sundhedsplejerskeordninger. Fra 1964 til udgangen af 1968 voksede antallet af sundhedsplejerskestillinger med 145 til ialt 570. Antallet af ledende sundhedsplejerskestillinger steg under 1963-loven fra 7 til 17 ved udgangen af 1968. Af disse 17 er 3 oprettet af byråd, medens 14 stillinger, hvoraf 11 er besat, er oprettet af amtsrådene.

I 1960 iværksattes på sundhedsstyrelsens foranledning nye forsøg, idet man i forskellige sundhedsplejerskeordninger i samarbejde med de praktiserende læger koncentrerede arbejdet om børn med særlige sundhedsmæssige behov og samtidig udvidedes det til også at omfatte børnenes andet og tredje leveår. Ved udvalgets nedsættelse forelå de foreløbige resultater af forsøgsordningerne, og under udvalgsarbejdet indhentes oplysninger om en i 1966 påbegyndt forsøgsordning i Ringkøbing amt vedrørende en gruppe af børn, der formodedes at have særlige sundhedsmæssige problemer. Det viste sig, at det gennemsnitlige antal besøg til børn under 1 år kunne nedsættes betydeligt, hvorved det blev muligt at forøge antallet af besøg til børn med særlige fysiske og/eller psykiske handicaps og børn i familier med særlige problemer. Der var en væsentlig stigning i antallet af henvisninger til lægelige og sociale institutioner, og samarbejdet med de praktiserende læger udbyggedes. Erfaringerne viste, at ikke alle hjem med børn i alderen 0-3 år har

behov for støtte og vejledning af en sundhedsplejerske. Behovene synes især at samle sig om hjem med det første barn og om de ca. 15 % af familierne, hvor børnene enten ikke er helt raske eller lever under forhold, der kan influere på deres fysiske og/eller psykiske udvikling. Som konsekvens af disse erfaringer er de ovennævnte retningslinier for forsøgsordningerne i de seneste år indført eller ved at blive indført i samtlige distrikter i de pågældende ordninger, der omfatter Københavns, Århus og Odense kommuner samt Vestsjællands, Vejle, Århus og Ringkøbing amtskommuner, og i enkelte andre områder.

I *kapitel III* omtales personalesituationen. Medens antallet af stillinger steg fra 365 i 1960 til 570 ved udgangen af 1968, viste det sig, at tilgangen af sundhedsplejersker ikke forøgedes i samme omfang. Særlig mærkbar har manglen været i ordninger udelukkende med spædbørnssundhedspleje og i ordninger, hvor denne kombineres med skolesundhedspleje. Sundhedsstyrelsen har på udvalgets foranledning gennemført en tælling af personalet pr. 22. april 1969. Det viste sig, at der i de nævnte ordninger ialt var beskæftiget 526 personer, heraf 477 sundhedsplejersker, 48 sygeplejersker og 1 sekretær. I ordninger med ren skolesundhedspleje var beskæftiget 395, heraf 89 sundhedsplejersker, 233 sygeplejersker og 73 sekretærer. På Færøerne var beskæftiget 1 skolesundhedsplejerske og 8 sygeplejersker og i Grønland 6 sundhedsplejersker, 3 sygeplejersker og 1 sekretær. 65 godkendte stillinger i Danmark og 9 på Færøerne og i Grønland var ubesatte. Udvalget har beregnet afgang af sundhedsplejersker og fundet, at af de siden oprettelsen af Danmarks Sygeplejerskehøjskole i 1938 uddannede 872 sundhedsplejersker er 71 % stadig aktive i sundhedsplejerskearbejdet. Afgang som følge af opnået pensionsalder har endnu ikke gjort sig nævneværdigt gældende, men beregnes i de kommende år at blive forholdsvis stor. Af aldersfordelingen fremgår, at 50 % af sundhedsplejerskerne og 54 % af sygeplejerskerne er over 50 år. I årene 1969-74 påregnes 15 sundhedsplejersker og 15 sygeplejersker årligt at ville afgå på grund af alder, medens halvt så mange forventes at ville afgå af andre årsager.

I *kapitel IV* er omtalt sundhedsplejerskeordningen i Sverige, Norge, Finland samt i England, hvor en arbejdsgruppe under udvalget har aflagt besøg; særligt fra dette land har

erfaringerne og oplysningerne været værdifulde for udvalget, ikke mindst oplysningerne om samarbejdet mellem sundhedsplejersker og de praktiserende læger i gruppepraksis og health centres.

Kapitel V indeholder udvalgets forslag til en ændret sundhedsplejerskeordning, hvorefter det pålægges amtskommunerne samt København og Frederiksberg at oprette en sundhedsplejerskeinstitution omfattende sundhedspleje efter behov til børn og andre personer. Udvalget formulerer følgende forslag til hovedformål med sundhedsplejerskeinstitutionen: Institutionen har som hovedformål som led i de sundhedsmæssige foranstaltninger for befolkningen at medvirke til, at det enkelte individ i størst muligt omfang bringes til en optimal udnyttelse af sine muligheder, fysisk, psykisk og socialt. Udvalget fremsætter herefter forslag til realisation af hovedformålet inden for nærmere afgrænsede arbejdsområder. Udvalget lægger afgørende vægt på et udvidet samarbejde med de praktiserende læger og finder, at en udbygning af samarbejdet forudsætter en ændret organisation af sundhedsplejerskeordningen, der muliggør en bedre integrering af lægers og sundhedsplejerskers geografiske arbejdsområde. Udvalget foreslår derfor, at sundhedsplejerskerne så vidt muligt tilknyttes den praktiserende læge og hans patientkreds i stedet for at udøve virksomheden indenfor faste distriktsgrænser.

For så vidt angår de enkelte arbejdsområder foreslås med hensyn til gravide kvinder besøg aflagt for at bidrage til, at den vordende moder får vejledning af læge og jordemoder efter reglerne i svangerskabshygiejneloven samt får vejledning med hensyn til forberedelse til barnets pleje. Med hensyn til spædbørn og småbørn foreslås arbejdet tilrettelagt med sigte på behovspræget sundhedspleje og stillet til rådighed for samtlige familier med spædbørn og småbørn. Hvor det tillige er udbygget med sundhedspleje til gravide, kan det omfatte barselpleje efter fødsel i hjemmet. Med hensyn til skolebørn foreslås sundhedsplejerskearbejdet tilrettelagt med sigte på behovspræget skole-sundhedspleje i samarbejde med skolelægen, familiens læge og skolens personale. Endelig foreslår udvalget, at sundhedsplejerskerne efter de ansættende myndigheders bestemmelse, og hvor personalesituationen gør det muligt, bidrager til, at personer, herunder ældre, med aktuelle eller potentielle handicaps opsoeges og

får fornøden vejledning, og støttes med gennemførelsen af lægelig og/eller social behandling. Sundhedsplejersken bør, hvor omstændighederne taler derfor – specielt i spredt befolkede områder – kunne varetage hjemmesygeplejeopgaver med bistand af sygehjælpere.

Da de foreslåede områder har berøringsflader til andre sundhedsmæssige og sociale organer, er der givet en kort beskrivelse af de vigtigste af disse, bl. a. praktiserende læger, jordemødre, sygehusvæsenet og sociale organer.

Den organisatoriske opbygning og drift af institutionerne forudsætter ansættelse af amts/stadssundhedsplejersker til at varetage den faglige ledelse, og som bistand for denne leder bør der efter behov ansættes assisterende amts/stadssundhedsplejersker. – Til sammenligning oplyses, at kun 51 % af sundhedsplejerskerne var ansat under faglig ledelse ved tællingen den 22. april 1969. – Administrationen af sundhedsplejerskeinstitutionen vil være forbundet med kontorarbejde af et omfang, der gør det nødvendigt, at der ansættes sekretærer som bistand for såvel amts/stadssundhedsplejerskerne som de assisterende amts/stadssundhedsplejersker. Administrationen foreslås knyttet til amtskommunernes social- og sundhedsforvaltning, ligesom den enkelte sundhedsplejerske så vidt muligt bør have et kontor i primærkommunernes social- og sundhedsforvaltning og/eller – hvor det er muligt – hvor grupper af læger indretter et fælles lægehus. Ophævelse af de faste distriktsgrænser og tilknytning til lægernes patientkredse forudsætter benyttelse af bil, også under byforhold, og dette medfører en mindre stigning i transportomkostningerne.

De samlede driftsudgifter ved fuldt udbyggede sundhedsplejerskeinstitutioner efter udvalgets forslag anslås til knap 38 mill. kr. årligt, hvortil kommer udgifter til en mindre udvidelse af undervisningskapaciteten ved Danmarks Sygeplejerskehøjskole med henblik på dækning af den nuværende sundhedsplejerskemangel, som opgøres til 100, idet skolen i den kommende 5 års periode med den nuværende kapacitet kun kan uddanne sundhedsplejersker svarende til det antal, der forventes at ville afgå på grund af alder eller andre årsager.

Udvalget foreslår endelig, at de nærmere retningslinier for organisationen og det faglige indhold af sundhedsplejerskearbejdet fastsættes af indenrigsministeren efter indstilling fra sundhedsstyrelsen og således, at arbejdet koordine-

res med den øvrige sundheds- og sygepleje samt de sociale områder.

3. English summary

By its letter of the 14th June, 1967, the National Health Service of Denmark appointed a committee which was entrusted with the task of considering on the basis of the experience available and – with a view to the impending revision of the Public Health Nursing Services Act in the financial year of 1967/68 – of making proposals to the National Health Service concerning future directions for the activities of the public health nurses, and in this connection to consider the question of the relations of the public health nursing service to other fields within the health and nursing services.

The following persons were appointed members of the committee:

Mr. K. O. Christensen, M.D., General Practitioner, Copenhagen.

Mr. Otto Christiansen, M.D., M.O.H., Ris-skov.

Miss Bodil Dyhre, R.N., Educational Director, The School of Post-Basic Nursing Education at Aarhus University.

Mr. H. Kreutzfeldt, M.D., Chief of Division, Maternal and Child Health, The National Health Service of Denmark.

Miss Eli Magnussen, R.N., Chief of Nursing Division, The National Health Service of Denmark (Chairman).

Mr. N. Øhlenschläger, LL.B., Chief of Division, The National Health Service of Denmark.

The committee was later joined by:

Miss Anny Jørgensen, Public Health Nurse, County of Northern Jutland.

Miss Elisabeth Rübner, Nursing Officer, The National Health Service of Denmark.

Mr. Jens Sørensen, M. Econ. Medical Statistics, The National Health Service of Denmark.

As secretaries to the committee worked:

Miss Else Bagger, Public Health Nursing Officer, The National Health Service of Denmark.

Mr. Johs. Nehm, LL.B., The National Health Service of Denmark.

The reason for the appointment of the committee was that the shortage of public health nurses which has prevailed since the Public Health Nursing Services Act, No. 227 of the 31st May, 1963, took effect, still makes itself felt. The number of newly trained public health nurses has been insufficient to offset the demand which is a result both of the withdrawal from the posts and of the establishment of an increased number of municipal and county/municipal public health nursing services. In an endeavour to make the most expedient use of the expert knowledge of the public health nurses special experimental schemes with the approval of the Ministry of the Interior had been established concerning supervision of children beyond their first year of life, in which connection various organizational forms were tried out. The National Health Service of Denmark then deemed it appropriate to have the problem submitted for general discussion in a committee.

At the recommendation of the National Health Service of Denmark the provision of the Public Health Nursing Services Act to the effect that the said Act was to be revised in 1967/68, was changed so that the revision is to take place in 1970/71, confer The Amendment of The Public Health Nursing Services Act, Act No. 463 of the 15th December, 1967. As a result of this it became possible in the deliberations of changes in the administrative framework of the public health nursing services to pay regard to the changes in the structure of the municipalities as of the 1st April, 1970.

The committee has held 17 meetings and has during its work had negotiations with, among others, representatives of the experimental schemes in the city of Aarhus and the county of Holbæk as well as the municipality of Copenhagen and with Mr. Vagn Christensen, M.D., M.O.H., of the county of Ringkøbing, concerning the experiment with supervision by public health nurses of children with special health problems. A working group visited Great Britain to study the co-operation between the general practitioners and the public health nurses, and the committee has also received information about public health nursing in Norway, Sweden and Finland.

On account of the close professional and administrative connection needed between the work of public health nurses and that of the home nurses, the committee in the spring 1969

at the request of the National Health Service of Denmark undertook to consider also the future principles for home nursing, and during this work some members with special knowledge of the field of home nursing joined the committee. A report will be made concerning the questions relating to this.

In a letter dated the 22nd March, 1967, the Minister of the Interior approved of the appointment of the committee and in a letter dated the 19th March, 1969, of the appointment of the new members of the committee with a view to its task of dealing with the field of home nursing.

In *chapter I* of the report an account is given of the development which led to introduction of the public health nursing services of 1937 and also of features of the development up to 1963, when the Act of the 31st March, 1937, concerning the Combating of Morbidity and Mortality among Children during their First Year of Life was replaced by the Public Health Nursing Services Act of the 31st May, 1963. The background of the introduction of the first bill was that for a number of years the infant mortality rate in this country had been rather high compared with the mortality rates of several other countries, and had remained constant without showing any tendency of decreasing. Thus, in 1932, the infant mortality rate in Denmark was 7.2 per cent, in Sweden 5.1 per cent., in Norway 4.7 per cent., and in Iceland 4.5 per cent.¹⁾ Forming part of the combating of the high infant mortality rate a 6-year experimental work was, therefore, carried out in three districts, initiated at the instance of the National Health Service of Denmark in cooperation with the Rockefeller Foundation. The first public health nursing services were based on voluntary co-operation of the municipalities and on the principle that the advisory activities were offered to the homes without regard to their financial circumstances. The guidance of the public health nurses aimed at children in the first year after birth, however the period was not to be strictly limited to the first year of life. In the application from the National Health Service of Denmark (Annex No. 1) to the Min-

ister of the Interior of the 11th September, 1935, concerning the question, it was stated that the ways in which the work might be organized did not necessarily have to be completely uniform, but might be adapted to local conditions; nor would it probably be expedient in advance absolutely to limit the field of work to children under one year of age.

At the beginning of the public health nursing services the greatest importance was placed on the improvement of the physical health of the child through routine calls, while the development of the subsequent years caused the attention to a greater extent to turn to mental and environmental factors, and in accordance with this the number of children per public health nurse was reduced by a revision of the directions in 1954 from about 300 children in the towns and about 150 to 180 in the country with an average of 12 calls per child during the first year of life.

Through the School Health Act of 1946 it became possible for the public health nurse of the municipality to assist the school doctor to the extent permitted by her work with infant health. Gradually, the public health nurses were drawn into the work with the school children and in 1954-55 they constituted just under 40 per cent, of the co-workers of the school doctors. The number of public health nurses in combined infant and school health increased from 76 in 1950 to 335 in 1968.

In 1953-58 in co-operation between the National Health Service of Denmark and some municipalities in the county of Skanderborg an experimental scheme was started concerning a combination of home nursing with infant and school health nursing so that these fields of work were all attended to by the same person. The experiment proved that the combination was practicable provided that the nurse was fully trained in home nursing as well as in public health nursing, and that the districts formed part of a large total area under joint administration with a director of nursing services to ensure an appropriate organization of the work and co-ordination between the districts and the nurses as well as establishment of co-operation with doctors, midwives, home helps, etc. On the other hand, it caused certain difficulties to integrate the school health service in the combined services, in particular, where the school doctors' examinations of the children were concentrated on a few days in

1) For 1967, the corresponding figures were in Denmark 1.58 per cent., in Sweden 1.29 per cent., in Norway 1.48 per cent., and in Iceland (1966) 1.36 per cent.

the course of the year. 3-combined services implied several advantages, for example, a more expedient organization of the work and better contact between homes and public health nurses. However, 3-combined services have not been introduced to a very great extent, in particular, due to the educational requirements to the home nurses who might wish to be employed under such arrangements.

Under the 1937 Act the establishment of posts as directors of public health nursing services was commenced, the first in 1944 at Aarhus, but it was not until under the Public Health Nursing Services Act of 1963 that the appointment of directors of public health nursing services became expressly authorized.

In *chapter II* the present public health nursing services of 1963 are dealt with. While the 1937 Act stated that municipalities *may* employ public health nurses, it is prescribed in the Act of 1963 that municipalities *ought to* employ the necessary number of public health nurses. The service is not made compulsory, among other things, because there will only gradually be trained a sufficient number of public health nurses to attend to the work throughout the country. The services may be established either with infant public health nursing exclusively or with combined infant and school health nursing, or as a combination of infant and school health nursing with home nursing. After the 1963 Act there turned out to be a strongly increasing interest in the establishment of public health nursing services. From 1964 to the end of 1968 the number of posts as public health nurse increased by 145 to a total of 570. The number of posts as directors of public health nursing services increased under the 1963 Act from 7 to 17 at the end of 1968. Of these 17, 3 are established by Town Councils, while 14 posts, of which 11 are filled, have been established by County Councils.

In 1960, new experiments were started at the instance of the National Health Service of Denmark. The work of various public health nursing services in co-operation with the general practitioners concentrated on children with special health needs and was at the same time extended to cover also the second and third years of life of the children. At the time of the appointment of the committee the preliminary results of the experimental schemes were available. During the work of the committee

information was also collected about an experimental scheme commenced in the county of Ringkøbing in 1966 relating to a group of children who were assumed to have special health problems. It was proved that the average number of calls concerning children under one year of age could be reduced considerably, permitting an increased number of calls to children with special physical and/or mental handicaps and to children in families with special problems. There was a significant increase in the number of referrals to medical and social institutions, and the co-operation with the general practitioners was improved. The experience showed that not all homes with children from 0 til 3 years of age need the support and guidance of a public health nurse. The needs seem, in particular, to concentrate on homes with a first child and on the about 15 per cent, of the families in which the children are either not quite well or are living under conditions which may influence their physical and/or mental development. As a consequence of this experimental schemes have been introduced in recent years or are being introduced in all districts in the services concerned including the municipalities of Copenhagen, Aarhus, and Odense and the counties of West Zealand, Vejle, Aarhus, and Ringkøbing as well as in a few other districts.

In *chapter III* an account of the personnel situation is given. While the number of posts increased from 365 in 1960 to 570 at the end of 1968, the recruitment of public health nurses did not increase to the same extent. The shortage has made itself felt particularly in services with infant health nursing exclusively and in services with combined infant and school health. At the instance of the committee, the National Health Service of Denmark made a census of the personnel as on the 22nd April, 1969. It showed that the services mentioned employed a total of 526 persons, including 477 public health nurses, 48 nurses, and 1 secretary. In school health services exclusively 395 were employed, among them 89 public health nurses, 233 nurses, and 73 secretaries. In the Faroe Islands, 1 school health nurse and 8 nurses were employed and in Greenland 6 public health nurses, 3 nurses, and 1 secretary. 65 approved posts in Denmark and 9 in the Faroe Islands and Greenland were vacant. The committee has calculated the retirement of public health nurses and found

that out of the 872 public health nurses educated at The School of Advanced Nursing Education in Denmark 71 per cent, are still active in public health nursing. Retirement due to attained age of pension has not yet made itself felt to an extent worth mentioning, but is expected to become relatively extensive during the years to come. From the distribution according to age it appears that 50 per cent, of the public health nurses and 54 per cent, of the nurses are over 50 years of age. During the years 1969—74 15 public health nurses and 15 nurses yearly are expected to retire on account of age, while half as many are expected to retire for other reasons.

In *chapter IV* an account is given of the public health nursing services in Sweden, Norway, Finland, and Great Britain, which latter country was visited by a working group under the committee. The experience and the information from Great Britain have been of particular value to the committee, especially the information about the co-operation between the public health nurses and the general practitioners in group practices and at health centres.

Chapter V contains the proposal of the committee for an amended public health nursing service, according to which it should be compulsory for the counties and the Capital (Copenhagen and Frederiksberg) to establish public health nursing agencies providing public health nursing services according to needs of children and other persons. The committee formulates the following proposal for the main objective of the public health nursing agency: The main objective of the agency is as part of the measures relating to the health of the population to contribute in bringing each individual to the greatest possible extent to the optimum utilization of his faculties, physically, mentally, and socially. The committee then makes a proposal for realization of the main objective within certain specified fields of work. The committee attaches specific importance to increased co-operation with the general practitioners and is of opinion that an improvement of the co-operation will depend on a modified organization of the public health nursing services permitting a better integration of the geographical field of work of doctors and public health nurses. The committee, therefore, proposes that, as far as possible, the public health nurses should be attached to the general practitioner and his group of patients

instead of working within fixed regional boundaries.

As far as the individual fields of work are concerned, it is proposed that regarding anti-natal care calls should be made to secure that the expectant mother gets the guidance of a doctor and a midwife according to the provisions of the Maternity Act and receives instruction in preparing for the care of the child. In the case of child health it is proposed that the work be organized on the basis of needs and made available to all families with infant and young children. Where the work also comprises anti-natal care, it may include maternity nursing after home confinement. As far as school children are concerned, it is proposed that the school health work be organized according to needs and in co-operation with the school doctor, the family doctor and the teaching staff of the school. Finally the committee proposes depending on the decision of the employing authorities and the staff situation permitting that public health nurses contribute to health care of persons, including elderly persons, with actual or potential handicaps, the work comprising visits, the necessary guidance, and support during medical and/or social treatment. The public health nurse should, when the situation calls for it - particularly in sparsely populated areas - be able to attend to home nursing tasks assisted by practical nurses.

As the fields proposed have areas of contact with other health and social services, a short description has been given of the most important of these services, for example, general practice, midwifery, the hospital services and social services.

The organizational structure and the operation of the agencies presuppose appointment of county/city public health nursing officers to attend to the professional management. To assist this officer, deputy county/city public health nursing officers should be appointed as required. - By way of comparison it is stated that no more than 51 per cent, of the public health nurses were employed under professional management at the census on the 22nd April 1969. - The administration of the public health nursing services involves office work to an extent which calls for employment of secretaries to assist the county/city public health nursing officers and their deputies. It is proposed that the agencies administratively be placed within

the social and health management of the counties. An office for the public health nurse should, as far as possible, be established within the premises of the social and health management of the primary municipalities and/or on the premises of general practitioners organized in group practice. Abolition of the fixed district boundaries and attachments to the groups of patients of the general practitioners presuppose the use of a car, also under urban conditions, which will cause a minor increase in the costs of transport.

The total operational expenditure of fully developed public health nursing agencies as proposed by the committee is estimated at just under 38 million kroner annually. Furthermore additional expenses must be taken into account because of the need for a minor ex-

tension of the educational capacity of the School of Advanced Nursing Education of Denmark in order to cope with the existing shortage of public health nurses, which is stated to be 100. During the coming 5-year period the school with the present capacity will be able to educate public health nurses corresponding only to the number which is estimated to retire on account of age or for other reasons.

The committee, finally, proposes that the detailed directions for the organization and the professional contents of the work of public health nurses be laid down by the Minister of the Interior at the recommendation of the National Health Service of Denmark and in such a manner that the work will be co-ordinated with the other health and nursing services and the social fields.

København, den 26. august 1970.

K. O. Christensen
Bodil Dyhre
H. Kreutzfeldt
Elisabeth Rübner
N. Øhlenschläger

Otto Christiansen
Anny Jørgensen
Eli Magnussen
(formand)
Jens Sørensen

Else Bagger Johs. Nehm
(sekretærer)

KAPITEL I

Sundhedsplejerskeordningen af 1937 og træk af udviklingen indtil 1963

Indledning

Ved skrivelse af 11. september 1935 til indenrigsministeriet foreslog sundhedsstyrelsen, »at der søgtes lovfæstet hjemmel til at yde statsstøtte i passende omfang til kommuner, der iværksatte et oplysningsarbejde blandt mødre, udført af særligt uddannede kvinder, sundhedsplejersker, til bekæmpelse af sygelighed og dødelighed blandt spædbørnene.«

I skrivelsen påpegedes, »at der i årene 1929 til 1935 i tre forskellige distrikter her i landet har været udført et forsøgsarbejde af den nævnte art, iværksat på sundhedsstyrelsens foranledning i samarbejde med Rockefeller Foundation, som har afholdt en meget betydelig del af omkostningerne, medens resten af disse hovedsagelig er blevet afholdt af de interesserede kommunale myndigheder og for en mindre dels vedkommende af staten.« Begrundelsen for, at dette arbejde blev taget op, var, at dødeligheden i første leveår her i landet igen en længere årrække var ret betydelig sammenlignet med dødeligheden i adskillige andre lande og - ligeledes i modsætning til dødeligheden i disse andre lande - havde holdt sig konstant uden tendens til nedgang. Skrivelsen, der var udarbejdet af sundhedsstyrelsen uden forudgående udvalgsarbejde, udgjorde grundlaget for den senere fremsættelse i rigsdagen af lovforslaget, jfr. nedenfor, og er sammen med bemærkninger til lovforslaget optaget som bilag nr. 1 til betænkningen.

1. Lov nr. 85 af 31. marts 1937 om bekæmpelse af sygelighed og dødelighed blandt børn i det første leveår

På grundlag af sundhedsstyrelsens skrivelse af 11. september 1935 til indenrigsministeriet fremsatte indenrigsministeren (Bertel Dahlgaard) den 16. oktober 1936 i landstinget for-

slag til »lov om bekæmpelse af sygelighed og dødelighed blandt børn i det første leveår« (bilag nr. 2). I ministerens forelæggelsestale understregedes, at lovforslaget bygger på kommunernes frivillige medvirken og på, at den rådgivende virksomhed tilbydes hjemmene uden hensyn til de pågældendes økonomiske evne, idet virksomheden skal være et led i landets almindelige folkehygiejniske foranstaltninger, iværksat ud fra rent sundhedsmæssige og sygdomsforebyggende hensyn, selv om der ikke er noget til hinder for et fornuftigt samarbejde med det børnetilsyn, der i henhold til forsorgslovgivningen findes for begrænsede kredse. Sundhedsplejerskernes vejledning skulle tage sigte på det første år efter børnenes fødsel, men hvor sundhedsplejerskernes virksomhed kom til at omfatte kommunale rådgivende børneplejestationer, ville råd og vejledning også kunne indhentes med hensyn til børnepleje for alderstrin udover det første leveår.

Enkelte ordførere udtrykte ved lovforslagets første behandling ængstelse for, at frivillighedens princip skulle fortones, således at man en skønne dag kom til at stå over for et påbud og et autoriseret kontrolsystem. Der udtryktes ønske om at lægge tilsynet med sundhedsplejerskerne under embedslægernes arbejdsområde og mulighed for at yde tilskud til de eksisterende børneplejestationer, der drives af private institutioner, f. eks. menighedsplejer, der er godkendt af indenrigsministeren. Man betønedes, at der burde tages større hensyn til børnenes trivsel ved oprettelse af flere børnehaver og legepladser i storbyerne.

Lovforslaget vedtoges enstemmigt i landstinget og oversendtes til folketinget, hvor det anbefalede af samtlige ordførere. Enkelte fremsatte ønske om, at staten overtog en større del af udgifterne, ligesom spørgsmålet om besøg af sundhedsplejersken før barnets fødsel

rejstes. Hertil udtalte ministeren, »at det var et område, hvor, hvis man kunne bruge dette udtryk, livet selv ville finde vej.« Sygeligheden og dødeligheden blandt børn i det første leveår kunne godt tænkes bekæmpet ved råd til moderen før barnets fødsel, og ministeren tillagde det overordentlig stor betydning, hvis sundhedsplejerskernes arbejde og virksomhed var knyttet til børneplejestationer. Ministeren udtalte endvidere, at han »ikke kunne tænke sig, at de, der søgte plejerskernes råd også før fødslen, ikke fuldt ud i henhold til lovens ord ville kunne blive modtaget og få råd i det omfang, som sundhedsplejerskerne var i stand til at give råd.«

Lovforslaget vedtoges enstemmigt den 18. marts 1937. I Lovtidende 1937, side 252, (bilag nr. 3) benævnes loven som »lov om bekæmpelse af sygelighed og dødelighed blandt børn i de første leveår«; »de« må dog opfattes som en ren trykfejl, der er ændret til »det« i senere udgaver af loven.

Retningslinier for tilrettelæggelse og godkendelse af sundhedsplejerskeordninger udsendtes i cirkulære fra indenrigsministeriet af 3. juli 1937 til kommunalbestyrelserne og fra sundhedsstyrelsen af 9. juli 1937 til embedslægerne. Cirkulærene indeholdt bl. a. vejledning vedrørende distriktsstørrelserne og den praktiske udformning af sundhedsplejerskens arbejde og samarbejde med andre medicinalpersoner inden for området (bilag nr. 4 og 5).

En generel vejledning vedrørende gennemførelsen af loven udsendtes af sundhedsstyrelsen og den almindelige danske lægeforenings hygiejneudvalg den 28. januar 1938. Vejledningen indeholdt tillige som bilag mønsterinstruks for sundhedsplejersker, mønster for retningslinier for sundhedsplejerskens arbejde samt vejledende bemærkninger angående journalføringen (bilag nr. 6).

a. Sundhedsplejerskeordningens formål og indhold i henhold til loven af 1937 og vejledning af januar 1938

1°. Børn i det første leveår

Formålet med ansættelse af sundhedsplejersker var - som udtrykt i lovens titel - at sundhedsplejerskerne igennem sundhedsmæssig oplysning til familier med spædbørn skulle medvirke til »bekæmpelse af sygelighed og dødelighed blandt børn i det første leveår.«

Da årsagerne til sygelighed og dødelighed

blandt spædbørn fortrinsvis måtte søges i levevilkårene, i plejen af børnene, ernæringen, påklædningen og boligforholdene, var det disse områder, der blev hovedindholdet i sundhedsplejerskernes vejledning.

I *mønsterinstruksen af januar 1938* beskrives sundhedsplejerskens opgave som »alene at give råd og vejledning med hensyn til det sunde spædbarns ernæring og pleje.« Det understreges, at hun over for det syge barn ikke har nogen rådgivende eller plejende funktioner.

Vedrørende ernæringen fremgår eksempelvis at »en af sundhedsplejerskens fornemmeligste opgaver er at gøre energisk propaganda for diegivning.« Hvor udelukkende brysternæring ikke er mulig, skal hun søge en blandet ernæring gennemført og iøvrigt tilrettelægge barnets opflaskning, herunder »indskærpe betydningen af hurtigt at vænne barnet til *regelmæssige måltider*.«

Med hensyn til plejen af barnet skal sundhedsplejersken f. eks. virke for, »at den størst mulige *renlighed* gennemføres« og foranledige, at »barnet under hele sit første leveår får den betydningsfulde *ro* og *hvile*.«

En gennemført renlighed var dengang et af de få eksisterende midler mod forebyggelse af infektioner, hvorfor det bl. a. var sundhedsplejerskens opgave at fremhæve nødvendigheden af den største påpasselighed med komælkenes behandling og opbevaring, ligesom hun »på en taktfuld måde skulle have sin opmærksomhed henvendt på boligens (herunder evt. kostaldens) hygiejniske kvalitet og udnyttelse for, om det var påkrævet og muligt, at kunne give stødet til forbedringer.«

Overfor lettere uregelmæssigheder i spædbarnets helbredstilstand skulle sundhedsplejersken kunne give vejledning. Fik hun formodning om sygelige tilstande hos barnet, skulle hun »indtrængende foreholde forældrene nødvendigheden af at søge lægens råd.« Iøvrigt opfordredes sundhedsplejersken i tvivlstilfælde til at rådføre sig med lægen og støtte sig til dennes viden.

Læger, jordemødre og hjemmesygeplejersker opfordredes til allerede under graviditeten at forberede sundhedsplejerskernes adgang til hjemmene og iøvrigt, når lejlighed gaves, at »vække og fæstne befolkningens forståelse for betydningen af sundhedsplejerskens arbejde.«

Med hensyn til den sociale forsorgs organer og muligheder skulle sundhedsplejersken til egne sig kendskab hertil for inden for sit om-

råde at blive i stand til at yde fornøden vejledning på dette felt.

Retningslinierne fremhæver, at »det er af betydning for sundhedsplejerskens effektivitet, at hendes arbejde og undervisning tilrettelægges efter egnens særlige behov og vanskeligheder, og at hun nøje ved, hvorpå hun netop her må lægge særlig vægt.« Sundhedsplejerskens vejledning forudsattes givet ved regelmæssige besøg i hjemmet.

Som vejledende eksempel på besøgshyppigheden angives enten gennemsnitlig 10 besøg pr. barn i første leveår (med et antal af ca. 300 børn pr. sundhedsplejerske i byerne og ca. 250 på landet) eller, hvor det ønskes og muligheden foreligger, 18-20 besøg i årligt gennemsnit pr. barn. Da behovet for vejledning var stort, blev det den sidstnævnte besøgshyppighed, der praktiseredes i de første mange år.

Princippet om besøg efter behov havde man allerede i tankerne, hvilket fremgår af, at »den angivne besøgshyppighed er en vejledning, der efter behov kan og bør fraviges.« I henhold til mønsterinstruksens § 5 kunne således besøgenes antal, efter fødsler i hjem, der tidligere havde modtaget og forstået sundhedsplejerskens vejledning, indskrænkes til 7.

Udover det frivillige tilsyn med børn i første leveår, kunne arbejdet tillige omfatte det almindelige plejetilsyn i henhold til daværende

Børn over 1 år under tilsyn ved udgangen af 1949 og 1948

Kommuner	1949	1948
København	1021	980
Frederiksberg	101	95
Samsø	241 ¹⁾	283
Korsør	—	1
Ringsted	8	6
Næstved	2	—
Nykøbing F.	—	4
Seest	10	—
Nyborg	1	—
Kerteminde	9	14
Århus	107	105
Hjørring	236	206
Brønderslev	47	36
Haderslev	28	28
I alt	1811	1758

¹⁾ Tilsynet omfatter børn indtil 7 år, idet antallet af børn 0-1 år ikke afgav tilstrækkeligt arbejde til sundhedsplejersken.

lov om offentlig forsorg §§ 110 og 112 og/eller arbejdet som skolesygeplejerske.

Fra ordningens begyndelse udøvede sundhedsplejerskerne adskillige steder dette lovpligtige tilsyn, der også udstrakte sig til børn over 1 år, jfr. foranstående oversigt.

Lov om skolelæger vedtoges 12. juli 1946, og det blev herefter almindeligt, at sundhedsplejerskernes arbejde også omfattede skolebørnene, idet § 2, stk. 2, bestemmer, at »hvis en sådan (skolesundhedsplejerske) ikke ansættes, men der i kommunen findes sundhedsplejerske i henhold til lov nr. 85 af 31. marts 1937, bistår denne, hvor forholdet ikke ordnes på anden måde, skolelægen i det omfang, hvori hendes arbejde med spædbørnstilsynet tillader det.«

I henhold til »Lov om bekæmpelse af sygelighed og dødelighed blandt børn i det første leveår«, kunne der ydes tilskud til dækning af indtil halvdelen af udgifterne ved driften af rådgivende børneplejestationer, der blev drevet i tilknytning til sundhedsplejerskernes arbejde.

Børneplejestationer ansås dog ikke som et nødvendigt korrelat til sundhedsplejerskeordningen, »der under forsøgsperioden viste sin selvstændige effektivitet under samarbejde med lægerne«, og der opfordredes derfor ikke til oprettelse af børneplejestationer. Hvor en kommunalbestyrelse alligevel ønskede en sådan oprettet samtidig med gennemførelse af en sundhedsplejerskeordning, henstilledes det først at gennemføre og gennemprøve denne, for på grundlag af de indhøstede erfaringer at overveje det ønskelige i at oprette børneplejestationer.

Eksisterende børneplejestationer, der ønskede at opnå tilknytning til sundhedsplejerskernes arbejde og derigennem opnå statstilskud, anbefaledes, at »anlægge stationernes virksomhed på at udøve periodisk, lægelig kontrol med de børn, som er inddraget under sundhedsplejerskens arbejde« og det fremhæves, at »en sådan periodisk kontrol af en anerkendt børnespecialist altid vil have sin værdi og i nogen grad vil være af samme karakter som skolelægernes kontrol med skolesøgende børn.«

Med hensyn til samarbejdet mellem stationerne og sundhedsplejerskerne understregedes udtrykkeligt, at »undersøgelser på stationen ikke må føre til, at stationen derefter overtager sundhedsplejerskens arbejde, hverken helt eller delvis«, hvorfor »sunde børn, der udenfor kontrolterminerne kommer til undersøgelse

på stationen, af denne skal henvises til sundhedsplejersken.« Det kan tilføjes, at behandling af syge børn ikke måtte finde sted på børneplejestationerne.

Ved lov af 30. april 1946 om lægeundersøgelse af børn, blev de praktiserende læger generelt inddraget i det profylaktiske børnearbejde, hvorfor behovet for børnetilsynsstationer mindskedes og antallet af disse er dalet fra 65 i 1949 til 42 i 1968, jfr. nedenstående skema:

Antallet af børneplejestationer i 1949 og 1968

Kommune	Børneplejestationer		Spædbørnsstationer		Småbørnsstationer	
	1949	1968	1949	1968	1949	1968

Efter 1937-loven

Tårnby	1	1				
Dragør	1	2				
St. Magleby	1	1				

I alt børneplejestationer	3	4				
-------------------------------------	---	---	--	--	--	--

Efter 1946-loven

København	35 ¹⁾	16	11 ²⁾	14 ³⁾		
Frederiksberg	2	2	1	1		
Gentofte	4	—	—	—		
Lyngby	2	—	—	—		
Rødovre	2	2	1	1		
Hvidovre	2	2	—	—		
Odense	1	—	1	—		

I alt spædbørns- og småbørnsstationer	48 ¹⁾	22	14 ²⁾	16 ³⁾		
---------------------------------------	------------------	----	------------------	------------------	--	--

¹⁾ Heraf 2 på hhv. Rigshospitalet og Dr. Louises Børnehospital.

²⁾ Heraf 2 på hhv. Rigshospitalet og Dr. Louises Børnehospital.

³⁾ Heraf 4 kombinerede spædbørns- og småbørnsstationer.

Børneplejestationerne omtales i medicinalberetningen for 1949 p. 118-119, hvorfra nedenstående afsnit citeres:

»Ifølge lov af 31. marts 1937 om bekæmpelse af sygelighed og dødelighed blandt børn i det første leveår kunne rådgivende børneplejestationer oprettes og drives i tilknytning til sundhedsplejerskers arbejde, og den pågældende kommune kunne få statsluskud til dækning af halvdelen af de dermed forbundne udgifter. I henhold til denne lovbestemmelse oprettedes i de følgende år henimod en halv snes stationer, fortrinsvis på Sjælland. Endvidere fandtes i hovedstaden et antal børneplejestationer (ved udgangen af 1947, 36), der blev drevet af De samvirkende Menighedsplejer, men arbejdede i nær

tilknytning til Københavns kommunes sundhedsplejersker. De børn, der søgte disse stationer, blev i almindelighed undersøgt 4 gange i løbet af deres første leveår.

1. januar 1948 trådte lov af 30. april 1946 om lægeundersøgelse af børn i kraft. I henhold til denne lov er oprettet dels spædbørnsstationer, der vil underkaste børn 3 lægelige tilsyn i første leveår, dels småbørnsstationer, der undersøger børn i alderen 1-7 år en gang årligt. For begge typer af stationer kan driftsudgifterne udredes af den pågældende kommune, således at halvdelen refunderes af statskassen.

Stationernes opgave går ud på dels at råde og vejlede forældre med hensyn til barnets ernæring, pleje og opdragelse, dels at forebygge sygdomme eller erkende disse på det tidligst mulige tidspunkt. De således påviste sygdomstilfælde henvises til de pågældendes egen læge.«

Ved sundhedsplejerskeordningens begyndelse blev hovedvægten — som det fremgår af foranstående p. 16-17 - lagt på at fremme barnets fysiske sundhed. De følgende års udvikling inden for lægevidenskaben og på det sociale område fik imidlertid indflydelse på sundhedsplejerskearbejdets indhold, og opmærksomheden blev nu i højere grad vendt mod de psykiske og miljøbetingede faktorer og deres betydning for børnenes trivsel og udvikling. Vejledning vedrørende disse spørgsmål er tidskrævende og antallet af børn pr. sundhedsplejerke reduceredes derfor ved en revision af retningslinierne i 1954 til maksimalt 200 børn pr. sundhedsplejerske i byerne og ca. 150-180 på landet med et gennemsnitligt antal af 12 besøg pr. barn i første leveår.

I hjem med ældre søskende påtog sundhedsplejerskerne sig i vid udstrækning at yde moderen råd og vejledning vedrørende børnene med hensyn til såvel kostvaner som problemer af mere psykisk karakter. Behovet for en sådan vejledning medførte, at arbejdet med de større børn efterhånden indgik som et naturligt led i sundhedsplejerskens arbejde, selv om der ikke formelt var grundlag herfor.

Af kapitel II, 2, b: Omlægning af sundhedsplejerskearbejdet, fremgår, at sundhedsstyrelsen siden sidst i 50'erne har fulgt denne udvikling op med etablering af forsøgsordninger.

2.° Spædbørnssundhedspleje kombineret med skolesundhedspleje i henhold til lov af 12. juli 1946 om skolelæger

Som omtalt p. 18 åbnede lov om skolelæger, § 2, stk. 2, mulighed for, at kommunens sund-

hedsplejerske bistår skolelægen i det omfang, hvori hendes arbejde med spædbørnstilsynet tillader det.

Kommunernes adgang til at benytte sig af denne kombination var i begyndelsen hæmmet af det utilstrækkelige antal uddannede sundhedsplejersker og sygeplejersker iøvrigt. En bedring af disse forhold begyndte at gøre sig gældende i 1951-52, hvor der var ca. 60-65 ledige sundhedsplejersker. Der begyndte herefter en gradvis afvikling af midlertidige ordninger, etableret i medfør af indenrigsministeriets cirkulære af 27. september 1948 (bilag nr. 7) vedrørende antagelse af medhjælp for skolelæger, hvorved kontoruddannede sekretærer og sygeplejersker uden sundhedsplejerskeuddannelse i et vist omfang havde erstattet sundhedsplejersker i arbejdet med skolebørnene. En af sundhedsstyrelsen foretaget undersøgelse i forbindelse med skolelægelovens revision i 1956/57 viste således, at der i skoleåret 1954/55 var beskæftiget følgende antal medarbejdere i skolesundhedsplejen:

Sundhedsplejersker	224 eller 38,5 %
Sygeplejersker	246 eller 42,3 %
Sekretærer	112 eller 19,2 %
Tilsammen	582 eller 100 %

Under forhandlinger mellem indenrigsministeriet, undervisningsministeriet og sundhedsstyrelsen, fremhævede man fra sundhedsstyrelsens side de kombinerede spædbørns- og skolesundhedsplejerskeordningers fordele:

1. bedre udnyttelse af sundhedsplejerskens uddannelse og en større variation i arbejdet, der stimulerer interessen og arbejdsglæden,
2. forhåndskendskab til hjemmene indhøstet under arbejdet med det spæde barn,
3. større mulighed for regulering af distrikternes omfang, bl. a. i forbindelse med svingninger i fødselstallet, der 6-7 år senere afspejler sig i tilgangen af børn til skolerne og
4. antallet af ferievikarer kan indskrænkes.

Kommunernes interesse for gennemførelse af kombinerede ordninger søgtes fremmet gennem en højere refusion (halvdelen af de reelle udgifter), medens refusionen i ordninger med ikke-sundhedsplejerskeuddannet personale i skolen kun kunne beregnes med halvdelen af udgifterne i forhold til et beløb på maksimalt

5 kr. til sygeplejerskeuddannet medhjælp og 4 kr. til anden medhjælp pr. person pr. år.

I bemærkningerne til forslag om lov om skolelæger anførtes følgende om skolesundhedsplejerskens opgaver: »Den vigtigste opgave for skolesundhedsplejersken er at opretholde forbindelsen mellem skolen og skolelægen på den ene side og hjemmene på den anden side i alle spørgsmål, der vedrører børnenes sundhed. Hun skal bringe skolelægens besked til hjemmet i tilfælde, hvor forældrene ikke selv har kunnet møde hos skolelægen, kontrollere at skolelægens anordninger og råd til hjemmene - herunder lægebehandling af børnene - følges og i det hele ved besøg i hjemmene virke for forbedringer i hygiejnen og være hjemmene behjælpelig hermed. Endvidere skal hun meddele skolelægen sine indtryk af hjemmenes hygiejniske og økonomiske forhold.

Dernæst skal skolesundhedsplejersken være skolelægen behjælpelig under lægearbejdet på skolen og skal varetage forskelligt hygiejnisk arbejde.

Alle disse mangeartede opgaver stiller krav om en alsidig uddannelse, omfattende ikke alene almindelig sygeplejerskeuddannelse, men også særlig uddannelse i børnesygepleje og kendskab til socialhygiejne og social forsyrg.»

I det første år efter skolelægelovens ikrafttræden voksede antallet af sundhedsplejerskestillinger i kombinerede spædbørns- og skolesundhedsplejerskeordninger jævnt: Tallet var i 1950: 76, i 1960: 207 og ved udgangen af 1968: 335 stillinger.

5°. *Forsøg med kombination af hjemmesygepleje med spædbørns- og skolesundhedspleje i Skanderborg amt i årene 1953-1958*

I årene 1953-58 blev der i samarbejde mellem sundhedsstyrelsen og nogle kommuner i Skanderborg amt iværksat en forsøgsordning for at undersøge mulighederne for en kombination af hjemmesygepleje med spædbørns- og skolesundhedspleje, således at disse arbejds-grene alle varetoges af en og samme person.

Forsøgets formål var at søge belyst, om ordninger med kombination af de tre arbejds-grene kunne anbefales, og i bekræftende fald hvilke betingelser, der måtte kræves opfyldt. Forsøget omfattede såvel distrikter med kombinerede ordninger som distrikter med udelukkende sygepleje og udelukkende spædbørns- og skolesundhedspleje.

Erfaringerne viste, at en kombination af hjemmesygepleje med spædbørns- og skolesundhedspleje lod sig gennemføre under de givne betingelser med følgende fordele:

En mere hensigtsmæssig tilrettelæggelse af arbejdet, især var en bedre udnyttelse af sygeplejerskens arbejdskraft mulig, idet en forholdsvis mindre del af arbejdstiden medgik til befordring.

Kontinuitet i vejledningen til hjem med nyfødte fremmedes ved, at sygeplejersken kom i egenskab af såvel hjemmesygeplejerske som sundhedsplejerske. Man undgik herved de misforståelser, der kan opstå, når forskellige personer ikke giver fuldt enslydende vejledning.

I skolesundhedsplejen havde det værdi, at sygeplejersken igennem de øvrige arbejdsgrane på forhånd var kendt med mange af de hjem, der havde børn i den skolepligtige alder.

Endelig muliggjorde kombinationen af de to arbejdsområder, at sygeplejerskernes arbejde, ligesom de praktiserende lægers, i udpræget grad samlede sig om familien og hjemmet. Lægerne gav efter forsøgsperiodens afslutning udtryk for deres tilfredshed med arbejdets forløb.

En passende kombination af de tre arbejdsgrane forudsætter, at sygeplejersken er fuldt uddannet i såvel hjemmesygepleje som sundhedspleje, at de enkelte distrikter (hver med een sygeplejerske) indgår i et større samlet område under fælles administration, og at der ansættes en ledende sygeplejerske, der kan sikre en hensigtsmæssig tilrettelæggelse af arbejdet i det enkelte distrikt og koordinere arbejdet mellem distrikter og sygeplejersker indbyrdes samt formidle samarbejdet med læger, jordemødre, husmoderafløsere m. fl.

Det voldte visse vanskeligheder at indpasse skolesundhedsplejen i de kombinerede ordninger, navnlig hvor skolelægenes undersøgelser af børnene var koncentreret på nogle få dage i årets løb, idet det ved medførte, at sygeplejersken på disse dage vanskeligt kunne få tid til nødvendige sygebesøg.

Forsøgets konklusion blev herefter, at kombinerede ordninger med fordel kan gennemføres, for så vidt de nævnte betingelser er opfyldt. Som omtalt i kapitel II, 1, opnåedes i 1963 lovmæssig hjemmel til ansættelse af sundhedsplejersker i ordninger, hvor hjemmesygeplejen ønskes kombineret med spædbørns- og skolesundhedsplejen.

Den praktiske gennemførelse er imidlertid blevet vanskeliggjort, dels som følge af, at løn-

og ansættelsesforholdene først blev endelig løst ved udgangen af 1966, dels som følge af de problemer, der knytter sig til opfyldelsen af de uddannelsesmæssige krav, der stilles til hjemmesygeplejersker, der måtte ønske at blive ansat i sådanne 3-kombinerede ordninger, jfr. kapitel II side 24.

b. Ledende sundhedsplejersker

Faglig ledelse af sundhedsplejerskearbejdet er kun langsomt ved at slå igennem her i landet, dels som følge af sundhedsplejerskeordningernes spredte fremkomst, dels fordi sådanne stillinger først fik udtrykkelig lovfæstelse med vedtagelsen af lov om sundhedsplejerskeordninger af 31. maj 1963.

I perioden 1937 til 1963 blev der oprettet ialt 7 stillinger som ledende sundhedsplejerske, heraf den første i 1944 i Århus, den næste i 1945 i København og derefter i Århus, Maribo, Holbæk, Præstø og Frederiksborg amter.

Forslag til instruks for ledende sundhedsplejerske udsendtes i 1954 (revideret i 1961) af sundhedstilsynet. Det anføres her, at amtslægen er den nærmeste foresatte for den ledende sundhedsplejerske, som selv er nærmeste foresatte for de i amtsråds kredsen virkende sundhedsplejersker. Den ledende sundhedsplejerske skal føre tilsyn med og lede sundhedsplejerskernes daglige arbejde, fremsætte forslag til ændringer af sundhedsplejerskeordningen, fordele fødselsanmeldelserne til sundhedsplejerskerne, afgive indstilling til amtsråd og skoledirektion angående ansættelser og afskedigelser samt tilrettelægge placeringen og deltage i undervisning af elever fra Danmarks Sygeplejerskehøjskole.

2. Revisionerne af lov nr. 85 af 31. marts 1937 om bekæmpelse af sygelighed og **dødelighed blandt** børn i det første leveår

Loven af 1937 blev forelagt til revision i rigsdagssamlingerne 1942/43 og 1947/48 samt i folketingssamlingerne 1956/57 og 1961/62, alle 4 gange med forslag om udskydelse af revisionen, der endeligt fandt sted i folketingssamlingen 1962/63 og resulterede i lov nr. 227 af 31. maj 1963 om sundhedsplejerskeordninger, jfr. bilag nr. 8.

Udskydelsen af lovrevisionen begrundedes hver gang med, at loven virkede efter sin hensigt, idet et jævnt stigende antal kommuner indførte en sundhedsplejerskeordning; og hvor

en sådan etableredes, modtog de allerfleste hjem sundhedsplejerskens tilbud om vejledning vedrørende spædbørnene.

I 1961 forelagde indenrigsministeren forslag til lov om udskydelse af revisionen indtil folketingsåret 1966/67 ud fra den betragtning, at loven i praksis virkede udmærket, og at resultaterne af nogle igangværende forsøg med en udvidelse af sundhedsplejersketilsynet til at omfatte barnets 3 første leveår først kunne forventes endeligt indsamlet og bearbejdet i løbet af nogle år.

Under behandlingen i folketetinget blev der imidlertid fra flere sider fremsat ønske om snarest muligt at søge fremmet gennemførelsen af sundhedsplejerskeordninger i de kommuner, der endnu ikke havde sådanne ordninger. Endvidere blev der fremsat ønske om, at der, i den udstrækning, det fandtes hensigtsmæssigt, etableredes kombinerede ordninger hvorefter den samme person virker både som spædbørns-sundhedsplejerske, skolesundhedsplejerske og hjemmesygeplejerske, og endelig ønskede man revisionen fremskyndet til folketingssamlingen 1962/63, hvilket blev vedtaget.

Ved lovforslagets fremsættelse i folketetinget den 13. marts 1963 udtalte ministeren bl. a., »at der her er tale om en helt ny lov om sundhedsplejerskeordninger og ikke blot et ændringsforslag til den bestående lov. Man har benyttet lejligheden til at foreslå en modernisering af den kortfattede 1937-lov, således at man tillige får udtrykkelig hjemmel for den praksis, der i de forløbne snart 26 år er skabt inden for området.«

I praksis havde udviklingen indebåret, at der opnåedes bedre kontinuitet i sundhedsplejerskearbejdet ved gennemførelse af ordninger med kombineret spædbørns- og skolesundhedspleje, endvidere en større fleksibilitet i arbejdets tilrettelæggelse ved etablering af sundhedsplejerskeordninger på amtskommunal basis omfattende amternes sognekommuner og eventuelt købstæder, og endelig at arbejdet

udviklede sig mest tilfredsstillende, når det blev forestået af en faglig leder.

Med hensyn til ønsket om at fremme gennemførelsen af sundhedsplejerskeordninger i kommuner, der endnu ikke havde sådanne, udtalte ministeren, at kommunerne fortsat vil være frit stillet med hensyn til etablering af sundhedsplejerskeordninger, »men da det må anses for særdeles ønskeligt at få gennemført sådanne ordninger, må man allerede nu forudsætte, at en vedtagelse af § 1 i den foreslåede form indebærer, at man i løbet af nogle år bør overveje, hvorvidt kommunerne over hele landet skal have pligt til at indføre sundhedsplejerskeordninger.«

Som noget helt nyt indeholdt forslaget en bestemmelse om, at de ledende sundhedsplejerskers arbejdsområde kunne udvides til — som bistand for sundhedsstyrelsen, sundhedskommissionerne og embedslægerne — at omfatte andre opgaver end de rent sundhedsplejerskemæssige. Ministeren udtalte i denne forbindelse: »Jeg finder, at der er et udpræget behov for at aflaste og supplere embedslægerne og sundhedskommissionerne på forskellige felter, bl. a. ved udøvelse af tilsyn med plejehjem og lignende, og at sundhedsplejersker af den nævnte kategori vil være særdeles velegnet til at varetage en del af de opgaver, der er pålagt embedslægerne og sundhedskommissionerne.«

Enkelte ordførere udtalte ønske om at skabe større interesse for sundhedsplejerskeuddannelsen, bl. a. ved at staten betalte vikarløn under uddannelsen. Spørgsmålet om de forskellige artede refusionssystemer foresloges taget op til samlet overvejelse, og der blev givet udtryk for, at 3-kombinerede sundhedsplejerskeordninger især ville være hensigtsmæssige i landkommunerne. Endelig ønskedes loven forelagt til revision senest i folketingssamlingen 1967/68.

Lovforslaget vedtoges enstemmigt med 149 stemmer. Ved kgl. anordning af 7. december 1965 er loven tillige sat i kraft på Færøerne.

KAPITEL II

Sundhedsplejerskeordningen af 1963 og udviklingen herefter

1. Lov nr. 227 af 31. maj 1963 om sundhedsplejerskeordninger (bilag nr. 8)

a. Lovens formål og muligheder

Som nævnt p. 21-22 giver loven af 31. maj 1963 om sundhedsplejerskeordninger udtrykkelig hjemmel for den praksis, der havde udviklet sig i de forløbne år.

Loven fastslår som et mål, at der i alle landets kommuner etableres sundhedsplejerskeordninger, hvorimod der ikke på indværende tidspunkt pålægges kommunerne pligt til etablering af sådanne, bl. a. fordi der først efterhånden vil være uddannet et tilstrækkeligt antal sundhedsplejersker til varetagelse af arbejdet overalt i landet. I overensstemmelse hermed hedder det i § 1, »at kommunerne bør ansætte det fornødne antal sundhedsplejersker.«

Med det formål at støtte hjemmene i deres bestræbelser for at sikre spædbørnenes sundhed giver loven ved §§ 1 og 3 kommunerne mulighed for valget mellem at etablere ordninger med et eller flere af følgende arbejdsområder:

1. spædbørnssundhedspleje alene
2. spædbørnssundhedspleje kombineret med skolesundhedspleje og
3. en kombination af spædbørns- og skolesundhedspleje med hjemmesygepleje.

Bestemmelsen om at en sundhedsplejerskeordning kan omfatte flere kommuner og i givet fald også købstæder, jfr. § 2, stk. 2, er foranlediget af, at mange små sognekommuner afholdt sig fra at indføre en sundhedsplejerskeordning, fordi de ikke kunne afgive arbejde nok til en sundhedsplejerske.

Ansættelse som sundhedsplejerske i henhold til 1963-loven forudsætter - i overensstemmelse med hidtidig praksis - at den pågældende er autoriseret sygeplejerske og har gennemgået den ordinære uddannelse til sundhedsplejerske

ved institut for syge- og sundhedsplejersker ved Aarhus universitet, siden 1965 Danmarks Sygeplejerskehøjskole. Sundhedsstyrelsen kan i ganske særlige tilfælde meddele dispensation fra sidstnævnte krav. Hensigten hermed er, at sygeplejersker, der f. eks. i udlandet har gennemgået en sundhedsplejerskeuddannelse, kan opnå tilladelse til at virke her i landet som sundhedsplejerske.

Normalt har hjemmesygeplejersker ikke uddannelse som sundhedsplejerske, og der er derfor i § 4, stk. 2, givet retningslinier for at hjemmesygeplejersker, hvor en kombination af hjemmesygepleje med spædbørns- og skolesundhedspleje ønskes gennemført, kan ansættes som sundhedsplejersker under forudsætning af, at de har gennemgået en for dem specielt tilrettelagt uddannelse eller har fået anden af indenrigsministeren godkendt uddannelse i sundhedspleje.

Lovens § 5, stk. 1, bestemmer, at »indenrigsministeren fastsætter de nærmere bestemmelser om tilsyn med sundhedsplejerskernes virksomhed og om gennemførelse af lovens bestemmelser i øvrigt.« § 5, stk. 2, indeholder udtrykkelig hjemmel for ansættelse af ledende sundhedsplejersker, jfr. afsnit 3^o, p. 24.

Et udkast til cirkulære vedrørende gennemførelse af lovens bestemmelser udarbejdedes af indenrigsministeriet, men dets endelige udsendelse blev stillet i bero bl. a. på udfaldet af forhandlinger vedrørende sundhedsplejerskeordningens forhold til den af socialministeriet netop etablerede familievejledning, og på et forslag om, at sundhedsplejersker, der tilser plejebørn under 1 år, samtidig kunne varetage tilsynet med børn over 1 år i henhold til § 79 i lov af 4. juni 1964 om børne- og ungdomsforsorg.

Kommunernes interesse for sundhedsplejerskeordningen antog efterhånden en nærmest eksplosiv karakter, samtidig med at nye syns-

punkter var ved at gøre sig gældende i sundhedsplejerskearbejdet bl. a. i forsøgsordningerne, således at de udarbejdede retningslinier ikke kunne anvendes på den hurtigt ændrede situation, og cirkulæret er derfor ikke udsendt.

b. *Lovens udnyttelse i tiden indtil*

31. december 1968

Lov om sundhedsplejerskeordninger, der trådte i kraft den 1. juli 1963, tilsigter som nævnt at stimulere kommunernes interesse for etablering af sundhedsplejerskeordninger overalt i landet.

1°. *Sundhedsplejerskeordninger med spædbørns- og skolesundhedspleje*

En sundhedsplejerskeordning vil i henhold til loven kunne etableres alene med spædbørns-sundhedspleje eller tillige kombineres med skolesundhedspleje.

Fra udgangen af 1960 til udgangen af 1968 voksede antallet af sundhedsplejerskestillinger med 185 til ialt 570 (bilag nr. 9). Af de 185 stillinger vedrører de 10 stillinger ledende sundhedsplejersker, 47 er oprettet i ordninger alene omfattende spædbørnssundhedspleje, medens de øvrige 128 vedrører ordninger, hvor spædbørnssundhedsplejen ønskes kombineret med skolesundhedsplejen.

Den i 50'erne i medfør af lov om skolelæger påbegyndte udvikling med stigende udnyttelse af muligheden for etablering af kombinerede ordninger er således fortsat efter 1960, idet ca. 3/4 af de nyoprettede stillinger falder inden for denne kategori.

2°. *Sundhedsplejerskeordninger kombineret med hjemmesygepleje*

Forsøget med kombination af hjemmesygepleje med spædbørns- og skolesundhedspleje i Skanderborg amt i årene 1953-58 gav som omtalt anledning til, at der ved § 3 i lov om sundhedsplejerskeordninger blev givet hjemmel til at etablere ordninger, hvor hjemmesygeplejen ønskes kombineret med spædbørns- og skolesundhedspleje, de såkaldte 3-kombinerede ordninger.

Etableringen af disse ordninger er forbundet med visse vanskeligheder, idet alle, der ansættes i en sundhedsplejerskeordning, uanset dens type, skal have gennemgået sundhedsplejerskeuddannelsen ved Danmarks Sygeplejerskehøjskole.

Som nævnt p. 23 giver § 4, stk. 2, hjemme-

sygeplejersker mulighed for at gennemgå en specielt tilrettelagt sundhedsplejerskeuddannelse, og § 4, stk. 3, giver adgang til, at statskassen afholder udgifterne til vikarer, mens hjemmesygeplejersken er på kursus.

På grundlag af resultaterne fra forsøget i Skanderborg amt kunne sundhedsstyrelsen anbefale etablering af ordninger med kombination af hjemmesygepleje og sundhedspleje, særligt i sognekommuner, dog under forbehold af, at det med hensyn til distrikternes størrelse forudsattes, at hjemmesygepleje og sundhedsplejerskearbejde udførtes efter de på daværende tidspunkt gældende retningslinier. Det vil for sundhedsplejens vedkommende sige, at arbejdet var begrænset til familier med børn i første leveår og til den årlige lægeundersøgelse af skolebørn og de med denne og skolesundhedsplejen iøvrigt forbundne opgaver.

Omlægningen af sundhedsplejerskearbejdet med inddragelse af børn over 1 år og koncentrationen om familier og børn, der er truede af helbredsmæssige problemer har givet anledning til overvejelser af betimeligheden af 3-kombinerede ordninger, og der er herved skabt en helt ny situation hvad angår kombination af de to arbejdsområder.

Overensstemmende med udviklingen har sundhedsplejerskeuddannelsen i 1965 gennemgået en radikal revision på grundlag af »Betænkning om undervisning ved institut for syge- og sundhedsplejersker ved Aarhus universitet«, afgivet 1964 af et af indenrigsministeriet nedsat udvalg.

Foranlediget af den ændrede situation øges kravene til såvel arbejdets indhold og udførelse som til uddannelsen, og man finder derfor, at også hjemmesygeplejersker, der skal virke i 3-kombinerede ordninger, bør gennemgå den fulde sundhedsplejerskeuddannelse.

3°. *Ledende sundhedsplejersker - amtssundhedsplejersker*

De ledende sundhedsplejerskers arbejde sigter på at skabe de bedst mulige betingelser for en hensigtsmæssig udøvelse af sundhedsplejerskernes arbejde.

De har den daglige ledelse af sundhedsplejerskeinstitutionen og er sundhedsplejerskernes nærmeste foresatte.

De er ansvarlige for at planlægge og organisere det samlede sundhedsplejerskearbejde inden for området i samarbejde med embedslægen og de ledende administratorer inden for

skole- og socialforvaltningen. Endvidere er de ansvarlige for, at den fastlagte plan og standard gennemføres, og for tilrettelæggelse af intern og extern personaleundervisning.

Af andre væsentlige opgaver kan nævnes: koordinering af sundhedsplejerskeinstitutionens arbejde med andre tilstødende arbejdsområder, formidling af samarbejdet med de praktiserende læger, embedslæger, hjemmesygeplejersker, jordemødre, forskellige sygehusafdelinger, de sociale institutioner og andre institutioner, som sundhedsplejersker skal samarbejde med, og endelig at følge udviklingen inden for arbejdsområdet samt vurdere arbejdets resultater og dets tilrettelæggelse og fremsætte forslag til eventuelle ændringer.

Erfaringerne havde vist, at faglige ledere kunne stimulere den enkeltes interesse og effektivitet og fremme det indbyrdes samarbejde til fordel for en samlet og mere hensigtsmæssig indsats inden for sundhedsplejen. Sundhedsstyrelsen kunne derfor i forbindelse med lovens revision anbefale udtrykkelig lovhjemmel gennemført for ansættelse af sundhedsplejersker med de særlige opgaver at varetage planlægning, koordination og instruktion vedrørende sundhedsplejerskeordninger inden for et større område, jfr. § 5, stk. 2. Udgifterne i forbindelse hermed refunderes som den normale regel med halvdelen af staten.

Da der viste sig et behov for at løse andre opgaver af sundhedsmæssig karakter, f. eks. at aflaste embedslæger og sundhedskommissioner ved tilsynet med plejehjem, børneinstitutioner m. v., blev der i loven optaget en bestemmelse (§ 5, stk. 2, 2. pkt.) om, at ministeren kunne pålægge de ledende sundhedsplejersker sådanne opgaver; af udgifterne til lønning m. m. til dis-

se sundhedsplejersker (amtssundhedsplejersker) ydes fuld statsrefusion.

I årene efter 1963 er der i medfør af nævnte § 5, stk. 2, oprettet 10 nye stillinger som ledende sundhedsplejerske, heraf 2 på Sjælland, 2 på Fyn og 6 i Jylland, således at der pr. 31. december 1968 var tilsammen 17 stillinger, hvoraf 3 dog ikke på indeværende tidspunkt har kunnet besættes, jfr. foranstående oversigt.

Det ses, at arbejdsområdet for 8 af stillingerne vedrører sundhedsplejerskeordningen alene, medens det i de øvrige 9 stillinger tillige omfatter andre sundhedsmæssige opgaver. Kommunalbestyrelserne har således i høj grad benyttet sig af den mulighed, lovens § 5, stk. 2, giver, måske tilskyndet hertil af den fordelagtige statsrefusion.

2. Faktorer, der siden 1963 har påvirket udviklingen

a. Oprettelse af sundhedsplejerskeordninger og tilgangen af nye stillinger

Interessen for etablering af sundhedsplejerskeordninger har været stigende efter ikrafttrædelsen af lov om sundhedsplejerskeordninger den 1. juli 1963.

Den gennemsnitlige årlige tilgang af nye stillinger i områder, der ikke tidligere havde sundhedsplejerskeordning, var kun 3 i 10-års perioden 1951-60, medens den faldt til 2 i de følgende 3 år, for herefter at stige til 14,6 i 5-års perioden efter lovens ikrafttræden.

Medvirkende årsager til den øgede tilgang af stillinger har været dels de stedfundne kommunesammenlægninger med dannelse af stor-kommuner, der muliggjorde oprettelse af en sundhedsplejerskeordning, dels lovens henstilling om, at kommunerne bør ansætte sundhedsplejersker.

I 5-års perioden 1964-68 oprettedes ialt 145 nye stillinger, heraf 10 nyoprettede stillinger som ledende sundhedsplejerske.

Tilgangen af så stort et antal stillinger over et kort åremål samt afgangene fra stillinger på grund af alder og andre årsager har skabt en efterspørgsel efter sundhedsplejersker, der ikke har kunnet dækkes af antallet af nyuddannede sundhedsplejersker.

Det herved opståede personaleproblem har medført, at flere nyetablerede ordninger kun har kunnet sættes delvis i funktion, medens andre har måttet udsættes på ubestemt tid.

De ledende sundhedsplejerskestillinger fordelt efter ansættende myndighed og arbejdsområde i h.t. lovens § 5, stk. 2, pr. 31/12-68

Ansættende myndighed	Sundhedsplejerskeordningen alene (50 ⁰ / ₀ statsrefusion)		Sundhedsplejerskeordningen + andre sundhedsmæssige opgaver (100 ⁰ / ₀ statsrefusion)		I alt
	Antal norm. still.		Antal norm. still.		
	I alt	heraf besat	I alt	heraf besat	
Byråd . . .	3	3	—	—	3
Amtsråd .	5	5	9	6	14
Pr. 31/12-68	8	8	9	6	17

Endvidere har det haft til følge, at tidligere godkendte ordninger, der på grund af befolkningstilvækst har måttet forøge antallet af stillinger, ikke i alle tilfælde har kunnet få stillingerne besat, ligesom det også er forekommet, at ordninger ved ledighed har måttet stilles i bero, som følge af manglende ansøgere, for norges vedkommende i flere år.

Med hensyn til antallet af ledige stillinger samt til- og afgang af sundhedsplejersker henvises til kapitel III om personalesituationen.

b. Omlægning af sundhedsplejerskearbejdet

1°. Baggrunden for omlægningen af arbejdet

Sundhedsplejerskeordningen har siden dens etablering været baseret på et tilbud om sundhedsvejledning til alle hjem med børn under 1 år. Som en gennemsnitlig årlig besøghyppighed har sundhedsstyrelsen anbefalet et antal, der i takt med udviklingen og de ændrede behov er faldet fra ca. 18-20 pr. hjem i 1938 til ca. 12 i 1956.

Systemet, der indebar et foreslået gennemsnitligt antal besøg, medførte i praksis, at besøgenes antal ikke varierede synderligt fra hjem med større behov til hjem med mindre eller ingen særlige problemer. En opgørelse af sundhedsplejerskernes besøghyppighed til børnene i første leveår i Århus kommune i 1959 har f. eks. vist, at hyppigheden af besøgene fordelte sig meget ensartet, uanset forskellige ydre forhold som tidligere sundhedsplejersketilsyn, børnenes nummer i søskenderækken, mødrenes alder m. v.*)

Spædbørnsdødeligheden (d. v. s. dødeligheden i første leveår) er i årene 1937 til 1968 faldet fra ca. 66 ‰ til 16,3 ‰. Mange faktorer har medvirket hertil, såsom befolkningens stærkt forbedrede levestandard, den forbedrede offentlige hygiejne, de lægevidenskabelige fremskridt og udviklingen iøvrigt i det børneprofylaktiske arbejde.

Barnealderens tidligere sygdomsproblemer som f. eks. de akutte infektionssygdomme, mave-tarmsygdomme, avitaminoser, tuberkulose m. v. er trængt tilbage, og behovet for sundhedsplejerskernes vejledning med hensyn til bekæmpelse og forebyggelse af sådanne sygdomme er derfor aftaget væsentligt. Samfundsudviklingen har imidlertid medført, at

barnealderens sundhedsproblemer i stigende grad viser sig som trivsels- og tilpasningsvanskeligheder, faktorer, der har stor indflydelse på børns helbredstilstand.

Som en konsekvens af denne udvikling fandt sundhedsstyrelsen i midten af 1950'erne tiden inde til at foreslå en omlægning af sundhedsplejerskearbejdet i barnets første leveår med hovedvægten samlet om hjem med de største behov samtidig med en udvidelse af arbejdet til også at omfatte børn i andet og tredje leveår.

2°. Forsøgsplanen

Planerne lod sig dog først realisere i 1960 med iværksættelse af forsøg i 5 forskellige sundhedsplejerskeordninger, i hvilke man tilstræbte dels et nærmere samarbejde mellem den praktiserende læge og sundhedsplejersken vedrørende børn fra 0-3 år, dels praktisering af en mere elastisk og frem for alt behovstilrettelagt besøghyppighed i nært samarbejde med familiens læge.

Formålet med forsøget var - i forbindelse med den forestående revision af lov nr. 85 af 31. marts 1937 om bekæmpelse af sygelighed og dødelighed blandt børn i det første leveår - at undersøge, om der var behov for et sådant udvidet tilsyn, og om det kunne være af betydning i det børneprofylaktiske arbejde.

I samarbejde med de praktiserende læger og det øvrige medicinalpersonale samt med de sociale institutioner skulle sundhedsplejersken ved besøg i hjemmene være disse behjælpelige med:

1. at fremme børnenes sundhed mest muligt - fysisk, psykisk og socialt*)
2. at gøre opmærksom på begyndende sygelige tilstande og andre afvigelser fra det normale og henvise til behandling så tidligt som muligt og
3. at indsamle materiale til belysning af behovet for at udvide sundhedsplejerskernes tilsyn til også at omfatte børnene over 1 år.

Forsøgene etableredes med indenrigsministeriets og de kommunale myndigheders tilslutning i følgende sundhedsplejerskeordninger:

København	fra den 1. januar 1960
Holbæk amt	fra den 1. april 1960

*) Bodil Dyhre: »Besøghyppighed«, tidsskrift for sygeplejersker 1960, pp. 367-372.

*) Jfr. W.H.O.'s definition af sundhed.

Esbjerg kommune fra den 1. juli 1961
Århus kommune fra den 15. august 1962
Århus amt fra den 1. september 1962

Forsøget planlagdes gennemført over en periode af ca. 5 år og udgifterne i forbindelse hermed kunne med indenrigsministeriets godkendelse refunderes med halvdelen, dog under forudsætning af, at det gennemførtes uden ansættelse af ekstra sundhedsplejersker.

I forbindelse med forsøgsordningen udarbejdede sundhedsstyrelsen nye journalformularer til brug for sundhedsplejerskens notater, måneds- og årsberetninger til indsamling af talmæssige oplysninger samt vejledning indeholdende retningslinier for tilsynet med børn over 1 år. Det skal bemærkes, at formularerne var velegnede til brug i enkelttilfælde, men at de viste sig at være mindre egnede til en statistisk opgørelse.

Af bl. a. økonomiske og personalemæssige grunde måtte forsøget begrænses til indsamling af praktisk-erfaringsmæssige resultater fra de i forsøget deltagende sundhedsplejersker og praktiserende læger, de pågældende ordningers ledende sundhedsplejerske, den stedlige embedslæge og de til ordningen knyttede pædiatriske konsulenter.

Resultaterne, der således hovedsagelig er baseret på en subjektiv vurdering, får derved begrænset værdi, men forsøget har alligevel i høj grad bidraget til og fremskyndet den udvikling, der har fundet sted i årene efter lov om sundhedsplejerskeordningers vedtagelse i 1963.

c. Erfaringer fra forsøget med sundhedsplejersketilsyn til familier med børn i alderen 0-3 år

1°. Forsøgsordningen uden for København, resumé. (Bilag nr. 10)

Af bilag nr. 10 fremgår, at 27 sundhedsplejersker deltog i forsøgsordningen uden for København. Af de indsendte indberetninger til sundhedsstyrelsen fremgår, at hjemmenes forståelse og interesse for det udvidede tilsyn til børn over 1 år har været meget positiv og stigende, efterhånden som forsøget indarbejdedes. Interessen synes at have været særlig stor i barnets andet leveår, hvor det går ind i en vanskelig periode, hvor der kan være problemer med kostsammensætning, renlighedsvaner, søvnvaner, tandhygiejne m. m.

Inddragelsen af børnene over 1 år i arbejdet har medført et øget behov for samarbejde med personer og institutioner, der medvirker i det profylaktiske børnearbejde, og dette synes i noget større omfang end tidligere at være blevet dækket; en opgørelse af antallet af henvisninger i 1965 til personer og institutioner fremgår af bilag nr. 10. Det har i Århus været en fordel, at sundhedsplejerskernes kontor var beliggende i socialkontorets bygning, idet denne placering fremmede en gensidig kommunikation mellem sundhedsplejerskerne og børne- og ungdomsværnet, familievejledningen, forsorgsafdelingen og sociallægeafdelingen.

Ved forsøgsperiodens begyndelse viste det sig vanskeligt at nedsætte antallet af besøg til børn i det første leveår, men 2-4 år efter forsøgets påbegyndelse viste årsberetningerne for 1965, at det samlede antal af besøg aflagt til børn i alle 3 leveår ikke overstiger antallet af besøg, der tidligere aflagdes til børn i første leveår; dog var der en klar tendens til en længere varighed af det enkelte besøg til børn over 1 år.

Sundhedsplejerskerne observerede, at kvaliteten af børnenes pleje og kost navnlig i socialt vanskeligt stillede hjem ikke sjældent aftager efter første leveår. Andre vanskeligheder har været søvn- og renlighedsproblemer samt en vis mangel på forståelse af værdien af at beskæftige børnene gennem leg og læsning. Sundhedsplejerskerne fandt ikke, at der var behov for at aflægge besøg til alle familier med børn over 1 år, men derimod væsentligt at fortsætte tilsynet til børn, som enten ikke er raske, eller som lever under utrygge forhold. Journaloplysninger for 1607 børn født i 1962 og under tilsyn i Århus kommune indtil første leveårs afslutning, viste således, at 14,7 % af børnene gav anledning til fortsat tilsyn på grund af et eller flere af følgende forhold: dårlig kost, dårlig pleje, dårlige sociale og familiemæssige forhold, legemlige afvigelser, adfærdsafvigelser og/eller forekomst af ulykkestilfælde i løbet af første leveår.

Samarbejdet med de praktiserende læger

Besøgene blev så vidt muligt foretaget i samarbejde med de praktiserende læger, men på grund af sundhedsplejerskeordningens distriktsvise inddeling var det vanskeligt for sundhedsplejerskerne at deltage i lægernes helbredsundersøgelser af børnene. Dette kunne kun gennemføres i Holbæk amt. Her medførte sam-

arbejdet med lægerne, at der opnåedes overensstemmelse mellem lægernes og sundhedsplejerskernes råd og vejledning, hvorved misforståelser hos forældrene kunne forebygges eller omgående rettes. Sundhedsplejersken kunne fremlægge eventuelle problemer vedrørende børnene for lægen, når forældrene ikke selv evnede dette, og sundhedsplejerskerne selv fandt det værdifuldt at kunne drøfte barnets eller familiens problemer med lægerne.

De pædiatriske konsulenters indtryk af forsøgsarbejdet var, at både hjem og sundhedsplejersker var interesseret i det udvidede tilsyn. De fandt det var unaturligt at holde op med besøgene ved 1 års alderen, hvor barnet går ind i en vanskelig periode med problemer på flere områder, medens det første leveår er et tidsrum uden større fysiologiske begivenheder.

Forsøget medførte en så stor arbejdsbyrde for sundhedsplejerskerne, at en eventuel permanent ordning måtte forudsætte enten ansættelse af flere sundhedsplejersker eller måske en strengere selektion foretaget i samarbejde med de praktiserende læger og institutioner m. v. **Konsulenterne fandt**, at arbejdet stillede store krav til sundhedsplejerskerne, der ofte manglede mulighed for at drøfte problemerne med særligt sagkyndige, ligesom de skønnede, at sundhedsplejerskerne måtte have større uddannelse i vejledning af forældre med handicappede børn.

2°. Forsøgsordningen i Københavns kommune, resumé af dr. Biering-Sørensens rapport (bilag nr. 11)

Forsøgsordningen i København, der som omtalt påbegyndtes den 1. januar 1960, omfattede ca. 10 % af alle nyfødte samt alle tvillinger. Børnene er fulgt med 3 besøg i andet leveår og 2 i tredje. Gennemsnitlig er ca. 400 børn af hver årgang fulgt regelmæssigt gennem de 3 første leveår.

Erfaringerne i Københavns kommune faldt stort set sammen med erfaringerne fra de øvrige forsøgsområder, både hvad angår vejledningens indhold, problemernes art og samarbejde udadtil, herunder med forskellige grupper af medicinalpersoner samt med de sociale institutioner.

I oktober 1966 påbegyndtes et samarbejde mellem Set. Josephs hospitals fødeafdeling og de københavnske sundhedsplejersker, således at samtlige førstegangsfødende, som skal føde

på afdelingen, får tilbud om et besøg af sundhedsplejersken før fødslen. I praksis sker samarbejdet på den måde, at den gravide ved den næstsidste svangerskabsundersøgelse på hospitalet spørges, om hun ønsker besøg af sundhedsplejersken før fødslen. I bekræftende fald sender hospitalet meddelelse herom til sundhedsplejerskeinstitutionen.

Formålet med samarbejdet er at skabe kontakt mellem sundhedsplejersken og den vordende moder, således at denne i givet fald ved, hvem hun skal henvende sig til straks efter hjemkomsten fra hospitalet. For sundhedsplejersken frembyder den tidlige kontakt bl. a. den fordel, at moderen på dette stadium er langt mere modtagelig for råd og vejledning end efter fødslen.

For at få et indtryk af hjemmenes interesse og behov for et udvidet tilsyn har sundhedsplejerskeinstitutionen udsendt ialt 784 spørgeskemaer, hvoraf de 449 er besvaret. Det fremgår af disse besvarelser, at 85 % af mødrene mener, at tilsynet burde udvides til andet og tredje leveår, navnlig skønnedes et udvidet tilsyn af betydning for alle førstegangsfødende. Som motivering herfor anførtes flere forhold, særligt at børnenes udvikling netop i denne alder ofte giver anledning til store vanskeligheder.

3. Sundhedsplejerskeordningens seneste udvikling Almindelige bemærkninger

I den p. 26 ff. beskrevne forsøgsordning erfarede man, som omtalt, at ikke alle hjem med børn i alderen 0-3 år har behov for støtte og vejledning af en sundhedsplejerske, idet hjemmenes viden om børns pleje og udvikling efterhånden er blevet betydeligt mere udbredt.

Behovene synes især at samle sig om hjem med det første barn og om den gruppe af familier - ca. 10—15 % — hvor børnene enten ikke er helt raske eller lever under forhold, der kan influere på deres fysiske og/eller psykiske udvikling, forhold, som også gør sig gældende udover barnets tredje leveår.

Som en konsekvens heraf er der med de lokale og centrale myndigheders tilslutning foretaget yderligere ændringer i sundhedsplejerskernes arbejdsområde og tilsynets omfang.

Generelt går ændringerne ud på en væsentlig indskrænkning af sundhedsplejerskernes vejledning i de hjem, hvor den ikke skønnes af

afgørende betydning for barnets udvikling, såvel i barnets første leveår som i de følgende, for til gengæld at udvide støtten til hjem, hvor børnenes helbredstilstand eller opvækstvilkår må antages at kompromittere en optimal udvikling. I de tilfælde, hvor det skønnes fornødent, vil barnet kunne følges, til det når skolealderen, hvor skolesundhedsplejen træder i funktion.

Ændringerne forudsætter en udvidet medvirken af de praktiserende læger, ligesom samarbejdet med de medicinske og sociale institutioner forudsættes yderligere udbygget.

Sundhedsplejerskearbejdet, som under for søget var begrænset til enten et vist antal distrikter inden for den pågældende ordning, eller til et procentvis udsnit af børnene, er eller bliver udvidet til at omfatte samtlige distrikter i de pågældende ordninger.

Opgavernes omfang og art samt arbejdets tilrettelæggelse varierer i de enkelte ordninger, afhængigt af disses udviklingsgrad og af samarbejdets udbygning såvel med de praktiserende læger som med andre medarbejdere i det børneprofylaktiske arbejde og med medicinske og sociale institutioner samt af personalesituationen i den pågældende sundhedsplejerskeordning.

a. Opgavernes nuværende omfang og art under forskellige forsøgsordninger

I det følgende er der givet en kort oversigt over arbejdets nuværende omfang og tilbud inden for disse ordninger.

Sundhedsplejersketilsynet i *Københavns kommune* omfatter for tiden besøg efter behov til alle spæde i første leveår. På grund af et nedadgående fødselstal har sundhedsplejersketilsynet fra 1. april 1968 kunnet udvides for visse kategorier af børn over 1 år. Således får alle førstegangsfødende tilbud om besøg også i andet leveår, og børn med handicap, eller hvis udvikling på anden måde er truet, kan følges længere, eventuelt helt til skolealderen.

Efter aftale med Set. Josephs hospitals fødeafdeling kan sundhedsplejersken allerede i slutningen af graviditeten aflægge besøg hos moderen og derved etablere en tidlig kontakt, hvilket har vist sig at være af værdi for det senere samarbejde med hjemmet.

Sundhedsplejersketilsynet i *Århus kommune* omfatter siden den 1. april 1966 og i *Århus amt* fra 1. april 1968 principielt alle familier med børn under skolealderen. Efter første

leveår videreføres tilsynet med børn, der skønnes at have eller kunne udvikle trivselsproblemer som følge af vanskeligheder i hjemmet, hvad enten disse er af fysisk, psykisk eller social art. Da sundhedsplejerskeordningen tillige omfatter skolesundhedsplejen, kan den sundhedsmæssige vejledning og støtte til børn med trivsels- eller udviklingsproblemer i førskolealderen videreføres i skolen, således at kontinuiteten i støtten til disse børn bevares.

Sundhedsplejerskeordningen i *Odense købstad* har fra 1. januar 1968 arbejdet efter følgende retningslinier: alle nyfødte bliver tilset som sædvanlig til 5 måneders alderen i tilslutning til helbredsundersøgelsen hos lægen. Skønnes besøg derefter ikke nødvendige, stilles de i bero indtil 12—14 måneders alderen, hvor samtlige besøges, dels for at vejlede generelt, dels for at få et skøn over barnets forhold med henblik på eventuelt fortsatte besøg, der træffes i samråd med lægen.

I *Sorø amt* er en omlægning af arbejdet gennemført efter samme retningslinier siden oktober 1968, i *Holbæk amt* fra 1. september 1969 og i *Vejle amt* er de indført ifra 1. oktober 1969. I *Silkeborg* og *Horsens* omfatter sundhedsplejerskearbejdet ligeledes børn udover det første leveår.

b. Arbejdets tilrettelæggelse

Forskellige steder gennemprøves — bl. a. som følge af manglende ansøgere til ledige sundhedsplejerskestillinger — nye arbejds- og organisationsformer med det formål at anvende det forhåndenværende sundhedsplejerskepersonale på en mere effektiv og hensigtsmæssig måde, dels ved at inddrage andet personale til opgaver, der ikke forudsætter en sundhedsplejerskeuddannelse, dels ved at kombinere vejledningen i hjemmene med stationsarbejde, de såkaldte sundhedsplejerskestationer, der som regel er etableret i skolens lægeværelse.

Ansættelse af andet personale til at bistå med opgaver, der ikke forudsætter en speciel videregående uddannelse, synes at være en løsning i forbindelse med sundhedsplejerskearbejdet i *skolesundhedsplejen*, hvor adskillige funktioner kan udføres af andre end en sundhedsplejerske. Herved frigøres en stor del af dennes arbejdskraft til så væsentlige opgaver som kontakten med hjemmene - hjemmebesøg - arbejde med børn, der har særlige problemer, kontakt med sociale institutioner, sundhedsvejledning m. v. En arbejdsfordeling af denne

karakter mellem sundhedsplejerske og sygeplejerske eller sekretær gennemprøves eksempelvis i følgende sundhedsplejerskeordninger: Horsens købstad, Brahetrolleborg, Allesø-Næsbymhoved-Brobj og i enkelte distrikter i Ålborg amt.

Hjemmebesøg kombineret med stationsbesøg er forsøgsvis etableret i enkelte områder med utilstrækkeligt sundhedsplejerskepersonale. Formålet har i første række været - igennem tid indvundet ved ikke at aflægge samtlige besøg i hjemmene — at give flest mulige familier med børn mulighed for ved besøg på en station at benytte sig af sundhedsplejerskens tilbud om vejledning. Denne form for tilrettelæggelse gennemprøves bl. a. i Korsør, Køge, Roskilde, Maribo og i Århus amt. I Korsør har sundhedsplejerskestationen til huse i en lejlighed, hvor også 3 af byens læger har konsultationslokaler, således at der her er skabt mulighed for direkte samarbejde mellem disse læger og sundhedsplejersken.

I Holbæk amt er fra 1. september 1969 indledt et samarbejde mellem sundhedsplejerskeordningen og *amtsskolelægen* om forebyggende småbørnstandpleje i hele amtet. Denne del af sundhedsplejen tilrettelægges som en blanding af hjemmebesøg og stationsarbejde (16 stationer på centralskolernes lægeværelse) og udføres af tandlægen bistået af tandplejeassistenter i samarbejde med sundhedsplejerskerne. Terminerne for tandplejekontakt er fastlagt til 5 måneder, 12-14 måneder og 3, 4, 5 og 6 år. Tre-års børnenes tandpleje skal foregå på station og foruden tandlægen og hans assistent vil også sundhedsplejersken være til stede. Sundhedsplejerskerne får på denne måde mulighed for at se alle 3 års-børnene og drøfte eventuelle problemer med forældre og tandlæge.

Inddragelsen af børn i forskolealderen og den beskrevne omlægning af sundhedsplejerskearbejdet, har yderligere nødvendiggjort *samarbejde med personer og institutioner* indenfor det social-medicinske område, især med de praktiserende læger.

Som tidligere omtalt er samarbejdet mellem læger og sundhedsplejerske blevet noget udbygget i forsøgsdistrikterne, men også i andre ordninger er en begyndende udbygning i gang. Således har flere læger og sundhedsplejersker spontant taget initiativ til mere eller mindre regelmæssige møder. Enkelte steder deltager endvidere hjemmesygeplejerske, jordemoder,

familievejleder, skoleleder, præst m. fl. a. Vedrørende social-medicinsk samarbejde henvises iøvrigt til amtslæge Vagn Christensens redogørelse fra forsøget i Ringkøbing amt nedenfor.

c. Forsøg i Ringkøbing amt med sundhedsplejersketilsyn til børn med særlige sundhedsmæssige problemer

Indtil 1966 havde alene købstæderne i Ringkøbing amt etableret sundhedsplejerskeordninger efter traditionelle retningslinier, medens sognekommunerne ikke havde nogen ordning.

I 1965 gennemførtes ved samarbejde mellem revalideringscentret i Herning og amtets overlægeråd en registrering af fødslerne på sygehuse, omfattende ca. 20 % af samtlige fødsler i amtet.

En gennemgang af disse indberetninger gav indtryk af, at et ikke ubetydeligt antal børn måtte antages at få trivsels- og udviklingsproblemer, som i større eller mindre udstrækning måtte antages at kunne afhjælpes ved besøg i hjemmet af en sagkyndig.

På dette grundlag etablerede Ringkøbing amtsråd i februar 1966 en sundhedsplejerskeordning for sognekommunerne med tilbud om sundhedsplejersketilsyn til den gruppe af børn, der formodedes at have særligt behov herfor. Området omfattede en befolkning på ca. 120.000 beboere med ca. 2.500 fødsler årligt. Der ansattes 4 sundhedsplejersker med 1 i hver af de 4 embedslægekredse, således at hver sundhedsplejerske betjener et distrikt med ca. 30.000 indbyggere og et årligt fødselstal på 500-700.

Samtidig ændredes efter aftale med de administrative myndigheder i købstæderne disses traditionelle sundhedsplejerskeordninger, således at besøgene hos børn uden sundhedsmæssige problemer nedsattes, medens børn med større behov kunne følges udover 1-års alderen. Med henblik på at yde sundhedsplejerskerne vejledning under omlægningen af arbejdet, koordinere registrering, kontakter, efteruddannelse m. v. samt til varetagelse af andre sundhedsmæssige opgaver ansattes en amts-sundhedsplejerske.

Aldersgrænsen for sundhedsplejersketilsynet var ved planlægningen fastsat til børnenes 3-års alder, men da erfaringerne efterhånden viste, at en del hjem havde behov for støtte og vejledning udover denne grænse, forhøjedes den i 1968 til skolealderen.

I Skjern købstad med ca. 6.000 indbyggere og ca. 100 årlige fødsler indførtes I 1968 en omlægning af arbejdet, hvorefter sundhedsplejersken tilser børn, der har særlige sundhedsmæssige problemer, såvel før som i skolealderen, dog således, at alle nyfødte besøges til 5-ugers alderen i tilslutning til helbredsundersøgelsen, hvor det efter aftale med lægen og forældrene afgøres, hvorvidt der er grund til at fortsætte besøgene.

Sundhedsplejerskeordningen i Ringkøbing amt omfatter således 3 former:

1. i *sognekommunerne* udelukkende sundhedspleje til børn under den skolepligtige alder, der har særlige sundhedsmæssige problemer
2. i *købstæderne* — med undtagelse af Skjern - generel sundhedspleje i første leveår med videreførelse af tilsynet indtil skolealderen i de tilfælde, hvor det skønnes fornødent
3. i *Skjern købstad* med besøg til alle nyfødte og derefter kun efter behov til børn under og i den skolepligtige alder.

Amtslægen i Ringkøbing har vedrørende forsøgsordningerne til udvalget afgivet en udførlig redegørelse (bilag nr. 12), hvoraf nogle hovedpunkter skal anføres:

Der lægges afgørende vægt på et nært samarbejde mellem barnets læge og sundhedsplejersken, og tilsyn etableres kun efter samråd med lægen.

I forsøgsperioden henvistes ialt 1639 børn, der fordeler sig således:

sognekommuner	1161	(12-13% af samtlige fødte)
købstæderne		
-5- Skjern	369	udover første leveår (6 % af samtlige fødte)
Skjern	109	udover femte leveage (heraf 48 af 94 fødte i forsøgsperioden)

Afslagsprocenten var omtrent den samme som under de traditionelle sundhedsplejerskeordninger (ca. 1 %).

De vigtigste årsager til henvisning til sundhedsplejersketilsyn var:

trivsels- og ernæringsproblemer,
for tidlig fødsel,

følger efter vanskelig fødsel,
medfødte misdannelser,
forsinket udvikling.

Hos halvdelen af de henviste børn fandt sundhedsplejersken, at der var misforhold mellem barnets behov for pasning og forældrenes mulighed for at yde denne.

Af de henviste børn er 603 udskrevet, da barnet ikke mere skønnedes at have behov for sundhedsplejersketilsyn, 25 er overgået til særforborg, og 34 er henvist til familievejledning.

Sundhedsplejerskerne har hos 15-20 % af klientelet taget initiativ til en tiltrængt lægelig behandling og hos 10 % til en påkrævet social behandling. Desuden har sundhedsplejerskerne overvåget, at givne lægelige ordinationer følges op, og om den sociale behandling har haft den tilsigtede virkning.

Hvor det drejer sig om børn med specielle handicap, har man etableret nær kontakt med specialinstitutioner, hvorved der synes at kunne skabes mulighed for i større udstrækning at behandle handicappede børn i hjemmet.

Da belastende miljøforhold spiller en afgørende rolle for hensigtsmæssig behandling af de sundhedsmæssige problemer, må sundhedsplejersken ikke alene have kontakt med barnets læge, men også med en række sociale og pædagogiske institutioner. Denne kontakt er søgt etableret ved, at der i hver af amtets 3 embedslægekredse holdes månedlige møder mellem sundhedsplejerske, praktiserende læge, familievejleder, *børneværnskonsulenter*, skolepsykolog, socialinspektør, mødrehjælp, embedslæge og eventuelt andre sagkyndige.

Som *konklusion* af forsøgets hidtidige forløb anføres, at sundhedsplejersketilsyn til børn med særlige sundhedsmæssige problemer indebærer store muligheder for, at sundhedsvæsenet i tide kan finde frem til de børn, der senere vil give sociale og/eller pædagogiske problemer. Derved skabes mulighed for iværksættelse af en alsidig social-medicinsk behandling, så at man kan undgå mange af de fejludviklinger, der kan forværre et tilstedeværende handicap.

For at opnå dette er det af afgørende betydning, at sundhedsplejerskens kontakt med de praktiserende læger udbygges, og at der ydes sundhedsplejersken tilstrækkelig støtte i form af et alsidigt sammensat »baggrundsteam« repræsenterende lægelig, social, pædagogisk og anden sagkundskab.

Efter de hidtidige erfaringer kan en sundhedsplejerske maksimalt betjene 15.000 indbyggere, men det bør formentlig tilstræbes, at områderne kun bliver på 10.000 indbyggere, af hensyn til en udbygning af det nødvendige samarbejde med de praktiserende læger og til, at der herved åbnes mulighed for, at sundhedsplejersken også kan tilse børn i skolealderen.

4. Sammendrag af sundhedsplejeordningens udvikling

Fra det oprindelige formål med sundhedsplejerskeordningen - at støtte hjemmene i deres bestræbelser for at sikre spædbørnenes sundhed (lovens § 1) - har udviklingen på forsøgsmæssig basis medført en væsentlig udvidelse af sundhedsplejerskens arbejdsfelt: kontakt med hjemmene før fødslen, besøg til hjem med børn indtil 3 år, senest udvidet til at omfatte børn op til den skolepligtige alder i de tilfælde, hvor særlige sundhedsmæssige problemer gør sig gældende.

Samtidig er der sket en omlægning af arbejdet fra en ret uelastisk besøgstilrettelæggelse til en sundhedspleje afstemt efter hjemmenes varierende behov. Endvidere har arbejdet, der i stigende grad samler sig om familier med børn, der har sundhedsmæssige problemer - ofte af sammensat natur - nødvendiggjort koordinering til og samarbejde med personer og institutioner indenfor det social-medicinske område, først og fremmest med de praktiserende læger. En udbygning af samarbejdet er i gang adskillige steder, men det direkte samarbejde mellem læge og sundhedsplejerske kunne formentlig forbedres ved større smidighed ved tilrettelæggelsen af sundhedsplejerskearbejdet, f. eks. ved bedre integrering af lægernes og sundhedsplejerskernes geografiske arbejdsområde, herunder ved et lokalemæssigt fællesskab

i lægehuse, efterhånden som der bliver mulighed herfor.

Som et eksempel på manglende integrering af lægernes og sundhedsplejerskernes arbejdsområde henvises til nedenstående oversigt over situationen i Odense marts 1970:

Samlet antal børn tilmeldt de enkelte sundhedsplejerskedistrikter i Odense og antallet af læger, der virker i disse distrikter, marts 1970¹⁾

Sundhedsplejerskedistrikt ²⁾	Samlet antal børn pr. distrikt	Samlet antal læger pr. distrikt
A	93	35
B	183	42
C	179	40
D	96	35
E	197	43
F	104	37
G	173	41
H	174	36
I	141	41
K	91	31
L	151	37
M	228	43
N	111	28
O	204	39
P	118	35
Q	80	23

¹⁾ Odense storkommune med undtagelse af de tidligere Fjordager og Lumby kommuner.

Børnetallene omfatter børn under 1 år og enkelte børn over 1 år. I området praktiserer ialt ca. 50 læger.

²⁾ Hvert distrikt betjenes af 1 sundhedsplejerske.

Som det fremgår af oversigten vanskeliggør den nuværende geografiske distriktsinddeling samarbejdet mellem læger og sundhedsplejersker, idet den enkelte sundhedsplejerske skal samarbejde med et meget stort antal læger, f. eks. med 23 i distrikt Q og 43 i hver af distrikterne E og M.

KAPITEL III

Personalesituationen

1. Sundhedsplejerskeordningens udbredelse

I henhold til loven er de enkelte kommuner frit stillet med hensyn til, om de vil gennemføre sundhedsplejerskeordninger, og som følge heraf har de fået en gradvis udbredelse, som vist i tabel 1.

Det ses, at der ved udgangen af 1940, knap 3 år efter lovens vedtagelse, var oprettet 115 stillinger i kommuner med 1.7 millioner indbyggere svarende til 44 % af befolkningen,

Ved udgangen af 1. O-året 1941-50 var antallet af stillinger vokset til 289, og ordningen dækkede områder med 66 % af befolkningen.

Efter skolelægeovens vedtagelse i 1946 vandt ordninger med kombination af spædbørns- og skolesundhedspleje indpas, og denne udvikling fortsatte i 10-års perioden 1951-60, således at der ved udgangen af 1960 var 385 stillinger, hvoraf 207 omfattede både spædbørns- og skolesundhedspleje mod 76 sådanne stillinger i 1950. Gennemførelsen af: sundhedsplejerskeordninger i nye områder var imidlertid i denne periode minimal, hvilket fremgår af, at den andel af befolkningen, der var dækket af sundhedsplejerskeordninger, kun steg 6 % mod 22 % i den foregående periode.

Årene 1961-68 viser en meget væsentlig stigning i antallet af sundhedsplejerskestillinger, fra 385 til 570, således at indbyggertallet i kommuner med sundhedsplejerskeordning svarer til 88 % af befolkningen. Denne udvikling er især sket i tiden efter 1963 og fortrinsvis på Fyn og i Jylland. Sundhedsplejerskeordningens amtsvise udbredelse fremgår af bilag 9, og det ses, at den pr. 31. december 1968 omfattede samtlige indbyggere i landet øst for Storebælt.

Kommuner, der vest for Storebælt endnu ikke ved udgangen af 1968 havde etableret en sundhedsplejerskeordning, omfattede på Fyn 77.000 indbyggere og i Jylland 503.000, svarende til 12,2 % af hele landets befolkning.

2. Personalesituationen

Som omtalt i det foregående er antallet af normerede stillinger steget stærkt, og da tilgangen af sundhedsplejersker ikke er forøget i samme omfang, er resultatet blevet en følelig mangel på sundhedsplejersker.

Manglen på sundhedsplejersker til dækning af de normerede stillinger har især været mærkbar i ordninger med spædbørnssundhedspleje

TABEL 1

Sundhedsplejerskestillinger samt antal indbyggere i kommuner med og uden sundhedsplejerskeordning i årene 1940, 1950, 1960 og 1968

År	Antal normerede stillinger		Antal indbyggere i kommuner			
	i alt	heraf kombineret med skolesundhedspleje	med sundhedsplejerskeordning		uden sundhedsplejerskeordning	
			i alt	%	i alt	%
1940	115	—	1.691.500	44	2.152.800	56
1950	289	76	2.830.000	66	1.451.300	34
1960	385	207	3.305.500	72	1.279.800	28
1968	570	335	4.279.400	88	580.600	12

samt i ordninger, hvor denne kombineres med skolesundhedspleje og eventuelt hjemmesygepleje.

Endvidere har manglen gjort sig gældende inden for den rene skolesundhedspleje, hvor man derfor beskæftiger sygeplejersker og personale uden sygeplejerskeuddannelse, sidstnævnte betegnet som sekretærer.

Endelig har der været en vis mangel på kvalificeret personale inden for andre arbejdsområder, hvor der beskæftiges sundhedsplejersker, f. eks. i tuberkulosesundhedsplejen og på undervisningsområdet.

I det følgende er der i tabellerne 2, 6, 7 og 8 givet en oversigt over det statistiske materiale, udvalget har tilvejebragt om de nævnte personalegrupper, bl. a. med henblik på beregning af sundhedsplejerskebehovet.

a. *Egentlige sundhedsplejerskeordninger*

Oplysningerne om personalet er indsamlet af sundhedsstyrelsens medicinalstatistiske afdeling, der har udarbejdet spørgeskemaer til tælling af personalekategorier pr. 22. april 1969. Spørgeskemaerne udsendes gennem embedslæger og skolelæger til udfyldelse af den enkelte sundhedsplejerske henholdsvis sygeplejerske eller anden medhjælp hos skolelægen. Det udsendte spørgeskema er aftrykt som bilag nr. 13.

I tabel 2 er vist det samlede antal personer, der på tællingsdagen var beskæftiget i egentlige sundhedsplejerskeordninger, d. v. s. ordninger

TABEL 2
Antal ansatte i egentlige sundhedsplejerskeordninger fordelt efter kategori og beskæftigelsens art den 22. april 1969

Beskæftigelsens art	Personalekategorier			Tilsammen
	Sundhedsplejersker	Sygeplejersker	Sekretærer	
Administrativt arbejde	13	1		14
Spædbørnssundhedspleje	176	42	1 ¹⁾	219
Kombineret ordning 288-)		5	-	293
I alt	477	48	1	526
	90,7	9,1	0,2	100

¹⁾ Klinikassistent på sundhedsplejerskestation.

²⁾ Heraf 6, der tillige virker som hjemmesygeplejerske.

med spædbørnssundhedspleje og ordninger, hvor denne arbejdsgrænse er kombineret med skolesundhedspleje og eventuelt hjemmesygepleje.

Det fremgår, at der på tællingsdagen var beskæftiget ialt 526 personer i egentlige sundhedsplejerskeordninger, heraf 477 sundhedsplejersker, 48 sygeplejersker og 1 sekretær uden sygeplejerskeuddannelse.

Endvidere ses, at et mindre antal sygeplejersker (48) var beskæftiget i ordninger, hvor ansættelsen i henhold til 1963-loven forudsætter, at de pågældende har gennemgået sundhedsple-

TABEL 3
Nonneret og faktisk ansat personale i egentlige sundhedsplejerskeordninger fordelt efter beskæftigelsens art og arbejdstid

Beskæftigelsens art	Norm. stillinger pr. 31/12-68	Faktisk ansat personale den 22. april 1969							I alt
		Sundhedsplejersker			Sygeplejersker			Sekrt.	
		fuldtid	deltid	i alt	fuldtid	deltid	i alt	deltid	
Administrativt arbejde	17	13	-	13	1	-	1	-	14
Spædbørnssundhedspleje	218	162	14 ¹⁾	176	35	7 ²⁾	42	1	219
Kombineret ordning	335	273	15	288	5	-	5	-	293
I alt	570	448	29 ¹⁾	477	41	7 ²⁾	48	1	526

¹⁾ Heraf 2 midlertidige afløsere.

²⁾ Heraf 3 midlertidige afløsere.

gerskeuddannelsen. Hovedparten (38) af disse sygeplejersker er imidlertid godkendt af sundhedsstyrelsen som sundhedsplejersker, idet deres ansættelse er sket i medfør af 1937-loven, 6 har fået midlertidig godkendelse, 1 virker som sygeplejerske på en sundhedsplejerskestation, og 3 er midlertidige ferie- og sygeafløsere.

I tabel 3 er det samlede antal normerede stillinger i egentlige sundhedsplejerskeordninger pr. 31. december 1968 sammenholdt med antallet af personer beskæftiget den 22. april 1969.

Det fremgår af tabel 3, at antallet af normerede stillinger pr. 31. december 1968 var ialt 570. De 5 stillinger, der er besat med midlertidige afløsere i spædbørnssundhedsplejen, jfr. note 1 og 2, er regnet som ubesatte stillinger, da det ikke er oplyst, om de på tællingsdagen vikarierede for sundhedsplejersker.

Af sundhedsplejerskegruppen var 448 fuldtidsbeskæftigede, medens 27 var deltidsansatte, svarende til 14 fuldtidsbeskæftigede, således at 462 af de 570 stillinger var besat med sundhedsplejersker.

Inden for sygeplejerskegruppen var 41 heltidsansatte og 4 deltids, svarende til 2 fuldtidsansatte, hvorefter ialt 43 af stillingerne var besat med sygeplejersker, hvoraf som nævnt hovedparten er godkendt som sundhedsplejersker.

Af tabel 4 fremgår herefter, hvor mange af de normerede stillinger, der var ledige på tællingsdagen.

Ifølge denne beregning var 65 (ca. 11 %) af de 570 normerede stillinger ledige, heraf 13 inden for spædbørnssundhedsplejen og 49 i de kombinerede ordninger.

Det er tidligere omtalt, at der i tiden efter 1963 er oprettet adskillige stillinger i nye områder, især på Fyn og i Jylland, ligesom antallet af stillinger i tidligere godkendte ordninger har måttet forøges som følge af befolkningstilvækst i de pågældende områder. Tabel

TABEL 4

Normerede og beregnet antal besatte og ubesatte sundhedsplejerskestillinger fordelt efter beskæftigelsens art

Beskæftigelsens art	Sundhedsplejerskestillinger			I pct. af normerede
	Normerede	Besatte	Ubesatte	
Administrativt arbejde. .	17	14	3	17,6
Spædbørnssundhedspleje	218	205	13	6,0
Kombineret ordning ...	335	286	49	14,6
I alt	570	505	65	11,4

5 viser, hvorledes antallet af ledige stillinger fordeles sig på de enkelte landsdele.

Manglen på sundhedsplejersker gør sig gældende over alt i landet, men er relativt størst på Fyn og i Jylland med henholdsvis 22 % og 14 %, medens den kun er omkring 8 % i landet øst for Storebælt. Af de ledende sundhedsplejersker var 9 amtssundhedsplejersker, jfr. lovens § 5, stk. 2, bilag nr. 8.

løvrigt må det antages, at personalesituationen har bedret sig noget siden tællingen, idet der i 1969 er uddannet et nyt hold sundhedsplejersker (27) samtidig med, at der kun er oprettet få nye stillinger.

b. Ordninger med skolesundhedspleje

Efter at lov om skolelæger af 12. juli 1946 var trådt i kraft den 1. april 1947, viste det sig, at der var en sådan mangel på såvel sundhedsplejersker som autoriserede sygeplejersker, at indenrigsministeriet måtte henstille til kommunerne, at disse personalekategorier indtil videre ikke søgtes ansat som heltidsbeskæftigede i skolesundhedsplejen. I stedet opfordredes kommunerne til midlertidig at ansætte anden medhjælp (klinikassistenter, kontoruddannede sekretærer etc.) jfr. indenrigsministeriets

TABEL 5

Normerede og ubesatte sundhedsplejerskestillinger fordelt efter landsdele

	Landet øst for Storebælt		Fyn		Jylland		Hele landet	
	norm.	ubesat	norm.	ubesat	norm.	ubesat	norm.	ubesat
Ledende sundhedsplejersker	7		2	1	8	2	17	3
Sundhedsplejersker.	293	24	39	8	221	30	553	62
I alt	300	24	41	9	229	32	570	65

cirkulære af 27. september 1948, aftrykt som bilag nr. 7. Sådanne ansættelser har fundet sted i betydeligt omfang.

I en række amtsråds kredse og købstæder er skolelægeordningen, som forudsat i lovens § 2, stk. 2, blevet gennemført i forbindelse med spædbørnstilsynet, således at de her beskæftigede sundhedsplejersker tillige virker som skolesundhedsplejersker, jfr. tabel 3.

Af tabel 6 fremgår antallet af personer beskæftiget inden for skolesundhedsplejen på tællingsdagen den 22. april 1969.

TABEL 6

Kategorier af skolelægens medarbejdere fordelt efter arbejdstid

Ren skolesundhedspleje	Personalekategorier			
	Sundhedsplejersker	Sygeplejersker	Sekretærer	I alt
Fuldtid	66 ¹⁾	70	12	148
Deltid	23	163 ²⁾	61 ³⁾	247
I alt	89	233	73	395
Kombineret ordning .	288	5	—	293
I alt	377	238	73	688

¹⁾ Heraf 1 ledende skolesundhedsplejerske.

²⁾ Heraf 37 sygeplejersker ansat i hjemmesygeplejen.

³⁾ Heraf 1 ansat som medhjælp for skolesundhedsplejerske.

lait var der på tællingsdagen beskæftiget 395 personer i ren skolesundhedspleje, heraf 89 sundhedsplejersker, 233 sygeplejersker og 73 sekretærer. Af dette personale var kun $\frac{1}{3}$ fuldtidsbeskæftiget, medens $\frac{2}{3}$ var deltidsansat.

Af de 233 sygeplejersker var 38 ansat i skolesundhedsplejen før skolelægeovens ikrafttræden eller før udsendelsen af indenrigsministeriets cirkulære af 27. september 1948. Disse sygeplejersker er godkendt som skolesundhedsplejersker, uanset at de ikke har gennemgået sundhedsplejerskeuddannelsen. Endvidere var 37 af sygeplejerskegruppen beskæftiget i hjemmesygeplejen, heraf 29 med faste hjemmesygeplejedistrikter og 8 afløser.

Udover det nævnte personale på 395 er endvidere beskæftiget 293 sundhedsplejersker i kombineret arbejde. Det samlede personale i skolesundhedsplejen bliver herefter 688, og heraf udgør sundhedsplejerskegruppen 55 % af skolelægens medarbejdere.

I henhold til skolelægeoven bør der til bistand for skolelægerne ansættes skolesundhedsplejersker. Dette er søgt gennemført ved oprettelse af sundhedsplejerskeordninger, der omfatter såvel spædbørns- som skolesundhedspleje. Som omtalt i kapitel II, side 24, er der i perioden 1961-1968 oprettet 185 nye stillinger, og 128 af disse vedrører ordninger med kombineret spædbørns- og skolesundhedspleje.

I tabel 4 er antallet af ubesatte stillinger i de kombinerede ordninger beregnet til 49, og denne andel af den konstaterede sundhedsplejerskemangel gør sig således tillige gældende i skolesundhedsplejen. Af de indsamlede oplysninger fremgår iøvrigt, at ca. halvdelen af landets skolebørn er omfattet af skolelægeordninger, hvortil der er knyttet sundhedsplejersker, medens der til den øvrige halvdel er knyttet sygeplejersker eller sekretærer.

Et forslag om en ændret tilrettelæggelse af sundhedsplejen i skolen, udarbejdet af et udvalg nedsat af undervisningsministeriet, kan forventes gennemført. Der henvises herom til kapitel V, hvor spørgsmålet om skolelægens medarbejder omtales. Der er derfor ikke, i forbindelse med beskrivelsen af personalesituationen i de gældende ordninger, foretaget en nærmere beregning af sundhedsplejerskemanglen i skolesundhedsplejen.

c. Sundhedsplejerskeordninger på Færøerne og i Grønland

Lov om sundhedsplejerskeordninger af 1963 er ved kgl. anordning af 7. december 1965 tilige sat i kraft på Færøerne, men ved udgangen af 1968 var der endnu ikke etableret sundhedsplejerskeordninger i henhold til loven.

Lov af 31. marts 1960 for Færøerne om skolelæger trådte i kraft den 1. april 1960 og skulle være gennemført inden den 1. april 1962. Af lovens § 2 fremgår, at der for hver skolelæge kan ansættes en skolesundhedsplejerske. I stk. 2 anføres: »Hvis en sådan ikke ansættes, kan anden medhjælp antages til at bistå skolelægen.«

Ved tællingen den 22. april 1969 var der på Færøerne beskæftiget 1 skolesundhedsplejerske og 8 sygeplejersker.

Grønland

Lovbestemmelser angående sundhedsplejerskeordninger og skolelægeordning findes ikke for Grønland. Sundhedsplejerskeordninger er dog søgt systematisk gennemført i den ud-

strækning, det har været muligt at skaffe sundhedsplejersker til denne del af riget.

I tabel 7 er vist antallet af personer beskæftiget i sundhedsplejerskeordningen i Grønland, april 1969.

TABEL 7

Personalekategorier ved sundhedsplejerskeordningen i Grønland fordelt efter beskæftigelsens art, april 1969

	Sundhedsplejersker	Sygeplejersker	Sekretærer	I alt
Administrativt arbejde . . .	1	—	—	1
Kombineret ordning . . .	5	1	1	7
Skolesundhedspleje . . .	—	2	—	2
I alt	6	3	1	10

Det fremgår, at der kun var beskæftiget 6 sundhedsplejersker i Grønland, heraf 1 ansat ved landslægeembedet som forstanderinde for syge- og sundhedsplejen.

Af landslægens beretning for 1966 fremgår, at der, som bistand til bekæmpelse af den høje spædbørnsdødelighed, er stort behov for at udbygge sundhedsplejerskeordningen. I 1966 var spædbørnsdødeligheden 63,4 pr. 1000 levende-fødte børn i Grønland, medens den i det øvrige Danmark på samme tid kun var 16,9. I denne forbindelse anføres i beretningen: »Man håber, at den påbegyndte koncentration af befolkningen i forbindelse med bedre levevilkår efterhånden vil medvirke til en nedgang i børnedødeligheden. Ligeledes ville en udbygning af sundhedsplejerskeordningen utvivlsomt kunne reducere børnedødeligheden i betydelig grad. Tilgangen af sundhedsplejersker har imidlertid svigtet næsten totalt. Årsagen hertil må sikkert ses i sammenhæng med den almindelige mangel på sundhedsplejersker, der gør sig gældende også i Danmark.«

d. Andre arbejdsområder inden for syge- og sundhedsplejen

Sundhedsplejerskevirksomhed er ikke nødvendigvis forbeholdt spædbørns- og skolesundhedsplejen. Længe før loven af 1937 indførte betegnelsen »sundhedsplejerske«, var sygeplejersker engageret i forebyggende arbejde inden for tuberkulosebekæmpelsen, hvor de skabte og udformede det første sundhedsplejerskearbejde her i landet.

Efter oprettelsen af sundhedsplejerskeuddannelsen i 1938 har det været praksis at ansætte sygeplejersker med sundhedsplejerskeuddannelse til at deltage i det profylaktiske arbejde med dets mangesidede problemer i tuberkulose-ramte hjem.

Uddannelsen af sundhedsplejersker ved Danmarks Sygeplejerskehøjskole kræver ansættelse af lærerpersonale med sundhedsplejerskeuddannelse. Sundhedsplejersker medvirker ved både den teoretiske og praktiske undervisning, ligesom uddannelsen forestås af en sundhedsplejerskeuddannet undervisningsleder.

Ved sygeplejerskolerne har der endvidere vist sig et vist behov for ansættelse af sundhedsplejersker med den opgave at bistå med sundhedsplejens integrering i sygeplejeuddannelsen.

Som følge af sundhedsstyrelsens vejledende og tilsynsførende opgaver vedrørende sundhedsplejerskeordninger har der i styrelsen siden 1956 været oprettet en stilling for en sundhedsplejerske, hvis arbejdsområde omfatter samtlige sager og forhold vedrørende sundhedsplejerskearbejde og tilsyn med virksomheden.

Endelig har sundhedsplejerskeuddannelsen vist sig at være en velegnet kvalifikation for deltagelse i udførelsen af opgaver, der falder ind under sundhedskommissioners område. Således er en sundhedsplejerske ansat ved stads-lægeembedet i København og har som arbejdsområde bl. a. tilsyn med børneinstitutioner, private skoler, bistand i sager vedrørende smitsomme sygdomme m. m., og 4 sundhedsplejersker er ansat ved plejetilsynet under Københavns magistrats III afdeling, hvor de bl. a. udøver tilsyn med ældre i eget hjem samt med ældre indlagt i private plejeinstitutioner.

Oplysninger om sundhedsplejersker beskæftiget i disse arbejdsområder er indsamlet igen-

TABEL 8

Sundhedsplejersker ansat i andre arbejdsområder inden for syge- og sundhedsplejen fordelt efter arbejdssted

	Sundhedsplejersker
Tuberkulosestationer	28
Danmarks Sygeplejerskehøjskole	7
Stadslægeembedet m. v.	6
Sygeplejerskoler	12
I alt	53

nem spørgeskemaer udsendt til de pågældende institutioner til udfyldelse af den enkelte sundhedsplejerske. Antallet af sundhedsplejersker fremgår af tabel 8.

3. Sundhedsplejerskemangelens størrelse

a. Stillinger i spædbørnssundhedsplejen

I henhold til gældende retningslinier »Vejledning og instruktion vedrørende sundhedsplejerskeordningen« af 1961 (bilag nr. 14) vil en sundhedsplejerske i byerne kunne tilse maksimalt 200 spædbørn og på landet efter befolkningstæthed, 150-180 spædbørn med gennemsnitligt 12 besøg pr. barn pr. år.

Som vist i tabel 4 var antallet af ledige stillinger inden for denne arbejdsgrænse beregnet til 13.

b. Stillinger i kombinerede ordninger

I ordninger med kombination af spædbørns- og skolesundhedspleje sættes almindeligvis 1 spædbarn = 10 skolebørn og en sundhedsplejerske kan på den måde i et bydistrikt f. eks. højst tilse 100 spædbørn og 1.000 skolebørn, medens hun i et landdistrikt kun kan tilse et noget mindre antal.

Inden for de kombinerede ordninger var antallet af ledige stillinger, jfr. tabel 4, beregnet til ialt 49.

c. Stillinger i administrativt arbejde

Som omtalt bemyndiger 1963-loven kommunalbestyrelserne — fortrinsvis amtsrådene — til at ansætte sundhedsplejersker med det formål at varetage planlægning, koordination og instruktion vedrørende sundhedsplejerskeordningen.

Ved udgangen af 1968 var 17 sådanne stillinger oprettet, og heraf var 3 ledige.

d. Stillinger ved sundhedsplejerskeordninger på Færøerne og i Grønland

I foråret 1969 godkendte indenrigsministeriet oprettelse af en sundhedsplejerskestilling i Thorshavn omfattende ca. 270 af de ialt 950 fødsler på Færøerne. Ved årets udgang var stillingen endnu ikke besat.

Antallet af normerede stillinger på Grønland er ifølge oplysning fra Ministeriet for Grønland ialt 13. Ved tællingen i foråret 1969 var 5 stillinger besat, således at manglen på Grønland for tiden udgør 8 sundhedsplejersker.

På tæOlingsdagen den 22. april 1969 har man herefter konstateret, at 65 godkendte stillinger i Danmark og 9 på Færøerne og i Grønland var ubesatte.

e. Andre områder inden for syge- og sundhedsplejen

I afsnit 2 d foran er givet en kort redegørelse for sundhedsplejerskers virksomhed inden for arbejdsområder, hvor ansættelsen enten er betinget af, at pågældende er uddannet sundhedsplejerske, eller hvor uddannelsen, uden at være et krav, er ønskelig for arbejdets udførelse.

Det fremtidige behov for sundhedsplejersker til flere af disse arbejdsområder vil muligvis være stigende. Dette gælder Danmarks Sygeplejerskehøjskole, som i efteråret 1969 har åbnet en afdeling i København, hvor sundhedsplejerskeuddannelsen ventes etableret fra efteråret 1970.

Endvidere må det antages, at sygeplejeskolerne og plejetilsynet i stigende grad vil ansætte sundhedsplejersker. Derimod er det sandsynligt, at behovet inden for tuberkulosebekæmpelsen vil være dalende som følge af den fortsatte nedgang i tuberkuloseforekomsten og i antallet af hjemmeboende smittefarlige tuberkulosepatienter.

4. Beregnet afgang af sundhedsplejersker

Den nødvendige tilgang af sundhedsplejersker vil iøvrigt - udover til dækning af den konstaterede sundhedsplejerskemangel — være afhængig af det frafald, der kan tilskrives afgang på grund af alder, ægteskab, sygdom, ophold i udlandet, samt ansættelser i arbejde uden for de typiske sundhedsplejerskeområder.

I bilag nr. 15 er vist antallet af sundhedsplejersker uddannet ved Danmarks Sygeplejerskehøjskole i årene 1938-1968 fordelt efter beskæftigelse.

Oplysningerne omfatter ialt 879 sundhedsplejersker, hvoraf 872 har gennemgået sundhedsplejerskeuddannelsen ved Danmarks Sygeplejerskehøjskole i årene 1938-1968, 2 har anden tilsvarende godkendt uddannelse og 5 har sundhedsplejerskeuddannelse fra henholdsvis Norge, Finland, U.S.A. og Frankrig.

Af de 872 uddannede ved Danmarks Sygeplejerskehøjskole er 619 (71 %) aktive i typisk sundhedsplejerskearbejde, idet de 7 med anden tilsvarende uddannelse ikke er medregnet i tabel 9.

TABEL 9
Afgangen af sundhedsplejersker uddannet i årene 1938-1968 ved
Danmarks Sygeplejerskehøjskole

Uddannelsesår	Antal sundhedsplejersker				
	Uddannet I alt	Afgået I alt	Afgået i pct. af uddannede	Gennemsnitlig antal funktionsår	Gennemsnitlig årlig afgang i pct. af uddannede
1938-40.....	60	23	38	29	1.3
1941-50.....	361	118	33	24	1.4
1951-60.....	261	62	24	14	1.7
1961-68.....	190	50	26	4	6.5
1938-68.....	872	253	29	15	1.9

Det ses, at frafaldet var ialt 253 (29 %) sundhedsplejersker, heraf 78 aktive; uden for det typiske sundhedsplejerskearbejde, 106 passive, 11 døde og for 58 sundhedsplejersker foreligger ingen oplysninger.

Af tabel 9 fremgår den procentvise årlige afgang af uddannede sundhedsplejersker.

Den konstaterede afgang af sundhedsplejersker fra det typiske sundhedsplejerskearbejde viser, at der i hele perioden er afgået ialt 253 sundhedsplejersker eller 29 % af samtlige uddannede svarende til 1,9 gennemsnitlig pr. år i pct. af de uddannede. For de sidst uddannede i årene 1961-68 betyder afgang til »passive« forholdsvis meget. Det er tænkeligt, at der heriblandt findes enkelte sundhedsplejersker, der senere vil genindtræde i arbejde (f. eks. opført på grund af børnefødsler).

Afgang som følge af opnået pensionsalder har endnu ikke kunnet gøre sig nævneværdigt gældende. Alderen ved uddannelse til sundhedsplejerske ligger i reglen under 30 år, således at kun et fåtal hidtil har kunnet fratræde på grund af alder.

I de kommende år vil afgang på grund af alder imidlertid være forholdsvis stor, hvilket fremgår af tabel 10, der viser aldersfordelingen for sundhedsplejersker og sygeplejersker beskæftiget i sundhedsplejerskeordninger.

Regner man med en pensionsalder på 65 år, vil det sige, at der inden 1974 alene på grund af alder vil afgå 72 sundhedsplejersker og 73 sygeplejersker eller ca. 15 fra hver gruppe pr. år. I den næste 5-års periode vil afgang pr. år være 21 sundhedsplejersker og 10 sygeple-

jersker, medens den i tredje periode vil være henholdsvis 27 og 7. Løvrigt fremgår det af aldersfordelingen, at 313 (50 %) af sundhedsplejerskerne og 158 (54 %) af sygeplejerskerne er 50 år og derover, således at en meget stor del af personalet tilhører de ældre aldersgrupper.

De andre afgangsårsager: ægteskab, andet arbejde uden for sundhedsplejen, ophold i udlandet m. m., har i 5-års perioden 1963-67 vist sig at være gennemsnitlig 10 om året. I fremtiden vil dette tal muligvis stige til ca. 15, jfr. det store frafald af sundhedsplejersker uddannet i årene 1961-68, som vist i tabel 9.

TABEL 10
Sundhedsplejersker og sygeplejersker
beskæftiget i sundhedsplejerskevirksomhed
pr. 22. april 1969 fordelt efter alder

Alder	Sundheds- plejersker		Syge- plejersker		Tilsammen	
	I alt	pct.	I alt	pct.	I alt	pct.
25-29 år..	19	3.0	12	4.1	31	3.3
30-34 år..	58	9.3	23	7.9	81	8.9
35-39 år..	71	11.3	29	9.9	100	10.9
40-44 år..	62	9.9	34	11.6	96	10.5
45-49 år..	103	16.5	36	12.3	139	15.1
50-54 år..	136	21.7	37	12.7	173	18.8
55-59 år..	105	16.8	48	16.4	153	16.7
60-64 år..	66	10.5	57	19.5	123	13.4
65 og over	6	1.0	16	5.5	22	2.4
I alt	626	100	292	100	918	100

KAPITEL IV

Sundhedsplejerskeordningen i nogle fremmede lande

Der findes så vidt det er udvalget bekendt ingen udenlandske ordninger med et område, der nøje svarer til den danske ordnings opgaver. Oversigten omfatter derfor ordninger med sundhedspleje til børn, men som tillige har andre opgaver.

1. Sverige

Lenene og de større byer skal oprette organisationer med den hovedopgave at forebygge sygdom og insufficiens tilstande hos kvinder før og efter fødsel og børn indtil skolealderen. Bestemmelser om denne mødre- og børnesundhedspleje findes i socialstyrelsens normalreglement af 13. juni 1969. Herefter udøves ledelsen af virksomheden af lenenes og de større byers sygeplejestyrelser, der en gang om året indsender beretning til socialstyrelsen.

Mødresundhedsplejen udøves enten fra et center knyttet til en gynækologisk - obstetrisk afdeling, ledet af den pågældende afdelings overlæge eller assisterende overlæge, eventuelt anden specialist, eller fra centre ledet af embeds- eller anden læge. En eller flere jordemødre eller distriktssköterskor med særlig uddannelse i svangerskabshygien medvirker i arbejdet.

Børnesundhedsplejen udøves fra centre, der enten er tilknyttet til en sygehusafdeling for børnesygdomme og ledes af dennes overlæge eller assisterende overlæge eller anden læge med specialistuddannelse eller centre, som er ledet af embeds- eller anden læge. Sidstnævnte centre kan, hvis det findes hensigtsmæssigt, kombineres med mødresundhedsplejen udenfor sygehuse. Børnesundhedsplejens virksomhed omfatter først og fremmest forebyggelse samt kontrol med børnenes fysiske og psykiske sundhed, endvidere indgår forholdsregler, der tager sigte på en tidlig opdagelse af fejl i udviklingen eller tilstande, der medfører eller kan medføre

handicap. Centrene skal sørge for, at konstaterede afvigelser gøres til genstand for lægelige og sociale foranstaltninger. Også børneandpleje indgår i centrenes virksomhed. Lægeundersøgelse af børnene finder sted 4 til 7 gange i første leveår, 2 gange i andet leveår og 1 gang om året i de følgende år indtil skolealderen, løvrigt finder der en omfattende virksomhed sted i centrene: undervisning af forældre i spørgsmål af betydning for barnets pleje og opdragelse, vaccinationer, henvisning til speciallæge, ligesom der er konsultation hos læge og distriktssköterska. Distriktssköterskan skal særligt have opmærksomheden henvendt på børnenes udvikling og trivsel og skal ved hjemmebesøg gøre sig fortrolig med børnenes forhold i hjemmet. Ved samtaler med forældrene skal hun være rådgivende i spørgsmål om børnenes almindelige fysiske og psykiske trivsel og sikre sig, at givne forskrifter forstås og følges. Hun bør oplyse forældrene om forholdsregler til forebyggelse af ulykkestilfælde og skal være opmærksom på, om barnets udsættes for vanrøgt eller fysisk eller psykisk mishandling. Distriktssköterskan skal snarest muligt foretage hjemmebesøg hos de nyfødte og være særlig opmærksom på de for tidligt fødte eller på børn under mindre gode hygiejniske eller sociale forhold. Hvis hun konstaterer uheldige forhold, skal hun snarest underrette centrets læge og drøfte spørgsmålet med ham.

Centrene bør i så stor udstrækning som muligt samarbejde med andre institutioner og herunder udveksle oplysninger med bl. a. sygehuses fødeafdelinger. Hvis mor eller barn flytter til et andet centers område skal journalmaterialet overlades dette, og når barnet kommer i skole skal journalmaterialet overlades skolesundhedsplejen. Lederne af mødre- og børnesundhedsplejecentrene skal årligt afgive beretning om virksomheden til sygeplejestyrelsen.

For distriktssköterskorna er udsendt en sær-

lig instruks, normalinstruktion för distriktssköterska, udsendt af medicinalstyrelsen den 30. juli 1964. Herefter ansættes distriktssköterskan af sygeplejestyrelsen; hendes opgaver er at udøve almindelig sundhedsoplysende virksomhed, at medvirke i den forebyggende sundhedspleje for mødre og børn samt i skolesundhedsplejen, at udøve sygepleje i hjemmene og i egen konsultation, at medvirke i bekæmpelsen af smitsomme sygdomme, at virke for bolighygiejne samt iøvrigt at bistå syge, rekonvalescenter, handicappede og alkoholskadede. Den rådgivende og oplysende virksomhed i sundhedsspørgsmål skal udøves både over for større befolkningsgrupper, familier og enkelte personer, herunder børn, voksne og ældre. Hun har beføjelse til at ordinere visse hjælpemidler for handicappede og skal føre journal samt indsende månedsberetning til lenskontoret. Socialstyrelsen har oplyst, at tidligere gældende bestemmelser om statstilskud til ordningen er ophevet.

2. Norge

Grundlaget for arbejdet i Norge er lov af 28. juni 1957 om helsesøstertjeneste med ændringer ved lov af 8. marts 1963. Herefter skal til bistand for de offentlige læger i det sygdomsforebyggende sundhedsarbejde indføres offentlig helsesøstertjeneste. Etableringen og ledelsen af tjenesten hører under vedkommende fylkeskommune, i Oslo og Bergen under bykommunen. Fylkeslægen fører det overordnede tilsyn med tjenesten, men der kan ansættes en særlig fylkeshelsesøster til bistand for fylkeslægen. Helsesøstertjenesten skal knyttes til lægedistrikterne; fylket kan ansætte helsesøstre, som ikke er knyttet til noget fast distrikt. Stads- eller distriktslægen er helsesøsterens nærmeste overordnede. I alle fylker er ansat ledende helsesøstre, i 2 fylker er tillige oprettet stillinger for assisterende fylkeshelsesøstre.

Helsesøsterens arbejdsområde er oplysende og rådgivende virksomhed for at fremme befolkningens sundhedstilstand, dels ved foranstaltninger til forbedring af omgivelseshygiejnen, dels med sigte på den personlige hygiejne hos mødre og børn, unge og andre udsatte grupper af befolkningen. Socialdepartementet kan godkende, at helsesøstertjenesten kombineres med anden sundhedstjeneste. Helsesøstre ansættes af fylkeskommunen, i Oslo og Bergen af kommunalbestyrelsen på grundlag af indstilling fra embedslægen. De ansættende

kommuner skal etablere kontor med udstyr og udrede udgifterne hertil; staten kan yde tilskud til udgifterne. Arbejdet er adskilt fra hjemme-sygeplejen, der har administration fælles med husmoderafløsningen.

3. Finland

Grundlaget for arbejdet er loven om kommunale halsosystrar af 31. marts 1944, hvorefter enhver kommune i sin tjeneste bør have uddannede halsosystrar. Deres virksomhed ledes af et kommunalt udvalg (hålsovårdsnämnd) under amtslægens overtilsyn. Udvalget kan udpege en læge i kommunens tjeneste som leder, og amts-halsosystrar aflønnede af staten kan ansættes som bistand for amtslægerne i dette arbejde.

Halsosystrarnas opgaver er rådgivning med hensyn til sundheds- og boligforhold, omsorg for børn under og i skolealderen, tuberkulose-sundhedspleje samt de grene af forebyggende sundhedspleje, som iøvrigt pålægges hende; i landkommunerne tillige rådgivning i sygdomstilfælde og varetagelse af egentlig sygepleje, hvis tilfredsstillende pleje i det enkelte tilfælde ikke kan udføres på anden måde.

Indenrigsministeriet nedsatte i 1967 et udvalg, der i juni 1969 har afgivet en betænkning. Denne konstaterer, at man i de sidste 20 år først og fremmest har lagt vægt på udbygningen af sygehusvæsenet. Man foreslår oprettelsen af helsecentraler til betjening af alle aldersgrupper i samfundet såvel med forebyggende sundhedspleje som sygepleje og den lægelige revalidering. Det foreslås, at virksomheden ledes og overvåges af amtsrådene under medicinalstyrelsens overopsyn, under amtsrådene foreslås oprettet et centralt organ for amtets virksomhed vedrørende sundheds- og sygepleje, tandpleje, social forsyng og veterinærmedicin. Der foreslås oprettet helsecentraler for hver 10-20.000 indbyggere. Det anføres, at en forsvarligt organiseret sundheds- og sygepleje virksomhed i et sådant område forudsætter et personale på ca. 50 personer, nemlig 3-4 læger, 2-3 tandlæger, 1 dyrlæge, 8 halsosystrar og jordemødre, 8 sygeplejersker, 3-4 laboratorieassistenter, 2 røntgensygeplejersker, 1-2 fysioterapeuter, 2 tandplejeassistenter, 1-2 helseinspektører samt 14-15 personer til administrationen. I betænkningen regnes med en 2-årig periode til forberedelse af ordningen.

Kun i de større byer findes for tiden **hålsø-**systrar inden for specialområderne, medens arbejdet i de fleste andre kommuner er kombineret med hjemmesygepleje.

4. England

Grundlaget for sundhedsplejerskeordningen er § 24 i National Health Service Act fra 1946, hvorefter det påhviler de stedlige sundhedsmyndigheder at træffe foranstaltninger til aflæggelse af besøg i hjemmene af »Health Visitors« (sundhedsplejersker) med henblik på rådgivning vedrørende pleje af småbørn, syge og kvinder før og efter fødsel samt med henblik på at træffe de nødvendige foranstaltninger til at forhindre udbredelse af smitsomme sygdomme. Ved § 11 i Health Services Act and Public Health Act fra 1968 blev det tilladt de stedlige sundhedsmyndigheder at organisere arbejdet således, at det kan udføres uden for hjemmene. Sundhedsministeriet, siden 1968: Department of Health and Social Security, har i november 1968 udsendt en beskrivelse af sundhedspleje og hjemmesygepleje (Health Visiting and Home Nursing Services): sundhedsplejersker er sygeplejersker, (State registered nurses) der har gennemgået kursus i obstetrisk sygepleje samt uddannelse som sundhedsplejerske og derefter har modtaget godkendelse som sundhedsplejersker. De beskæftiger sig med familiens sundhed og spiller en væsentlig rolle i sundhedsoplysningen. Særlig vægt lægges på tidlig opdagelse af abnormiteter hos børn, adfærdsvanskeligheder, hjælp til vanskeligt stillede familier og handicappede og ældres behov. Sundhedsplejersker arbejder i nær forbindelse med læger i almen praksis og et stigende antal er direkte knyttet til almen praksis. Der består en snæver forbindelse til sygehusene, særligt på de pædiatriske og geriatiske områder.

Hjemmesygeplejen kan udføres både i og uden for hjemmene af sygeplejersker eller sygehjælpere, mandlige eller kvindelige. En væsentlig opgave er pleje af ældre og kronisk syge, pleje af syge børn i hjemmene samt pleje af patienter, der er udskrevet fra kirurgiske afdelinger. Visse steder omfatter arbejdet tillige forberedelse til hospitalsindlæggelse.

Udgifterne ved sundheds- og hjemmesygeplejen påhviler de stedlige sundhedsmyndigheder, d. v. s. de 57 amtsråd og 80 byråd samt de 32 London Boroughs.

Department of Health and Social Security har i de senere år lagt megen vægt på et samarbejde mellem sundheds- og hjemmesygeplejersker og de praktiserende læger både i enkeltmandspraksis, i gruppepraksis og i health centers. I april 1969 er udsendt en rapport: Nursing Attachments to General Practice på grundlag af et omfattende materiale indhentet fra 50 by- og amtsråd. Det viste sig, at 42 af disse havde etableret tilknytningsordninger omfattende enten sundhedsplejersker eller hjemmesygeplejersker, heraf 30 omfattende begge grupper. Der var dog store forskelle, idet flertallet af amter og 1/3 af byerne havde ordninger omfattende begge grupper, 1/3 af byerne havde ordninger kun omfattende tilknytning af sundhedsplejersker til lægerne og 1/3 af byerne havde ingen tilknytningsordninger. I halvdelen af områderne var 1/3 eller mindre af de praktiserende læger indgået i tilknytningsordninger og i den anden halvdel af områderne var 2/3 eller flere af de praktiserende læger med. Som ulemper ved ordningen anførtes, at der blev aflagt færre hjemmebesøg, der var mindre personlig kontakt med børnene i health centres og skolerne, mindre kontakt mellem hjemmesygeplejersken og distriktet og opsporingen af nye familier i området var langsommere. (Folkeregistre findes ikke overalt). Som fordele anføres følgende: Et flertal af de adspurgte angav, at tilknytningsordningerne var til fordel for patienterne. Ordningen medførte, at både læger og sygeplejersker i højere grad kunne udnytte deres viden og arbejdskraft, og man opnåede bedre overensstemmelse mellem lægers og sygeplejerskers rådgivning, ligesom begge grupper gennem samarbejdet fik større viden om patienterne. Kun ¼ af de adspurgte havde måttet forøge antallet af sygeplejersker og lidt mere end halvdelen havde fået højere udgifter, bl. a. løn- og befordringsudgifter, men den almindelige opfattelse var, at fordelene for både patienter og sygeplejersker opvejede udgifterne.

Samarbejdet mellem alment praktiserende læger, sundhedsplejersker og hjemmesygeplejersker i tilknytningsordninger finder næsten fuldstændig tilslutning hos alle berørte parter, herunder patienterne. Et tilfredsstillende samarbejde mellem de stedlige sundhedsmyndigheder og de alment praktiserende læger er mere effektivt indenfor ordninger end udenfor disse. Tilknytningsordninger forhøjer arbejdsglæden, ikke mindst hos sundhedsplejerskerne.

Samarbejdet med de alment praktiserende læger udvider sundhedsplejerskernes og hjemme-sygeplejerskernes område med arbejde, som bedre svarer til sygeplejerskernes uddannelse end til lægernes; på den anden side kan en del af sygeplejerskernes arbejde udføres af sygehjælpere. Endelig anføres, at integrationen af læge- og sygeplejerskearbejdet samt adgangen til udveksling af oplysninger gør det muligt at finde frem til ikke hidtil erkendte behov hos patienterne.

De adspurgte fandt, at forudsætningerne for heldig gennemførte tilknytningsordninger især var: omhyggelig planlægning samt forudgående drøftelser mellem de implicerede parter, samarbejdsevner og forståelse for de øvrige gruppers opgaver. Hertil kom adgang til hensigtsmæssige lokaler, f. eks. i health centres,

Ved udsendelsen af rapporten til alle amts- og byråd understregedes, at ministeriet lagde megen vægt på, at arbejdet med oprettelse af tilknytningsordninger blev fremmet.

KAPITEL V

Udvalgets forslag

1. Formål med sundhedsplejerskeordningen

a. Hovedformål med ordningen ud fra en helhedsvurdering

Som beskrevet i kapitel II har sundhedsplejerskeordningen ændret sig væsentlig, især i de senere år, hvor udviklingen har medført en udvidelse af dens virkefelt tillige med en ændring af dens perspektiver og dens arbejdsmetoder, en udvikling, som afspejler sig i de formuleringer, der er givet af sundhedsplejerskeordningens formål.

I 1937 var formålet domineret af bekæmpelsen af den høje spædbørnsdødelighed. Overensstemmende hermed blev formålet ifølge loven af 31. marts 1937 »at bekæmpe sygelighed og dødelighed blandt børn i det første leveår« med opgaver af overvejende hygiejnisk-sundhedspræget sigte.

Den følgende udvikling med aftagende hyppighed af mange sygdomme i forbindelse med en stigende erkendelse af de miljøbetingede faktorerers indflydelse på børnenes sundhedstilstand medførte, at sundhedsplejerskernes indsats fra hovedsageligt at være koncentreret om barnet udvidedes til barnets familie og dennes daglige livsvilkår.

De seneste år har været præget af en stigende differentiering i såvel opgaver som serviceforanstaltninger på det sociale og sundhedsmæssige område.

Af socialreformkommissionens 1. betænkning fremgår således (side 60): »Medens de sociale foranstaltninger tidligere omfattede nogle forholdsvis skarpt afgrænsede mindretalsgrupper (fattige og visse handicappede), er udviklingen gået i retning af, at foranstaltningerne nu i princippet står til rådighed for hele befolkningen uafhængig af økonomisk transgbødmmelse, ligesom handicap - kriterierne er blevet betydeligt mindre skarpe.«

På sundhedsvæsenets område forudsætter en

øget sygehusfunktion en intensiv udnyttelse af de sundhedsmæssige foranstaltninger uden for sygehusene, først og fremmest de praktiserende læger og speciallæger. Som følge af de forbedrede og friere sociale behandlings- og service-tilbud til befolkningen får de praktiserende læger øgede sociale og medicinske behandlingsmuligheder, der igen forudsætter et udvidet samarbejde mellem praktiserende læger og sundhedsplejerske- og hjemmesygeplejeordningen. Et udvidet samarbejde mellem disse grupper åbner således ændrede perspektiver med hensyn til nye opgaver i sundheds- og sygeplejen uden for sygehusene.

I overensstemmelse med en sådan forventet udvikling og de muligheder, den iøvrigt indebærer, skal udvalget foreslå følgende hovedformål for sundhedsplejerskeordningen:

Sundhedsplejerskeordningen har som hovedformål som led i de sundhedsmæssige foranstaltninger for befolkningen at medvirke til, at det enkelte individ i størst muligt omfang bringes til en optimal udnyttelse af sine muligheder, fysisk, psykisk og socialt.

b. Realisation af hovedformålet afgrænset efter funktionelt bestemte formål

1° Gravide kvinder

Spædbørnsdødeligheden har længe været anvendt som en målestok for et samfunds sundhedsmæssige stade, hvorfor generelle forebyggende foranstaltninger for mødre og børn anses for grundlæggende i sundhedsvæsenets bestræbelser for bevarelsen af et sundt samfund.

Her i landet er dødeligheden i første leveår faldet fra 60,0 pr. 1.000 levendefødte i perioden 1936-40 til 16,3 i 1968.

Det betydelige fald skyldes især en reduktion i antallet af døde i 2.-12. levemåned, medens faldet i dødeligheden i 1. levemåned har været mindre, jfr. tabel 11.

TABEL 11
Dødsfald blandt spædbørn pr. 1.000
levendefødte fordelt efter alder 1936-1968*)

	Døde pr. 1.000 levendefødte			
	1. levemånd	heraf 1. leveuge	2.-12. levemåned	1. levår
1936-40....	27.6	21.7	32.4	60.0
1941-50....	22.2	17.5	20.8	43.0
1951-55....	18.4	16.0	9.0	27.4
1956-60....	16.5	14.1	6.5	23.0
1961-65....	15.1	13.3	4.5	19.6
1966.....	13.3	11.9	3.6	16.9
1967.....	12.3	10.9	3.5	15.8
1968.....	11.9	10.6	4.4	16.3

*) Dødsårsagerne i Danmark året 1967, Sundhedsstyrelsen 1969, samt Medicinal-statistiske oplysninger for Danmark for årene 1967 og 1968.

Det fremgår af tabel 11, at dødeligheden i 1. levemåned er størst i den 1. leveuge, hvor den udgør 10.6 pr. 1.000 levendefødte. 76,5 % (1967) af de børn, der dør i første leveuge er for tidligt fødte, d. v. s. at fødselsvægten ligger under 2.500 g. Her i landet udgør de for tidligt fødte ca. 6 % af samtlige fødte. I 1968 fødtes 74.680 børn, hvoraf 4.476 var for tidligt fødte.

Udover sygdomme og tvillingsvangskaber som årsag til for tidlig fødsel spiller faktorer som belastende sociale forhold (miljø, arbejde, kost, bolig m. m.) og belastende personlige forhold (miljø, konflikter m. m.) en væsentlig rolle.

På grund af sin størrelse er dødeligheden i første leveuge og dens årsager genstand for sundhedsvæsenets særlige opmærksomhed, bl. a. ud fra en øget erkendelse af, at de samme årsager, som er skyld i spædbørns død før, under og lige efter fødslen, også kan føre til kroniske sygdomme og handicap hos mange af de børn, som overlever.

De profylaktiske foranstaltninger i svanger-skabsperioden omfatter i henhold til lov om svangerskabshygijne af 8. juni 1966 3 helbredsundersøgelser hos lægen og 6 hos jordemoderen. I de tilfælde, hvor kvinder skal føde hjemme, er det dog ønskeligt, at en af jordemoderens undersøgelser foretages i den svangres hjem.

Af lægeundersøgelserne udnyttes den første fuldt ud, medens dette ikke er tilfældet for de efterfølgende undersøgelser. Det samme for-

hold gør sig gældende for jordemoderundersøgelserne, hvor udnyttelsen er lidt lavere end ved lægeundersøgelserne. Forklaringen er måske, at det er de gravide selv, der skal tage initiativet.

Der synes således at være et vist behov for en opsøgende virksomhed med henblik på de gravide, der bliver borte fra helbredsundersøgelserne og som måske netop har behov for kontrol og vejledning af læge og jordemoder. En opsøgende virksomhed kunne udføres af sundhedsplejersker, der ved besøg i hjemmene kan stimulere de gravide kvinder til - i større omfang end hidtil - at benytte sig af tilbudet om de profylaktiske helbredsundersøgelser.

Den udvikling, der har fundet sted inden for mødre- og børnesundhedsplejen, har medført, at hele dette område i dag varetages af en lang række fagpersoner. Af disse har sundhedsplejersken - da hun fødes i samtlige familier med børn - særlig mulighed for at bistå med tidlig opsporing og observation af familier med truende eller begyndende vanskeligheder samt tidlig opsporing af handicappede.

Sundhedsplejerskens besøg i hjemmene opfører i henhold til gældende bestemmelser, når barnet fylder 1 år. Som følge heraf har hun kun i forholdsvis få tilfælde haft kontakt med gravide mødre.

Med den forsøgsvise inddragelse af de større børn i sundhedsplejerskearbejdet er dette forhold ændret, således at sundhedsplejersken møder et stigende antal mødre, som atter er gravide. Hun er derfor i disse tilfælde naturligt kommet ind på almen vejledning med hensyn til kost og levevis, personlig hygiejne, diegivingens betydning, samt forberedelser til barnets pleje m. ni. Endvidere har hun tilskyndet moderen til at benytte sig af de profylaktiske undersøgelser hos læge og jordemoder, ligesom hun om fornødent har henvist til lægelig eller social bistand.

Denne tidlige kontakt med moderen og hjemmet har, hvor den forsøgsvise er gennemført, vist sig at være af stor betydning for det senere samarbejde med familien.

Ved hjemmebesøg til førstegangsfødende før fødslen kan sundhedsplejersken få kendskab til familien og dens indstilling til det ventede barn på et langt mere hensigtsmæssigt tidspunkt, end under de nuværende forhold. Hun får her ved mulighed for at yde en bedre vejledning, samt medvirke til tidlig opsporing af afvigelser

i forældrenes helbredstilstand, der kan påvirke barnets helbred.

Under hensyn til de nævnte forhold og til en forventet koordinering af de profylaktiske sundhedsmæssige og sociale foranstaltninger er der i udvalget enighed om, at sundhedsplejerskeordningen bør knyttes til praktiserende læger og jordemødre med følgende opgave:

At bidrage til, at den vordende moder får vejledning af læge og jordemoder under graviditeten efter reglerne i svangerskabshygiejneloven af 8. juni 1966, samt får vejledning med hensyn til forberedelse til barnets pleje.

2° Spædbørn og småbørn

De sundhedsmæssige foranstaltninger for spædbørn og småbørn omfatter regelmæssige helbredsundersøgelser hos læge samt, hvor der er etableret en sundhedsplejerskeordning, tilbud om råd og vejledning af en sundhedsplejerske til familier med børn under 1 år.

Af lægeundersøgelser tilbydes 3 i barnets første leveår og herefter 1 årlig undersøgelse, indtil barnet når skolealderen. Udnyttelsesgraden af disse undersøgelser var i året 1968/69 74 % af det mulige antal, dog har man indtrykt af, at udnyttelsesgraden er størst i det første leveår.

Ved udgangen af 1968 var 55.500 børn svarende til 75 % af de levendefødte børn under tilsyn af sundhedsplejersker, og der blev aflagt gennemsnitlig 13 besøg pr. barn, heri ikke medregnet forgæves besøg. Befolkningens holdning til sundhedsplejerskeinstitutionen fremgår bl. a. af det meget ringe antal hjem, der har afslået tilbudet om besøg af sundhedsplejersken. Kun 249 eller 0,4 % af hjemmene ønskede enten slet ikke eller kun delvis at udnytte sundhedsplejerskeordningen.

At lægeundersøgelserne ikke udnyttes fuldt ud kan bl. a. skyldes, at et vist antal børn undersøges i børnehaverne, at familier på landet bor langt fra lægen, og at der endnu ikke overalt er etableret sundhedsplejerskeordning.

I denne forbindelse kan nævnes en af skolelæge Signe Engbæk foretaget undersøgelse af helbredsforhold vedrørende 1.764 skolebørn i Hjørring amt. *) Den omfatter dels en analyse af børnenes fødsler, dels en undersøgelse og

vurdering af disse børns helbredstilstand i 1. klasse.

Af undersøgelsen fremgår bl. a., at 45,6 % af børnene aldrig har været til de profylaktiske undersøgelser før de kom i skole, medens kun 25,7 % har deltaget i alle undersøgelser. Dette forhold forklares bl. a. ved, at der i amtets landdistrikter ikke findes sundhedsplejersker, der medvirker til at motivere og stimulere forældrene til at udnytte de profylaktiske lægeundersøgelser i førskolealderen. Forfatteren påpeger det uhensigtsmæssige i, at de egne af landet, der har de største sundhedsmæssige problemer, samtidig har den ringeste dækning med hensyn til sundhedsplejersker. Hun foreslår derfor, at sundhedsplejerskeordningen gøres obligatorisk for hele landet og planlægges som behovspræget sundhedspleje, dog således at antallet af sundhedsplejersker afpasses efter de meget varierende behov i de forskellige egne af landet, idet de største behov forekommer i de områder af landet, hvor man end ikke er begyndt på den sundhedspleje, som loven giver adgang til og hvis form er udlevet i de socialt fremstående egne.

Som omtalt i kapitel II viser erfaringerne fra forsøgsordningerne, at familier med spædbørn og småbørn har meget varierende behov for vejledning og behandlende indsats. De største behov for almen vejledning forekommer i hjem, der har fået det første barn, medens behov for behandling suppleret med speciel vejledning forekommer i de familier, hvor barnet synes at have trivsels- og udviklingsproblemer, forårsaget enten af erkendt eller ikke erkendt sygdom, eller fordi det lever under forhold, der påvirker dets fysiske og/eller psykiske udvikling uheldigt.

Fra amtslægens redegørelse for forsøgsordningen i Ringkøbing amt, hvor der ydes behovspræget sundhedspleje til familier med børn, der har særlige sundhedsmæssige problemer, skal eksempelvis fra det første års forsøgsarbejde anføres antallet af henvisninger og årsagerne hertil jfr. side 47.

Det samlede antal henvisninger på ialt 1.331 vedrører ialt 531 børn, d. v. s., at der pr. barn i gennemsnit har været ca. 2,5 henvisningsårsager, der således er udtryk for ret komplicerede trivsels- og sygdomsforhold.

I sin konklusion har amtslægen anført, at sundhedsplejersketilsyn til børn med særlige sundhedsmæssige problemer indebærer store muligheder for, at sundhedsvæsenet i tide kan

*) Ugeskrift for læger, 26. februar 1970, nr. 9, pp. 459-467.

Henvisninger i forsøgsordningen i Ringkøbing amt, kriterier og antal i 1966

<i>Forhold der erkendes ved fødslen</i>	<i>478</i>
heraf: arvelige forhold	15
påvirkninger i intra-uterine periode	39
misdannelse	66
tvillinger	57
fødselsvægt under 2.500 g	138
følger efter fødselskomplikationer	163
<i>Sygdomme ogjeller udviklingsanomalier.</i>	<i>371</i>
heraf: udviklingsfejl og retardering	44
trivselsproblemer	132
nervøse symptomer	21
spasticitet	19
epilepsi	13
luftvejssygdomme	86
hudsygdomme	8
sansedefekter	17
følger efter ulykker og forgiftninger	3
følger efter sygdomme	28
<i>Miljøproblemer</i>	<i>482</i>
heraf: misforhold mellem barnets behov	
for pasning og forældrenes	
mulighed for at yde denne	239
belastende familiære forhold	62
belastende ydre forhold	122
enlige mødre	49
andre	10

finde frem til de børn, der senere vil give sociale og/ eller pædagogiske problemer. Med iværksættelse af en alsidig socialmedicinsk behandling vil man kunne undgå mange af de fejludviklinger, der kan forværre et tilstedeværende handicap.

Ved hjemmefødsler, der i 1968 udgjorde 24 % af samtlige fødsler i landet, er det gældende regel, at hjemmesygeplejersken varetager plejen af moder og barn i barselperioden. Erfaringerne fra forsøget i Skanderborg amt 1953—58 med kombination af hjemmesygepleje med spædbørns- og skolesundhedspleje viste imidlertid, at den kontakt, som sygeplejersken opnåede under barselbesøgene, var af stor betydning, når hun i egenskab af sundhedsplejerske aflagde besøg. Herved fremmedes bl. a. kontinuiteten i vejledningen, ligesom man undgik de misforståelser, der kan opstå, når forskellige personer giver ikke helt enslydende vejledning.

Under hensyn til de nævnte forhold er der i udvalget enighed om, at sundhedsplejerske-

ordningen tilrettelægges med sigte på behovspræget sundhedspleje og stilles til rådighed for samtlige familier med spædbørn og småbørn.

Hvor ordningen tillige er udbygget med sundhedspleje til gravide kvinder, kan den omfatte barselplejen efter fødsel i hjemmet.

Sundhedsplejersken skal fortsat bidrage til, at forældrene får fornøden vejledning i spørgsmål af betydning for barnets (børnernes) trivsel og udvikling, herunder pleje, kost m. m., at afvigelser fra normaltilstand bliver erkendt og kommer under behandling, og at forældrene vejledes og støttes med gennemførelsen af lægelig og/ eller social behandling.

3° Skolebørn

I medfør af skolelægeoven skal der ved enhver under undervisningsministeriet hørende statsskole og kommunal skole ansættes skolelæger til at føre tilsyn med sundhedstilstanden i skolen og foretage regelmæssige undersøgelser af skolebørnene, og endvidere nævner loven, at der til bistand for skolelægerne bør ansættes skolesundhedsplejersker.

I henhold til normalreglementet skal samtlige skolebørn undersøges mindst en gang om året, d. v. s., at skolesundhedsplejens virksomhed, som tilfældet har været inden for andre områder af sundhedsplejen, hidtil er blevet udøvet som et overvejende rutinepræget tilsyn med opsporing af afvigelser fra normaltilstand og henvisning til og behandling hos egen læge.

Sundhedstilstanden blandt skolebørn er imidlertid generelt bedret så meget i de senere år, at spørgsmålet om betimeligheden af at bibeholde de årlige undersøgelser af alle skolebørn har været rejst fra flere sider. På den anden side er man blevet opmærksom på, at et stigende antal skoleelever har trivsels- og tilpasningsvanskeligheder, således at der er behov for en mere intensiv indsats af medicinsk, social og pædagogisk bistand til denne gruppe børn.

Et udvalg nedsat af undervisningsministeriet har siden 1965 arbejdet med en række spørgsmål i forbindelse med skolesundhedsplejen. Udvalget har i maj 1970 stillet forslag om ændrede retningslinier for skolelægernes virksomhed, omfattende bl. a. en begrænsning af de årlige rutineundersøgelser for til gengæld at kunne foretage flere undersøgelser efter elevernes behov med det formål i samarbejde mellem sko-

len, forældrene og familiens læge at fremme barnets trivsel og udvikling.

Forsøgsordninger har enkelte steder været etableret med henblik på en omlægning af sundhedsplejen i skolen. Således er der i tilslutning til forsøgsordningen i Ringkøbing amt en forsøgsvirksomhed i gang i Skjern kommune, hvor skolesundhedsplejen - samtidig med indførelse af behovssundhedspleje til børn under den skolepligtige alder - er ændret fra den hidtil gældende ordning til undersøgelser efter behov omfattende 660 skolebørn i alderen 7-15 år.

Af skolelægens beretning for året 1968/69 fremgår, at samtlige elever i 1., 2., 4., og 7. klasserne samt alle elever i afgangsklasserne er undersøgt. Herudover har skolelægen undersøgt enkelte elever i de øvrige klasser efter klasselærernes ønske. Sundhedsplejersken har deltaget i undersøgelsen af 1. klasserne og i de tilfælde, hvor mødrene ikke var til stede, har hun kontaktet hjemmene for at få så fyldige oplysninger som muligt.

Af de nævnte 660 børn, er 47 eller 7,1 % henvist til forskellige hjælpeforanstaltninger f. eks. skolepsykolog, familievejledning eller anden social forsyng. Endvidere har der været afholdt team-møder vedrørende elever med problemer af en eller anden art. Heri har deltaget skolepsykolog, tale- hørepædagog, klasse- lærer, skolelæge, sundhedsplejerske samt i enkelte tilfælde praktiserende læger. Også kommunens socialinspektør har deltaget, når sociale foranstaltninger har været på tale.

Skolelægen, der har bibeholdt sin sekretær efter indførelsen af behovssundhedsplejen, fremhæver, at sundhedsplejerskens hjemmebesøg — ialt 84 - har været et meget værdifuldt led i nyordningen, idet der herved er skabt et nyt og godt bindeled mellem skole og hjem. (Bilag nr. 16).

Det er som nævnt i afsnit 2°, p. 46 foreslået, at sundhedsplejerskeordningen fremtidig tilrettelægges med sigte på behovspræget sundhedspleje, og at den stilles til rådighed for samtlige familier med spædbørn og småbørn. Kombineres ordningen tillige med skolesundhedspleje vil det bl. a. indebære de fordele, at sundhedsplejerskens forhåndskendskab til barnet og dets familie vil kunne udnyttes i skolesundhedsplejen, at kontinuiteten i vejledningen vedrørende børn under og i den skolepligtige alder, der har særlige sundhedsmæssige problemer, fremmes og at iværksat medicinsk el-

ler social behandling følges op i såvel hjemmene som i skolen.

En forventet omlægning af skolesundhedsplejen, der fortrinsvis skal tage sigte på børn med trivsels- og tilpasningsvanskeligheder i skolen, vil imidlertid nødvendiggøre, at sundhedsplejerskens særlige kvalifikationer udnyttes mere hensigtsmæssigt, end det er tilfældet under den nuværende ordning, hvor hun må anvende megen tid på en lang række rutinemæssige opgaver, der udmærket vil kunne udføres af et personale med en mindre omfattende uddannelse, f. eks. af sekretærer, der eventuelt har gennemgået et for dem specielt tilrettelagt kortere kursus.

Som omtalt i kapitel III om personalesituationen, er ca. halvdelen af landets skolebørn omfattet af skolelægeordninger, hvortil der ikke er knyttet sundhedsplejersker, men sygeplejersker eller sekretærer.

Det må anses for ønskeligt, at der til disse ordninger tillige knyttes sundhedsplejersker, og at opgaverne fordeles i overensstemmelse med de uddannelsesmæssige kvalifikationer. Man vil herved opnå de samme fordele som nævnt ovenfor.

Under hensyn til de nævnte forhold er der i udvalget enighed om,

at sundhedsplejerskeordningen tilrettelægges med sigte på behovspræget skolesundhedspleje i samarbejde med skolelægen, familiens læge og skolens personale og stilles til rådighed for skoler og for familier med børn i skolealderen, samt

at der til de opgaver, der ikke forudsætter en sundhedsplejerskeuddannelse, ansættes andet personale, f. eks. sekretærer.

Sundhedsplejersken skal bidrage til, at lærerpersonalet og forældrene får fornøden vejledning i spørgsmål af betydning for skolebarnets trivsel og udvikling, at afvigelser fra normaltilstand bliver erkendt og kommer under behandling, og at dette arbejde støttes i hjemmene gennem vejledning til forældre og barn, herunder at fornøden lægelig og/eller social behandling gennemføres.

Sundhedsplejersken deltager eventuelt i sundhedsundervisningen i skolen og assisterer iøvrigt skolelægen inden for hans virksomhedsområde med skolebørnene i nært samarbejde med skolens leder og øvrige personale.

4° Andre opgaver

Den fremtidige udvikling forventes at ville medføre en koordinering af kommunernes virksomhed på sociale, sygehushæssige og sundhedsmæssige områder, hvilket igen må antages at nødvendiggøre bl. a. et udvidet samarbejde mellem de praktiserende læger og de sundhedsmæssige og sociale serviceforanstaltninger uden for sygehusene, som f. eks. hjemmesygeplejen, sundhedsplejerskeordningen, hjemmehjælpen, husmoderafløsningen m. fl.

Det er i kapitel II omtalt, at en udbygning af samarbejdet mellem praktiserende læger og sundhedsplejersker er i gang adskillige steder, men at en videre udbygning af samarbejdet forudsætter en ændret organisation af sundhedsplejerskeordningen, der muliggør en bedre integrering af lægers og sundhedsplejerskers geografiske arbejdsområde. I denne forbindelse kan henvises til Den almindelige danske lægeforenings henvendelse af 20. december 1968 til socialreformkommissionen, hvor det udtales: »Med hensyn til koordination på det lokale plan til de øvrige medicinske og sociale medarbejdere (hjemmesygeplejerske, hjemmehjælpen, husmoderafløser, familievejleder etc.) skal peges på, at det vil være mere hensigtsmæssigt at fordele disse medarbejdere efter de enkelte lægers virkeområder, hvor kommunegrænserne ikke forhindrer dette, i stedet for - som nu - at fordele dem efter distriktsgrænser.«

Det er udvalgets opfattelse, at erfaringerne fra England peger i samme retning, jfr. p. 42.

I den udstrækning denne tanke realiseres, vil der på det lokale plan omkring den praktiserende læge kunne dannes et team af medarbejdere med forskellige uddannelsesmæssige kvalifikationer inden for sundhedspleje, sygepleje og socialt arbejde, som lægen i de enkelte behandlingstilfælde vil kunne samarbejde med, enten som et led i eller et supplement til patientbehandling og vejledning.

Under forudsætning af en nærmere tilknytning mellem de praktiserende læger og de øvrige medicinske og sociale medarbejdere, som efter udvalgets mening bør etableres, er der i udvalget enighed om, at sundhedsplejerskeordningen tilknyttes den praktiserende læge og hans patientkreds.

Sundhedsplejersken bør efter de lokale myndigheders bestemmelse og i samarbejde med sygehuse, plejehjem og andre sociale og medicinske institutioner, eller hvor hun på anden måde bliver opmærksom på et sundhedsmæs-

sigt problem, bidrage til, at personer, herunder ældre, med aktuelle eller potentielle handicaps opsøges og får fornøden vejledning om hensigtsmæssig kost og levevis, at de pågældende informeres om medicinske og sociale foranstaltninger, der står til rådighed, og vejledes og støttes med gennemførelsen af lægelig og/eller social behandling.

Hvor omstændighederne taler derfor - specielt i spredt befolkede områder — bør sundhedsplejersken med bistand af sygehjælpere også kunne varetage hjemmesygeplejeopgaver.

Optagelse af de nævnte andre opgaver forudsætter naturligvis, at der er disponibelt personale hertil.

c. Sundhedsplejersken og hendes principielle opgaver

Sundhedsplejerskens funktioner kan ikke adskilles fra andre former for sygepleje, idet enhver aktivitet inden for sundhedsplejen til en vis grad vil kunne forekomme i al sygepleje. Den forskel, der fremkommer, skyldes at der i sundhedsplejerskearbejdet lægges særlig vægt på de forebyggende og sundhedsfremmende aspekter i sygeplejen og på den faglige og pædagogiske indsigt, som disse opgaver kræver.

Sundhedsplejerskearbejdet kan karakteriseres som en speciel gren af sygeplejen, hvori indgår visse sygeplejerskefunktioner, færdighed i at samarbejde og i at organisere dette samarbejde i passende forhold til andre medicinske og sociale faggruppers virke med det fælles formål at skabe de bedste muligheder for at fremme befolkningens sundhed og trivsel.

En sundhedsplejerske skal i sin sygeplejerskegrunduddannelse i henhold til kgl. anordning af 30. januar 1957 om sygeplejerskeuddannelsen »opnå kendskab til sygdommenes årsag og behandling samt indsigt i at udøve syge- og sundhedspleje som led i sygdomsbehandlingen og sygdomsforebyggelsen.«

Herudover har sundhedsplejersken gennemgået en videre uddannelse på Danmarks Sygeplejerskehøjskole ved Aarhus universitet, hvorunder hun erhverver sig såvel et mere alsidigt kendskab til de grundlæggende principper for udøvelse af sygeplejerskegerning som en uddybelse og forståelse af sygeplejen og sundhedsplejen i sin helhed. Endvidere tilsigter uddannelsen en dybere erkendelse af de problemer af hygiejnisk, sundhedsfremmende, revaliderende, mental og social art, der forekommer inden for alle grene af sygeplejen og forudsætning

for at medvirke ved løsningen af disse. (Jfr. Betænkningen af 1964 om undervisning ved institut for syge- og sundhedsplejersker ved Aarhus universitet).

Sundhedsplejerskeuddannelsen er tilrettelagt med henblik på at udøve syge- og sundhedspleje til alle aldersgrupper i befolkningen, og der lægges under uddannelsen vægt på forståelsen af det enkelte menneskes baggrund og behov samt på at udvikle de studerendes kundskaber og holdning til arbejdet på en sådan måde, at de er i stand til at yde den støtte og vejledning, der i de enkelte tilfælde er brug for, og herunder i samarbejde med andre arbejdsgrupper at formidle koordineringen af samfundets støtteforanstaltninger.

I et arbejde, hvor hovedvægten er lagt på det forebyggende og sundhedsfremmende aspekt i sygeplejen, bliver det sundhedsplejerskens principielle opgave at medvirke i forebyggelsen af fysiske og psykiske afvigelser og disses følger, opsporingen af afvigelser fra det normale, fysisk, psykisk og socialt, formidlingen af kontakten til lægelig eller social sagskundskab med henblik på eventuel iværksættelse af behandling og en opfølgende vejledning og støtte i tilslutning til behandling.

2. Organisatoriske afgrænsninger i relation til sundhedsplejerskeordningen

a. Eksisterende overordnede organer og deres områder

1° Indenrigsministeriet og undervisningsministeriet

Den nuværende sundhedsplejerskeordning er baseret på tre love, nemlig lov om sundhedsplejerskeordninger af 31. maj 1963, lov om hjemmesygepleje af 29. marts 1957, der begge henhører under indenrigsministeriet samt lov om skolelæger af 12. juli 1946, der hører under undervisningsministeriet.

Kommuner, herunder amtskommuner, kan i henhold til de nævnte love oprette sundhedsplejerskeordninger, der omfatter:

- a) spædbørnssundhedspleje eller
- b) spædbørnssundhedspleje kombineret med skolesundhedspleje eller
- c) spædbørns- og skolesundhedspleje kombineret med hjemmesygepleje.

Efter de hidtil gældende bestemmelser skal sundhedsplejerskeordninger godkendes af in-

denrigsministeriet efter høring i sundhedsstyrelsen. I de tilfælde, hvor ordningen tillige omfatter skolesundhedspleje, skal også undervisningsministeriets godkendelse indhentes.

Kommuner, der opretter ordninger med spædbørnssundhedspleje får halvdelen af de med ordningerne forbundne udgifter dækket af statskassen, idet man ved udarbejdelsen af byrdefordelingslovene stillede spørgsmålet om en ændret byrdefordeling i bero på resultatet af nærværende udvalgs arbejde. Drejer det sig om ordninger, der tillige omfatter skolesundhedspleje og eventuelt hjemmesygepleje, har reglen været den, at indenrigsministeriet efter forhandling med undervisningsministeriet har fastsat, med hvilke andele udgifterne til de nævnte arbejdsområder skal medregnes ved anvendelsen af refusionsreglerne i de tre love.

I medfør af lov nr. 251 af 4. juni 1969 om ændring af lov om skolelæger er statstilskudet til den offentlige skolelægeordning bortfaldet fra den 1. april 1970, hvorefter disse udgifter afholdes af den pågældende kommune.

Bestemmelser om tilsyn med sundhedsplejerskernes virksomhed og om gennemførelsen af lovens bestemmelser iøvrigt fastsættes af indenrigsministeren efter forhandling med sundhedsstyrelsen, medens undervisningsministeren - ligeledes efter forhandling med sundhedsstyrelsen — fastsætter de nærmere bestemmelser vedrørende gennemførelsen af lov om skolelæger.

2° Sundhedsstyrelsen

I henhold til lov om sundhedsvæsenets centralstyrelse af 23. juni 1932 er det sundhedsstyrelsens opgave at føre overtilsynet med sundheds- og sygeplejen samt være øverste rådgiver for det offentlige i alle forhold, der kræver læge- og apotekerkyndig indsigt, og styrelsen er således rådgivende i alle sundhedsspørgsmål over for ministerier og lokale myndigheder.

I henseende til sundhedsplejerskernes virksomhed varetager sundhedsstyrelsen i samvirke med indenrigsministeriet alle spørgsmål i forbindelse med sundhedsplejerskearbejdet, herunder ved godkendelse af sundhedsplejerskeordninger, oprettelse af nye stillinger, godkendelse af ansættelse af sundhedsplejersker, information om nye bestemmelser i forbindelse med arbejdet og tilsyn med sundhedsplejerskernes virksomhed.

Som følge af sundhedsplejerskeordningens

hidtidige organisationsform har tilsynsvirksomheden været temmelig udstrakt, idet et meget stort antal af sundhedsplejerskerne har måttet arbejde uden lokal faglig vejledning og derfor har haft behov for bistand og støtte, som er ydet af sundhedsstyrelsen i den udstrækning, det har været muligt.

Det er endvidere sundhedsstyrelsens opgave at udarbejde og med mellemrum revidere den til enhver tid gældende vejledning vedrørende etablering af sundhedsplejerskeordninger samt normalinstrukser for sundhedsplejersker og ledende sundhedsplejersker, ligesom den udarbejder journaler og indberetningsformularer til brug for sundhedsplejerskerne.

Sundhedsstyrelsen bistår embedslægerne og de lokale myndigheder i spørgsmål, der vedrører sundhedsplejerskeordningen, ligesom den følger udviklingen inden for sundhedsplejen med henblik på eventuelle ændringer, hvis gennemførelse den i givet fald tager initiativ til.

Endelig er det pålagt sundhedsstyrelsen at varetage den endelige revision og refusion af statens tilskud til de af kommunerne afholdte udgifter til sundhedsplejerskeordningerne, hvis regnskaber indsendes til sundhedsstyrelsen.

3° Kommunerne

Den egentlige administration af sundhedsplejerskeordningen er ansvarsmæssigt placeret hos kommunerne, der indtil den 1. april 1970 omfattede amts-, by- og sognekommuner.

Som omtalt i kapitel III er kommunerne i henhold til lovgivningen frit stillet med hensyn til, om de vil gennemføre en sundhedsplejerskeordning.

De kommunale myndigheder bevilger de nødvendige penge til sundhedsplejerskeordningens gennemførelse, udarbejder i samarbejde med embedslægen en plan for, hvorledes ordningen kan tilrettelægges og varetager den økonomiske forvaltning af ordningen. I bykommunerne er den daglige administration som regel henlagt under det sociale udvalg, medens den i en amtskommunal ordning varetages af et særligt af amtsrådet nedsat udvalg. I de sognekommunale ordninger forestås administrationen enten af sognerådet eller i de tilfælde, hvor flere kommuner er fælles om en ordning, af et udvalg med repræsentanter for de deltagende kommuner.

Sundhedsplejerskeordninger er etableret af følgende kommunale myndigheder:

1. *Amtsråd* med ordninger, der omfatter alle eller de fleste sognekommuner og eventuelt en eller flere købstæder i amtskommunen.
2. *Byråd* med ordninger, der omfatter den enkelte bykommune eventuelt i samarbejde med en eller flere sognekommuner.
3. *Sogneråd* med ordninger, der omfatter en eller flere sognekommuner.

Af nedenstående tabel 12 fremgår antallet af kommuner med sundhedsplejerskeordning pr. 31. december 1968 fordelt efter administrativ myndighed.

TABEL 12

Antal kommuner med sundhedsplejerskeordning pr. 31.12.1968 fordelt efter administrativ myndighed

Kommuner med sundhedsplejerskeordning	Administrativ myndighed			
	Amtsråd	Byråd	Sogneråd	Til-sammen
Sognekommuner	532	22	108	662
Bykommuner.	26	57		83
By- og sognekommuner	558	79	108	745
%	75,0	10,6	14,4	100,0
Antal sundhedsplejerskeordninger ...	15	57	51	123

Det ses, at i 75 % af de by- og sognekommuner, der har sundhedsplejerskeordninger, administreres ordningerne af amtsråd, medens ca. 10 % blev administreret af byråd og godt 14 % af sogneråd.

Af bilag 17 fremgår antallet af kommuner med sundhedsplejerskeordning pr. 31. december 1968 fordelt efter amt og administrativ myndighed, og det ses, at Fyn udelukkende har by- eller sognekommunale ordninger, medens amtskommunale ordninger er dominerende i resten af landet.

b. Faglige organer og deres områder

Arbejdet i sundheds- og teygeplejen vedrører såvel den syge som den raske medborger, og indebærer forebyggelse, vejledning og behandling vedrørende sundhedsmæssige problemer af fysisk, psykisk, social, revalideringsmæssig og pædagogisk art.

Sundhedsvæsenet omfatter således en lang

række specialiserede arbejdsgrene inden for medicinsk forebyggelse, vejledning og behandling. Dette arbejde udføres af et medicinalpersonale, der virker inden for sygehusvæsenets og andre behandlingsinstitutioners rammer, og i de uden for sygehuse etablerede arbejdsgrene.

Sideløbende hermed findes på det sociale område en række forebyggende og behandlende foranstaltninger, der som følge af mange sundhedsproblemers nære sammenhæng med sociale og pædagogiske faktorer må koordineres med de sundhedsmæssige organer, for at der på grundlag af en helhedsvurdering af patientens/klientens situation kan tilrettelægges en hensigtsmæssig behandling.

Udvalget har som nævnt foreslået, at sundhedsplejerskeordningen deltager i sundheds- og sygeplejen vedrørende gravide kvinder, børn under og i den skolepligtige alder samt personer med aktuelle eller potentielle handicaps.

Da ansvaret for sundheds- og sygeplejen til disse befolkningsgrupper ivotrigt er fordelt på en række fagfolk uden for sundhedsplejerskeordningen, skal i det følgende gives en kort omtale af de vigtigste af disse områder.

1 ° Sundhedsmæssige organer

(a) Lægepraksis

I det danske sundhedsvæsen er behandling og forebyggelse uden for sygehussektoren bygget op om den praktiserende læge.

I tilfælde af sygdom er det første skridt normalt, at patienten henvender sig til sin læge, der enten tager pågældende i behandling, eventuelt ordinerer hjemmesygepleje, eller henviser til nærmere undersøgelse og/eller behandling i sygehus eller hos praktiserende speciallæge.

Den praktiserende læge er i vid udstrækning inddraget i forebyggende og helbreds fremme foranstaltninger, herunder vaccinationer, helbredsundersøgelser af gravide kvinder, spædbørn, småbørn og erhvervsarbejdende personer under 18 år. I mange tilfælde virker lægen til lige som skolelæge.

Som følge heraf indtager den praktiserende læge en stilling som koordinator til de mange serviceorganer af sundhedsmæssig og social art, der kan komme på tale i de enkelte situationer.

En mangel ved det nuværende system er imidlertid, at lægens forbindelse til disse orga-

ner endnu ikke er tilstrækkeligt udbygget, således at de eksisterende muligheder ikke udnyttes fuldt ud.

(b) Jordemodervæsenet

I henhold til sundhedsstyrelsens cirkulære af 15. august 1960 vedrørende udøvelse af jordemodergerning omfatter jordemoderens arbejdsområde følgende:

»At betjene fødende kvinder under fødslen.
at føre tilsyn med kvinder under barselsperioden.

Selv om pusling af mor og barn normalt foretages af hjemmesygeplejersken, vil det være nødvendigt, at jordemoderen aflægger et besøg en af de første dage efter fødslen og yderligere et besøg ca. 8 dage efter fødslen. Om flere besøg vil være påkrævet, afhænger af barselkvindens tilstand i det enkelte tilfælde.

at undersøge kvinder til afgørelse af spørgsmålet om tilstedeværende svangerskab.

Erklæring om at svangerskab er tilstede, bør ikke afgives før sikre svangerskabstegn kan påvises, d. v. s. som regel efter svangerskabets midte.

at foretage undersøgelser og give vejledning i henhold til lov af 8. juni 1966 om svangerskabshygiejne i overensstemmelse med de herfor fastsatte retningslinier, jfr. sundhedsstyrelsens retningslinier af 28. september 1966.

at give anvisning til sunde nyfødte børns pleje.

Hvor sundhedsplejersker findes, påhviler denne funktion dog kun jordemoderen, indtil sundhedsplejersken træder til.«

Jordemoderen hører administrativt under embedslægen og har pligt til at afgive indberetninger og anmeldelser til offentlige myndigheder vedrørende forhold i forbindelse med fødslen.

(c) Hjemmesygeplejen

Lov om hjemmesygepleje af 29. marts 1957 pålægger enhver kommunalbestyrelse at drage omsorg for, at der til enhver tid findes en forsvarelig hjemmesygeplejeordning i kommunen, hvorefter alle kommunens indbyggere har adgang til hjemmesygepleje.

Hjemmesygepleje i lovens forstand er pleje af syge i hjemmet udført af hjemmesygeplejersker. Denne skal være statsautoriseret sygeple-

jerske og må kun tage patienter i pleje efter lægehenvisning, jfr. indenrigsministeriets cirkulære af 10. april 1958 om hjemmesygepleje. Ved fødsler i hjemmet er det reglen, at hjemmesygeplejersken varetager plejen af mor og barn i barselperioden.

Det er hjemmesygeplejerskens opgave at udføre den af lægen ordinerede behandling og i forbindelse hermed yde en pleje, der hurtigst muligt hjælper patienten til generhvervelse af sundheden. Arbejdet indebærer, at sygeplejersken - foruden at beherske behandlings- og sygeplejetechniske færdigheder — tillige inddrager forebyggende, sundhedsfremmende, revaliderende og sociale aspekter i patientomsorgen, samt medvirker til, at de forskellige hjælpemuligheder udnyttes til gavn for patienten.

(d) Skolelægeordningen

Som nævnt i afsnit 1., b. 3°. side 47 kan ændrede retningslinier for skolelægeordningens virksomhed forventes udsendt, idet der fremtidig foreslås lagt større vægt på undersøgelser efter elevernes behov.

Skolelægens tilsyn med eleverne omfatter såvel den legemlige som den psykiske helbredstilstand og indebærer således samarbejde med skolepsykolog, ligesom lærerpersonale, skolens leder og sundhedsplejerske må bistå med vurderingen af, hvilke elever, der har særligt behov for undersøgelse.

Egentlig lægebehandling foretages ikke af skolelægen, som i påkommende tilfælde henviser til den praktiserende læge. Et samarbejde mellem skolen, skolelægeinstitutionen, familien/barnet og den praktiserende læge er derfor af afgørende betydning for en effektiv skolesundhedspleje.

Skolelægerne står uden for København under tilsyn af amtslægen, men i henhold til loven kan der i større byer eller et amt ansættes en skoleoverlæge, der da fører tilsyn med alle skolelæger i byen eller amtet. København og Århus er de eneste byer, der hidtil har ansat skoleoverlæger, men sådanne stillinger foreslås ved skolelægeudvalgets redegørelse (maj 1970) oprettet i hver amtskommune, idet man anser dette af betydning for en hensigtsmæssig skolelægeordning.

(e) Embedslægevæsenet

Embedslægerne bistår sundhedsstyrelsen på det lokale plan i dens rådgivende, tilsynsførende og administrative virksomhed. De er råd-

givere i forhold til de kommunale råd, statslige og kommunale institutioner (bl. a. fødeklinikker, vuggestuer, skoler, børnehjem, alderdoms- og plejehjem).

Som lægekyndig rådgiver for kommunerne afgiver embedslægerne udtalelser om planlægning af sundhedsmæssige foranstaltninger og institutioner og er således i stand til at udøve en koordinerende funktion med henblik på den mest hensigtsmæssige indpasning af sådanne i det pågældende område.

Embedslægen fører tilsyn med de inden for lægekredsen virkende medicinalpersoner og er administrativt mellemløbet mellem disse og sundhedsstyrelsen. På de godkendende myndigheders vegne (amtsråd og indenrigsministerium) udøver de tilsyn med hjemmesygeplejen. En tilsvarende stilling har de i forhold til sundhedsplejerskeordningen, og i henseende til jordemodervæsenet er de jordemødrenes nærmeste foresatte.

Med hensyn til disse personalegrupper står embedslægerne ofte i den vanskelige situation at skulle samarbejde og sideordne et meget stort antal enkeltpersoners arbejde og indsats, idet der i mange tilfælde ikke er etableret faglig ledelse som bindeled mellem embedslægerne og de pågældende medicinalpersoner.

I henhold til kgl. anordning af 20. marts 1970 er landet udenfor København pr. 1. april 1970 inddelt i 60 lægekredse, som indgår i 14 amtslægekredse.

(f) Sygehusvæsenet

I medfør af lov af 4. juni 1969 om sygehusvæsenet påhviler det amtskommunerne og Københavns og Frederiksberg kommuner at tilvejebringe og drive det fornødne antal sygehuse i det omfang, dette ikke sker ved statens foranstaltning.

Det er sygehusvæsenets ansvarsområde at undersøge, behandle og pleje patienter, der enten henvises til indlæggelse eller til ambulant undersøgelse og behandling i et sygehus.

Et samarbejde mellem sygehusets forskellige afdelinger og de uden for etablerede arbejdsgrene må anses som en forudsætning for en hensigtsmæssig sundheds- og sygepleje.

2° Sociale organer

Lovgivningen på det sociale område omfatter en række serviceforanstaltninger for bl. a. familier med børn og unge. Nævnes kan loven

om børne- og ungdomsforsorg, mødrehjælpsloven, særforbudslovene og revalideringsloven.

Den forebyggende og behandlende indsats tager i stigende grad sit udgangspunkt i familienheden, således at indsatsen sættes samlet ind over for hele familien, som det f. eks. fremgår af reglerne om familievejledningen.

Det samme synspunkt gør sig gældende i de sundhedsmæssige foranstaltninger, der i stadig større omfang benytter sig af de hjælpemuligheder, der hører under den sociale sektor, således som det fremgår af rapporten om forsøget i Ringkøbing amt med behovspræget sundhedspleje til familier med børn, der har særlige sundhedsmæssige problemer (bilag nr. 12).

Et yderligere udbygget samarbejde mellem de to former for indsats må anses som en forudsætning for en hensigtsmæssig behandling af komplekse sundhedsmæssige problemer.

3. Sundhedsplejerskeordningens organisatoriske opbygning

a. Den hidtidige opbygning

De enkelte sundhedsplejerskeordninger er som følge af den før 1. april 1970 gældende administrative placering vidt forskellig med hensyn til personalemæssig størrelse.

I tabel 13 er vist antallet af egentlige sundhedsplejerskeordninger med og uden ledende sundhedsplejerske og antallet af ansatte ved tællingen den 22. april 1969 fordelt efter administrativ myndighed.

Det fremgår af tabellen, at det største antal ansatte pr. sundhedsplejerskeordning som venteligt findes i ordninger med ledende sundheds-

plejersker; her var antallet pr. ordning af de af amtsrådene administrerede gennemsnitlig 17,1 og for de 3 bykommuner - København, Odense og Århus - gennemsnitlig 30 ansatte pr. ordning. De øvrige 109 sundhedsplejerskeordninger havde derimod gennemsnitlig kun 2,3 ansatte pr. ordning.

Sundhedsplejerskeordningens hidtidige organisation inden for kommunale enheder, hvis folketal og ressourcer med hensyn til økonomi, medicinske og sociale foranstaltninger m. v. er højst forskellige, har afgivet meget varierede betingelser for sundhedsplejerskearbejdets udførelse og for dets tilpasning til samfundsudviklingen. Der har især været vanskeligheder i de mange små kommunale ordninger med få ansatte, idet bl. a. arbejdstilrettelæggelsen i disse ordninger, som følge af de skarpt afgrænsede administrative skel, ikke har fået den elasticitet, som en samlet planlægelse for et større område ville have muliggjort.

Gennemførelsen af kommunalreformen pr. 1. april 1970 har imidlertid reduceret kommunernes antal fra ca. 1.000 by- og sognekommuner til 275 primærkommuner fordelt på 14 amter, samt København og Frederiksberg.

Som omtalt i kapitel I side 22 og kapitel II side 25 har sundhedsplejerskearbejdet efter udvalgets opfattelse udviklet sig mest tilfredsstillende, hvor det er forestået af en faglig leder, d. v. s. en ledende sundhedsplejerske.

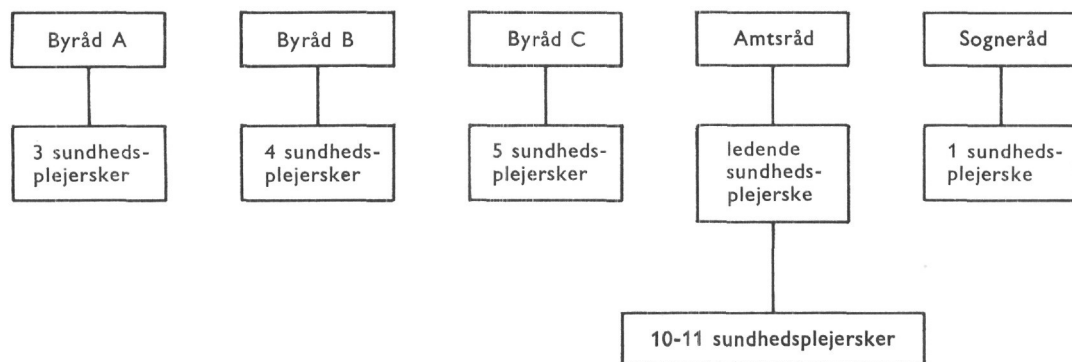
Af tabel 13 fremgår, at 10 af de 14 amtsråd, der er administrativ myndighed for sundhedsplejerskeordninger, har ansat ledende sundhedsplejersker, der varetager den daglige administration og det samme er tilfældet i de nævnte 3 bykommuner. 261 eller 51 % af de

TABEL 13
Antal egentlige sundhedsplejerskeordninger med og uden ledende sundhedsplejerske og deres personalemæssige størrelse pr. 22. april 1969 fordelt efter administrativ myndighed

Administrativ myndighed	Egentlige sundhedsplejerskeordninger						Tilsammen	
	med ledende sundhedsplejerske			uden ledende sundhedsplejersker				
	Antal ordn.	Antal ansatte i alt	ansatte gsn. pr. ordning	Antal ordn.	Antal ansatte i alt	ansatte gsn. pr. ordning	Antal ordn.	Antal ansatte
Amtsråd	10	171	17,1	4	14	3,5	14 ¹⁾	185
Byråd	3	90	30,0	54	121	2,2	57	211
Sogneråd	—	—	—	51	116	2,3	51	116
Tilsammen	13	261	20,1	109	251	2,3	122	512

i) Eksklusiv 1 amtskommunal ordning, der ikke har kunnet få de godkendte stillinger besat.

Sundhedsplejerskeordninger i X-amt etableret af:



pr. 22. april 1969 beskæftigede sundhedsplejersker var omfattet af disse ordninger.

De øvrige 251 (49 %) var derimod fordelt på ordninger der beskæftigede så få sundhedsplejersker, at etablering af faglig ledelse ikke har kunnet realiseres. Dette har bl. a. medført, at koordinering til og samarbejde med andre personer og institutioner i disse ordninger er overladt til den enkelte ansattes eget initiativ. Selv inden for en amtskommune, der iøvrigt har etableret en ordning forestået af en ledende sundhedsplejerske, har denne - som følge af de by- og sognekommunale ordningers administrative afgrænsninger - ikke mulighed for at udstrække lederfunktionerne til disse sundhedsplejerskeordninger, hvad ovenstående eksempel fra et amt illustrerer.

I den af amtsrådet etablerede sundhedsplejerskeordning varetager den ledende sundhedsplejerske samtlige lederfunktioner i forbindelse med planlægning, instruktion og koordinering for så vidt angår kommuner tilsluttet amtsordningen.

Da de tre bykommunale ordninger og den ene sognekommunale ikke er tilsluttet amtsordningen, har den ledende sundhedsplejerske overfor disse ordninger ingen administrative og faglige beføjelser. Hun kan derfor kun i meget begrænset omfang bistå sundhedsplejerskerne i disse ordninger, f. eks. invitere dem til faglige møder, som de dog ikke er pligtige til at deltage i.

Den ændrede kommunale inddeling indebærer fortsat, at størsteparten af kommunerne befolkningsmæssigt er af en størrelse, der vanskeliggør en hensigtsmæssig fordeling af sundhedsplejerskepersonalet, såfremt dette ansættes på primærkommunalt plan, jfr. bilag nr. 18,

side 124, der viser antallet af kommuner pr. 1. april 1970 fordelt efter amt og folketal.

Det fremgår heraf, at 40 kommuners indbyggertal er under 5.000, hvilket almindeligvis ikke afgiver fuld beskæftigelse til en sundhedsplejerske, medens 124 kommuner har et indbyggertal mellem 5.000 og 10.000, hvilket indebærer, at de fleste enten bliver for store til 1 eller for små til 2 sundhedsplejerskers arbejdskraft.

Heller ikke for de mellemstore kommuners vedkommende (99 kommuner mellem 10.000 og 50.000) er folketallet af en sådan størrelse, at der kan etableres en tilstrækkelig smidig ordning med ansættelse af en ledende sundhedsplejerske. For de største kommuners vedkommende henviser man til det p. 56 anførte.

En forventet omlægning og udbygning af sundhedsplejerskeordningen vil bevirke, at kravet til kvaliteten af dens indsats vil stige væsentligt. Det er derfor udvalgets opfattelse, at sundhedsplejerskeordningen administrativt bør dække så store områder, at disse krav vil kunne opfyldes under så ensartede betingelser som muligt.

Sundhedsstyrelsen har igennem årene anbefalet sundhedsplejerskeordningen henlagt under amtskommunens administration på grund af de fordele, dette indebærer. I denne forbindelse kan nævnes en smidigere regulering af distriktsgrænser, økonomisk og hensigtsmæssig tilrettelæggelse af arbejdet og især etablering af faglig ledelse med henblik på planlægning af ordningen, instruktion af personalet og arbejdets koordinering med andre relevante arbejdsområder.

De senere års udvikling — specielt i forsøgsordningerne - er gået i retning af en langt

smidigere sundhedsplejerskeordning, hvor tyngdepunktet i arbejdet er flyttet fra et generelt rutinepræget tilsyn til en differentieret og behovspræget sundhedspleje, der tillige omfatter familier med børn over 1 års alderen. Denne omlægning og udvidelse af arbejdsopgaverne har medført et stærkt øget behov for udvidet samarbejde med personer og institutioner, der medvirker i det børneprofylaktiske arbejde, hvilket igen stiller krav om udvidet planlægning og organisation for større områder såvel geografisk som funktionelt.

De efter den 1. april 1970 oprettede amtskommuner synes af flere grunde at være velegnede enheder for en sådan planlægning og organisation.

For det første forventes amternes social- og sundhedsudvalg etableret med planlæggende, koordinerende og vejledende funktioner på en lang række af de sundhedsmæssige og sociale områder, herunder jordemodervæsen, hjemmesygepleje, mødrehjælp, invalide- og **åndssvage**-forsorg samt anden særforborg, medens det amtskommunale sygehusvæsen, herunder tuberkulosebehandling og -forebyggelse vil blive koordineret og ledet af amtets sygehusudvalg.

For det andet forventes kontakten mellem de praktiserende læger og administrationen etableret gennem amtets social- og sundhedsudvalg, hvortil lægekredsforeningen vil søge kontakt, og for det tredje vil embedslægerne efter et af indenrigsministeriets hygiejnekommission udarbejdet forslag formentlig blive ansat af amtskommunerne i amtslægeinstitutioner placeret i nær tilknytning til amtets social- og sundhedsudvalg.

Endelig skal anføres, at den faglige ledelse af sundhedsplejerskeordningen må placeres i nær tilknytning til amtslægeinstitutionen og amtets social- og sundhedsudvalg.

Dette åbner mulighed for, at flere af de administrative opgaver, der hidtil har måttet varetages af sundhedsstyrelsen, kan overflyttes til amtskommunen og dennes personale, f. eks. godkendelse af ansættelse af sundhedsplejersker og vikarer, der opfylder de uddannelsesmæssige betingelser, samt den fulde tilsynsvirk-somhed med sundhedsplejerskeordningen, herunder instruktion af personalet, således at sundhedsstyrelsens opgaver i det væsentlige bliver af rådgivende karakter.

Udvalget har overvejet, hvorvidt sundhedsplejerskeordningen for så vidt angår de største byer uden for hovedstaden bør være et pri-

mærkommunalt anliggende, idet disse kommuner allerede har udviklet eller vil kunne udvikle et betydeligt mere differentieret socialt og sundhedsmæssigt rådgivnings- og behandlingsapparat, end det er muligt i de mindre kommuner. Hertil kommer, at disse kommuner efter kommunalreformens gennemførelse både geografisk og befolkningsmæssigt er af en sådan størrelse, at de i lighed med amtskommunerne kan anses for at være velegnede enheder for sundhedsplejerskeordningens administrative placering. I overvejelserne har været fremhævet en risiko for, at sundhedsplejerskeordningens nære tilknytning til de pågældende kommuners sociale forvaltning, pædagogiske institutioner m. v. ville mindskes, såfremt sundhedsplejerskerne ansattes af og sorteret under amtskommunen.

På den anden side fremhævedes det uheldige i, at de store byers sundhedsplejersker, herunder ledende sundhedsplejerske, ikke ville få den nødvendige samlende kontakt til amtsplanet, hvor store dele af social- og sundheds-væsenets opgaver forventes centraliseret, at byernes udskillelse fra amtsordningen ville give en ringere betjening af befolkningen i de øvrige kommuner i amtet, og at en særordning for de nævnte byer ville indebære en mulighed for særordninger i andre byer, hvorved fordelene ved en amtsordning ville reduceres væsentligt.

Under hensyn hertil og til det iøvrigt anførte er der i udvalget enighed om, at amtskommunen må anses for den mest velegnede administrative enhed for sundhedsplejerskeordningens fremtidige organisation, idet udvalget med hensyn til sundhedsplejerskeordningens administrative placering for så vidt angår de største byer også her finder, at amtskommunal organisation — alle forhold taget i betragtning — er at foretrække; men man understreger, at der må lægges den største vægt på, at det eksisterende snævre samarbejde med de kommunale organer, særligt på det sociale og skolemæssige (pædagogiske) område, bevares.

b. Forslag til fremtidig opbygning af sundhedsplejerskeinstitutionen

Som det fremgår af bilag nr. 18 er amtskommunerne vidt forskellige med hensyn til indbyggertal og geografisk udstrækning, hvilket må tages i betragtning ved tilrettelæggelse af ordningen, som udvalget herefter foreslår

benævnt sundhedsplejerskeinstitutionen, i den enkelte amtskommune. Den nedenfor foreslåede organisatoriske opbygning vil med tillem্পning til den enkelte amtskommunes forhold muliggøre en styring af sundhedsplejerskeinstitutionens ydelser svarende til befolkningens behov.

Under hensyn til de foran anførte overvejelser vedrørende den administrative placering af sundhedsplejerskeinstitutionen er der i udvalget enighed om at foreslå:

1. at etablering og drift af **sundhedsplejerskeinstitutionen** gøres obligatorisk,
2. at pligten pålægges landets 14 amtskommuner, samt — indtil en ny hovedstadsordning er etableret — København og Frederiksberg,
3. at personalet ansættes af de under punkt 2 nævnte kommuner, der afholder de med institutionen forbundne udgifter,
4. at der i hver af de under punkt 2 nævnte kommuner ansættes en amts/stadssundhedsplejerske til at varetage den faglige ledelse af sundheds- og sygepleje,
5. at der til bistand for amts/ stadssundhedsplejersken efter behov ansættes assisterende amts/ stadssundhedsplejersker,
6. at de nærmere retningslinier for organisationen og det faglige indhold fastsættes af indenrigsministeren efter indstilling fra sundhedsstyrelsen, og
7. at sundhedsplejerskearbejdet koordineres med den øvrige sundheds- og sygepleje samt de sociale områder.

Med baggrund i socialreformkommissionens 1. betænkning vedrørende amtskommunernes fremtidige forvaltning af sundhedsmæssige og sociale foranstaltninger foreslår udvalget sundhedsplejerskeinstitutionens administration henlagt under amtets social- og sundhedsudvalg og i nær tilknytning til amtslægeinstitutionen. Som følge af den nære forbindelse mellem sundhedsplejerske- og hjemmesygeplejearbejdet og for at opnå et så nært samarbejde som muligt mellem disse to områder foreslås en samlet faglig ledelse, hvilket der allerede i enkelte amter er taget skridt til med oprettelsen af stillinger som amtssundhedsplejersker.

Udvalgets forslag til en ændret sundhedsplejerskeinstitution har sit udgangspunkt i et hovedformål, jfr. afsnit 1.a, der foreslås reali-

seret igennem afgrænsede arbejdsområder, jfr. afsnit 1.b, 1°-4°. Det indebærer en omlægning af arbejdet fra rutinepræget til behovspræget sundhedspleje tilligemed inddragelse af nye arbejdsområder, der har brede berøringsflader til andre sundhedsmæssige og sociale foranstaltninger og organer.

Gennemførelsen af forslaget vil stille en række nye krav til sundhedsplejerskeinstitutionen og dens udøvere.

Med baggrund i ovenfor nævnte formål må der for den enkelte sundhedsplejerskeinstitutionens område formuleres en målsætning svarende til områdets behov. Med denne som udgangspunkt må der fastlægges og udbygges et sundheds- og sygeplejeprogram afpasset efter befolkningens behov og personalemæssige ressourcer, og institutionens aktiviteter må i passende omfang samordnes med øvrige implicerede faggruppers ydelser med henblik på realisation af de vedtagne formål.

For personalets vedkommende vil der være behov for løbende ajourføring af faglig viden, indførelse af nye arbejdsmetoder, kendskab til andre faggruppers arbejdsområder og kompetence samt åbenhed over for samarbejde indtil og udadtil.

Efter udvalgets opfattelse vil en omlægning af **sundhedsplejerskearbejdet** overalt i landet kun kunne gennemføres tilfredsstillende, såfremt der af faglige ledere kan ydes en omfattende indsats med hensyn til planlægning og prioritering af opgaverne, instruktion til personalet og tilsyn med sundhedsplejerskeinstitutionen samt koordinering til andre sundhedsmæssige og sociale foranstaltninger, ikke mindst i forbindelse med et forventet udbygget samarbejde mellem de praktiserende læger og **sundhedsplejerskerne**.

Forslaget vil kunne omfatte Færøerne og Grønland med de ændringer, der følger af de særlige forhold, geografisk, socialt og befolkningsmæssigt, i disse områder.

Amtslstadssundhedsplejersken og hendes opgaver

Den øverste faglige ledelse forstås af en amts/stadssundhedsplejerske, der sorterer under social- og sundhedsudvalget.

Amts/stadssundhedsplejerskens særlige funktion er i samarbejde med amtslægeinstitutionen og social- og sundhedsudvalget at udarbejde og formulere sundhedsplejerskeinstitutionens målsætning svarende til de sundhedsmæssige og sociale behov inden for området.

Endvidere forestår hun planlægningen og organiseringen af sundhedsplejerskeinstitutionens arbejdsområder, indhold og retningslinier samt sørger for, at disse realiseres på den mest hensigtsmæssige måde.

Hun er ansvarlig for, at intern og extern efteruddannelse af de under hende sorterende personalegrupper finder sted, ligesom hun giver forslag til personalenormering.

Over for amtsrådet, dets udvalg og ledende embedsmænd fungerer amtsundhedsplejersken som rådgiver i alle spørgsmål vedrørende sygepleje og de områder af sundhedsplejen, inden for hvilke der beskæftiges syge- og sundhedsplejersker samt personalegrupper, der knytter sig til disses arbejde.

Eventuelle andre opgaver vil i samarbejde med amtslægeinstitutionen kunne indgå i amtsundhedsplejerskens ansvars- og arbejdsområder, f. eks. tilsyn med alderdoms- og plejehjem, børneinstitutioner m. m., hvilket bør fremgå ved udformningen af stillingsbeskrivelse for den enkelte amtsundhedsplejerske.

Den assisterende amts/stadssundhedsplejerske og hendes opgaver

Arten og omfanget af de opgaver, der pålægges amtsundhedsplejersken kan nødvendigvis gøre en opdeling af amtskommunen i 2 eller flere geografiske områder, der hver forestås af en assisterende amtsundhedsplejerske, som herefter er ansvarlig over for amtsundhedsplejersken som nærmeste faglige foresatte i alle spørgsmål inden for arbejdsområdet.

Den assisterende amtsundhedsplejerskes vigtigste opgaver vil være at forestå udformning og tilrettelæggelse af sundheds- og sygeplejen inden for området, fordele arbejdsopgaverne og det nødvendige personale til disses udførelse samt varetage det faglige tilsyn med arbejdet og dets koordinering internt og eksternt.

Tilsynsopgaver, der måtte blive pålagt amtsundhedsplejersken, vil kunne delegeres til den assisterende amtsundhedsplejerske, f. eks. tilsyn med institutioner, der findes inden for det pågældende område.

Det udøvende personale og dets opgaver

Fundamentet i sundhedsplejerskeinstitutionens organisatoriske opbygning består af det udøvende personale på det lokale plan, sundhedsplejersker og hjemmesygeplejere.

Med hensyn til *sundhedsplejersken* og hendes opgaver, er der i afsnit l.b., 1°-4°, frem-

sat forslag til arbejdsområder og dertil knyttede opgaver.

Sundhedsplejerskerne må imidlertid forbedres på overtagelse af nye arbejdsopgaver, ligesom mulighederne for, at disse kan realiseres i et nærmere samarbejde med de praktiserende læger og andre medicinske og sociale medarbejdere må være til stede.

Efterhånden som forudsætningerne opfyldes, bør sundhedsplejerskens ansvars- og arbejdsområder indgå i en for den enkelte ansatte ajourført stillingsbeskrivelse.

Udvalget har som omtalt foreslået, at sundhedsplejersken, hvor omstændighederne taler derfor, vil kunne varetage hjemmesygeplejerskeopgaver. Da sådanne i et vist omfang vedrører elementær sygepleje, skal udvalget foreslå, at sundhedsplejerskeinstitutionen, som tilfældet er det i hjemmesygeplejen, beskæftiger *hjemmesygeplejere* til udførelse af disse opgaver under sundhedsplejerskens tilsyn.

Sekretærer og deres opgaver

Administrationen af sundhedsplejerskeinstitutionen vil være forbundet med ret omfattende kontorarbejde, hvorfor der foreslås sekretærer knyttet til såvel *amts/stadssundhedsplejerskens* som til den assisterende amts/stadssundhedsplejerskes kontor.

Af kontoropgaver kan nævnes skriftligt arbejde i forbindelse med planlægning, instruktion og koordination, indkaldelse til og referat af møder, arbejdsplaner m. v., udarbejdelse af statistik, kartoteksarbejde, indberetninger, ekspedition af henvisninger, korrespondance o.s.v.

c. Institutionens organisatoriske indpasning i overordnede og faglige organer

1° De overordnede organers relationer til sundhedsplejerskeinstitutionen

I afsnit 2.a., 1°-3°, er der givet en kort beskrivelse af overordnede organers opgaver i forhold til sundhedsplejerskeinstitutionen — indenrigsministeriet, sundhedsstyrelsen og kommuner. Sammenfattende drejer det sig for de centrale myndigheder om fastsættelse af generelle bestemmelser vedrørende lovens gennemførelse, herunder godkendelse af institutioner og antallet af stillinger, samt overtilsynet med sundheds- og sygeplejen, medens den egentlige forvaltning af sundhedsplejerskeinstitutionen varetages af de kommunale myndigheder.

Som følge af kommunalreformen er bestemmelsen om, at indenrigsministeriet skal godkende oprettelse af sundhedsplejerskestillinger, bortfaldet, idet antallet af kommunale tjenestemænd, deres løn- og ansættelsesforhold, fremtidig fastsættes af kommunernes lønningsnævn, jfr. lov om kommunernes styrelse af 31. maj 1968, § 67, som ændret ved lov nr. 219 af 4. juni 1969 (lov om ændring af lov om kommunernes styrelse).

For sundhedsstyrelsens vedkommende forventes en ændret byrdefordeling mellem stat og kommuner i henseende til sundhedsplejerskeinstitutionen at medføre, at det styrelsen pålagte arbejde med revisionen af sundhedsplejerskeinstitutionens regnskaber bortfalder. Endvidere forventes bestemmelsen om, at sundhedsstyrelsens godkendelse skal indhentes ved ansættelse af sundhedsplejersker, overført til den amtskommunale myndighed.

Sundhedsstyrelsens centrale opgaver i forbindelse med sundhedsplejerskeinstitutionen forventes i medfør af lov om sundhedsvæsenets centralstyre fortsat som hidtil.

Med vedtagelse af lov om styrelse af sociale og visse sundhedsmæssige anliggender af 27. maj 1970 skal en under socialministeriet oprettet socialstyrelse varetage den centrale forvaltning af sociale anliggender. Der oprettes ved loven et styrelsesråd, hvis opgave er at rådgive styrelsens chef, og hvori en repræsentant for sundhedsstyrelsen har sæde. Der er hermed på det centrale plan taget skridt til en nærmere koordinering af sociale og sundhedsmæssige foranstaltninger.

tionen må samordnes med, er beskrevet i afsnit 2.2, 1° og 2°, og skitseret i nedenstående oversigt.

En begyndende udbygning af samarbejdet mellem praktiserende læger og sundhedsplejersker er, som omtalt i kapitel II, i gang adskillige steder.

En mere effektiv koordinering vil kunne opnås ved en integrering af lægens og sundhedsplejerskens geografiske arbejdsområder, hvorefter sundhedsplejerskerne arbejder i nær forbindelse med nogle få læger om disses patientkredse eller direkte knyttes til almen gruppepraksis, hvor de eventuelt har fælles lokaler med jordemødre og hjemmesygeplejersker, således at samordningen med disse grupper ligeledes sikres. I kapitel IV, 4., er denne organisationsform og dens fordele beskrevet tillige med de vigtigste forudsætninger, der betinger en hensigtsmæssig gennemførelse af sådanne tilknytningsordninger.

Sundhedsplejerskeinstitutionens bedst mulige funktion er dog ikke løst alene ved en nærmere tilknytning til de praktiserende læger, men forudsætter tillige en nær tilknytning til de primærkommunale myndigheder og disses organer, for at et social-medicinsk behandlingsarbejde kan gennemføres.

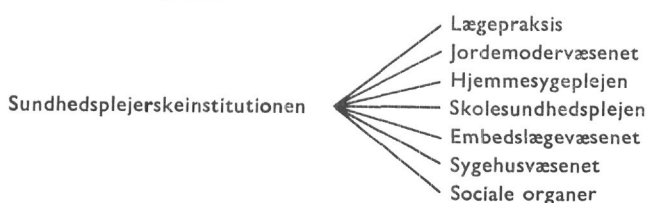
Hvor der ikke er mulighed for lokale-fællesskab i lægehuse, vil samarbejdet med såvel læger, andre medicinske og sociale instanser som med lokale myndigheder samt med sygehuse kunne lettes og fremmes ved etablering af sundhedsplejerskekontorer, evt. sammen med hjemmesygeplejersker og jordemødre, f. eks. i tilslutning til primærkommunernes social- og sundhedsudvalg. Sundhedsplejerskernes behov for hyppig, helst daglig kontakt med fagfæller til drøftelse af aktuelle problemer vil på denne måde kunne tilgodeses, ligesom de her kan opbevare journaler og andet arbejds materiale samt udføre nødvendigt skriftligt arbejde.

Med hensyn til skolesundhedsplejen, specielt i områder hvor der til disse alene er knyttet

2° De faglige organers relationer til sundhedsplejerskeinstitutionen

Udvalget har som nævnt henstillet, at sundhedsplejerskearbejdet koordineres med den øvrige sundheds- og sygepleje samt med de sociale områder. De vigtigste faglige organer og disses områder inden for mødre- og børnesundhedsplejen, som sundhedsplejerskeinstitu-

Sundhedsplejerskeinstitutionens samarbejdsområder



sygeplejersker eller sekretærer, vil amts/stads-sundhedsplejersken eller den assisterende amts/stadssundhedsplejerske kunne formidle bistand fra sundhedsplejerskeinstitutionen, således at kontakten mellem skolen, de **social-medicinske** instanser og hjemmet samordnes.

Af betydning for de faglige organers sam-ordning kan nævnes konferencer om fælles patienter/klienter, som afholdes regelmæssigt og/eller efter behov, ligesom tværfaglige møder bl. a. vil kunne bidrage til bedre forståelse af de enkelte faggruppers arbejdsområde, kompetence og problemer.

4. Forudsætninger for forslagens gennemførelse

a. Personale

En af de væsentligste forudsætninger for gennemførelsen af udvalgets forslag til en fremtidig sundhedsplejerskeinstitution er det fornødne antal sundhedsplejersker. Som omtalt i kapitel III, afsnit 3, er der imidlertid en følelig mangel på sundhedsplejerskepersonale.

Personalemanglen stiller skærpede krav til en hensigtsmæssig udnyttelse af sundhedsplejerskens særlige uddannelse, ligesom den nødvendiggør overvejelser med hensyn til beskæftigelse af andet personale til opgaver, der ikke forudsætter en sundhedsplejerskeuddannelse, jfr. kapitel V, l.b.3°, hvor beskæftigelse af sekretærer i skolesundhedsplejen er omtalt.

1° Faglig ledelse

Personalets kvalitet og kvantitet vil bedst kunne vurderes af en faglig leder — amts/stadssundhedsplejerske - og det første skridt bør derfor være at ansætte en sådan, hvor hun endnu ikke findes.

Det skal bemærkes, at der pr. 1. april 1970 er ansat amtssundhedsplejersker i 7 af de nye amtskommuner (Frederiksborg, Roskilde, Vestsjællands, Storstrøms, Vejle, Ringkøbing og Nordjyllands amtskommuner), medens 2 sådanne stillinger er normeret i Ribe og Fyns amtskommuner. Københavns, Bornholms, Viborg, Århus og Sønderjyllands amtskommuner har endnu ikke oprettet amtssundhedsplejerskestillinger. I Københavns kommune forestås sundhedsplejerskeinstitutionen af en forstanderinde, medens Frederiksberg kommune ikke har ansat en faglig leder.

Afhængig af sundhedsplejerskepersonalets størrelse i den enkelte amtskommune og af omfanget af arbejdsopgaver, der pålægges amts/stadssundhedsplejersken, vil der være behov for ansættelse af assisterende amts/stadssundhedsplejersker — en eller flere —, der hver vil være ansvarlig for den faglige ledelse inden for et afgrænset geografisk område. Sådanne stillinger er oprettet i Vejle og Nordjyllands amtskommuner, hvoraf stillingen i Vejle er besat.

Ansættelse i de ovenfor nævnte lederstillinger forudsætter i overensstemmelse med sundhedsstyrelsens hidtidige praksis, at de pågældende har gennemgået sundhedsplejerskeuddannelsens 1. og 2. del ved Danmarks Sygeplejerskehøjskole eller har tilsvarende uddannelse. Uddannelsens 2. del, der omfatter administration og undervisning kvalificerende til ledende syge- og sundhedsplejerskestillinger, er etableret fra september 1969.

En øget efterspørgsel af personale på lederplanet inden for sundhedsplejen må antages at stimulere tilgangen af ansøgere til ovennævnte uddannelse, således at det i løbet af en kortere årrække skulle være muligt at imødekomme behovet for faglige ledere.

2° Sundhedsplejersker

Sundhedsplejerskeordninger har efter de gældende retningslinier været etableret med arbejdsområder, der omfattede spædbørnssundhedspleje alene eller skolesundhedspleje alene eller en kombination af de to arbejdsområder, medens der kun har været ganske få ordninger, der tillige har omfattet hjemmesygepleje.

De fra forsøgsordningerne indhentede erfaringer har vist, at omlægningen af arbejdet fra rutine- til behovsafpasset sundhedspleje til børn i det første leveår har gjort det muligt at udvide arbejdsområdet til den gruppe af familier med børn fra 1-7 år, der har sundhedsmæssige problemer - ca. 10-20 % - uden at antallet af sundhedsplejersker har måttet forøges. I de områder, hvor arbejdet tillige har omfattet skolesundhedsplejen, er denne blevet gennemført uændret i henhold til gældende retningslinier, med undtagelse af Skjern kommune, hvor skolesundhedsplejen har været tilrettelagt med behovspræget sigte.

Antallet af indbyggere pr. sundhedsplejerske i forsøgsordningerne har i Holbæk amt været ca. 6.000, medens det i Århus amt inklusive

Århus by var ca. 5.800. Arbejdet omfattede i disse områder spædbørn, småbørn og skolebørn, arbejdet med spædbørn og småbørn var behovsafpasset, medens dette ikke var tilfældet for skolebørnenes vedkommende, og igennem arbejdstidsanalyser er det blevet konstateret, at en sundhedsplejerske med de nævnte opgaver kan betjene ca. 6.000 indbyggere, under forudsætning af et årligt fødselstal på ca. 15 levendefødte pr. 1000 indbyggere, jfr. p. 62.

I Københavns kommune, hvor arbejdet udelukkende vedrørte spædbørn og småbørn samt fra 1966 tillige sundhedsplejerskebesøg til en vis del af de førstegangsfødende før barnets fødsel, var indbyggertallet pr. sundhedsplejerske ca. 11.800.

Beregnet behov for tilgang af sundhedsplejersker

Ved beregningen af det nødvendige antal sundhedsplejersker til hele landet vil man kunne gå ud fra erfaringerne i forsøgsordninger, hvor arbejdet har omfattet såvel spædbørn og småbørn som skolebørn. Hertil kommer, at der må tages hensyn til befolkningens aldersfordeling, arten og omfanget af de sociale og sundhedsmæssige problemer, antallet af arbejdsområder, der pålægges institutionen, hvorvidt der er sekretærhjælp og bil til rådighed samt tilstedeværelsen af andre sociale og sundhedsmæssige serviceforanstaltninger i området.

Under forudsætning af, at en sundhedsplejerske kan betjene ca. 6.000 indbyggere, jfr. de ovennævnte forbehold, vil der for hele landet - med den usikkerhed, der knytter sig til en beregning baseret på et gennemsnitstal — være behov for ialt ca. 820 sundhedsplejersker.

Til opfyldelse af dette behov var der ved personaletællingen den 22. april 1969 beskæftiget nedenstående antal sundhedsplejersker og sygeplejersker, idet bemærkes, at antallet af deltidsbeskæftigede er omregnet til fuldtidsbeskæftigede.

Det fremgår af tabel 14, at det beregnede fuldtidsbeskæftigede sundheds- og sygeplejerskepersonale på tællingsdagen omfattede ialt 720, heraf 525 sundhedsplejersker og 195 sygeplejersker. Af sidstnævnte var 38 godkendt som spædbørnssundhedsplejersker i henhold til 1937-loven og 38 var godkendt som skolesundhedsplejersker, idet deres ansættelse har fundet sted før skolelægelovens ikrafttræden, d. v. s. at sundhedsplejerskepersonalet udgjorde ialt 605 eller 84 % af det samlede sundheds- og sygeplejerskepersonale.

Man kan herefter anslå den nuværende mangel på sundhedsplejersker til 100 under forudsætning af, at den af udvalget foreslåede overgang fra »rene« til kombinerede ordninger ikke i sig selv medfører et øget behov for sundhedsplejersker.

Som omtalt i kapitel III må der i de kommende år forventes en ret stor afgang af sundheds- og sygeplejersker på grund af alder, jfr. tabel 10, hvoraf det fremgår, at 50 % af sundhedsplejerskerne og 54 % af sygeplejerskerne er 50 år og derover. Hertil kommer en forventet årlig afgang på grund af andre årsager, f. eks. overgang til anden virksomhed og ophold i udlandet, som må anslås til ca. 15, jfr. p. 39.

Forudsat afgang ved en pensionsalder på 65 år og at det afgående sygeplejerskepersonale udskiftes med sundhedsplejersker, kan det

TABEL 14

Beregnet antal fuldtidsbeskæftigede sundheds- og sygeplejersker i egentlige sundhedsplejerskeordninger fordelt efter beskæftigelses art, april 1969

Beskæftigelses art	Sundhedsplejersker			Sygeplejersker			Til- sammen
	fuldtid	deltid omregnet til fuldtid	i alt	fuldtid	deltid omregnet til fuldtid	i alt	
Spædbørn, småbørn	162	6	168	35	2	37	205 ¹⁾
Kombineret ordning	273	7	280	5	—	5	285 ¹⁾
Skolesundhedspleje	65	12	77	70	83	153	230 ²⁾
Tilsammen	500	25	525	110	85	195 ³⁾	720

¹⁾ Jfr. kapitel III, tabel 3.

²⁾ Jfr. kapitel III, tabel 6.

³⁾ Heraf 38 godkendt som spædbørnssundhedsplejersker i henhold til 1937-loven og 38 godkendt som skolesundhedsplejersker, jfr. kapitel III, 2.b, vedrørende ordninger med skolesundhedspleje.

beregnete samlede behov for tilgang af sundhedsplejersker i 5-års perioden 1971-75 her- efter anslås til følgende:

	I alt	Pr. år
Afgang som følge af alder	150	30
Afgang af andre årsager	75	15
Den beregnede sundhedsplejerskemangel	100	20
Beregnet behov for tilgang i alt	325	65

Vedrørende muligheden for at imødekomme behovet skal bemærkes, at uddannelseskapa- citeten er øget med oprettelsen af en sygeplejer- skehøjskole i København, der fra september 1970 tillige omfatter en sundhedsplejerskelinie, hvorefter der årligt med den nuværende kapa- citet kan uddannes 45 sundhedsplejersker. Det kan endvidere bemærkes, at omlægningen og udvidelsen af arbejdsopgaverne i forsøgsområ- der og andre steder har virket stimulerende på tilgangen af ansøgere til sundhedsplejerskeud- dannelsen, således at der til påbegyndelse af uddannelsen i Århus og i København i 1970/71 var ialt 71 ansøgere, hvoraf er optaget 45, hvilket er en fordobling sammenlignet med fo- regående år. For så vidt angår fordelingen af personalet, kan det oplyses, at sundhedsplejer- sker synes at foretrække ansættelse i ordninger, hvor der er etableret faglig ledelse, idet per- sonalemanglen her er minimal sammenlignet med områder uden faglig ledelse.

Da afgang som følge af alder og andre årsager vil udgøre ca. 45 pr. år, må uddan- nelseskapaciteten ved sygeplejerskehøjskolerne yderligere udvides, såfremt det beregnede be- hov for tilgang af sundhedsplejersker med hen- blik på fuld dækning af landet inden for den kommende 5 års periode skal kunne imøde- kommes.

Under hensyn til personalesituationen skal udvalget foreslå, at behovspræget sundhedspleje til familier med spædbørn og småbørn først og fremmest tilgodeses og at sundhedsplejer- skerne, efterhånden som tilgangen af nyuddan- nede gør det muligt, tillige deltager i det sundhedsfremmende arbejde med skolebørn og med andre grupper som foreslået i kapitel V, afsnit l.b.4°, p. 49.

I forbindelse med personalesituationen skal bemærkes, at antallet af levendefødte pr. 1.000 indbyggere i hele landet er faldet fra 17,6 i 1963 til 14,6 i 1969, hvilket i sig selv har

mindsket behovet for sundhedsplejersker. En modsat tendens følger af behovet for sund- hedspleje til andre grupper, herunder ældre.

Endvidere skal udvalget henlede opmærk- somheden på, at der vil kunne opnås en bedre anvendelse af de eksisterende sundhedsplejer- skers særlige kvalifikationer ved beskæftigelse af andet personale til opgaver - specielt i skole- sundhedsplejen -, der hidtil har været udført af sundhedsplejersker, men som ikke forud- sætter personale med sundhedsplejerskeuddan- nelse. Der henvises i denne forbindelse til ud- valgets forslag i kapitel V, afsnit l.b.3°, p. 47 og 48.

b. Materialer

Udvalgets forslag om oprettelse af sundheds- plejerskekontorer i tilslutning til primærkom- munens social- og sundhedsforvaltning vil medføre behov for anskaffelse af kontorinventar, telefoner m. v. I den udstrækning dette sker, vil opretholdelsen af sundhedsplejersker- nes tjenestetelefoner i eget hjem ikke længere være nødvendig.

Inddragelse af nye arbejdsområder nødven- diggør udarbejdelse af nye journalformularer, der tilgodeser behovet for oplysninger, såvel med henblik på kontinuitet i arbejdet som for klarlæggelse af forhold, der må tages i betragtning ved eventuelle ændringer eller ved planlægning af nye arbejdsområder.

De skematiske indberetninger om sundheds- plejerskernes virksomhed (måned- og årsbe- retninger) må ligeledes revideres med hensyn- tagen til omfanget af oplysninger, der måtte være behov for på det lokale og centrale plan.

c. Transport

Udvalget har som omtalt foreslået, at sund- hedsplejerskernes nuværende geografisk be- stemte distrikter ophæves, og at deres arbejds- områder i stedet integreres i f. eks. 3-5 prak- tiserende lægers patientkredse. En sådan om- lægning vil medføre, at sundhedsplejerskerne må benytte bil i arbejdet også under byfor- hold.

Ifølge erfaringerne fra England, jfr. kapitel IV, 4, kan der blive tale om en mindre for- øgelse af udgifterne til transport, men under hensyn til fordelene ved et direkte samarbejde mellem læger og sundhedsplejersker må for- øgelsen dog anses for mindre væsentlig.

d. Retningslinier vedrørende sundhedsplejerskeinstitutionen

Udvalgets forslag tager sigte på en langt smidigere sundhedsplejerskeordning end hidtil praktiseret. Da de sundhedsmæssige problemer kan være forskellige fra amt til amt, bør sundhedsplejerskeordningen — efter udvalgets opfattelse — tilrettelægges med henblik på at bistå med løsningen af de pågældende områders behov. Afhængig af de lokale forhold og muligheder kan der således blive tale om ordninger med forskelligt opgaveindhold og personalemæssig sammensætning.

De hidtil gældende retningslinier vedrørende sundhedsplejerskers virksomhed er indeholdt i »Vejledning og instruktion vedrørende sundhedsplejerskeordningen«, der er udgivet af sundhedsstyrelsen i 1961 og ikke længere tidssvarende. I forbindelse med vedtagelse af nye lovbestemmelser, må der derfor udarbejdes generelle retningslinier som vejledning for myndigheder og embedslæger ved fremtidige ordningers planlægning og gennemførelse.

e. Forslagets økonomiske konsekvenser

Under forudsætning af, at der oprettes kontorer til amtssundhedsplejerskerne og 1 assisterende amtssundhedsplejerske i hver amtskommune, kan de årlige driftsudgifter ved slutningen af den første 5 års periode anslås til følgende beløb i april 1970-løn- og prisniveau:

820	sundhedsplejerskestillinger å 42.000 kr.	34.440.000 kr.
30	amts/stadssundhedsplejersker og assisterende amts/stads- sundhedsplejersker å 50.000 kr.	1.500.000 kr.
30	kontorer, husleje, å 10.000 kr.	300.000 kr.
30	kontoruddannede medarbejdere å 38.000 kr.	1.140.000 kr.
850	sundhedsplejerskers befor- dringsudgifter å 5.000 kr. ..	425.000 kr.
		37.805.000 kr.

Man går herved ud fra, at der i tilknytning til hver kommunes social- og sundhedsudvalg, eller, hvor det findes mest hensigtsmæssigt, i grupper af praktiserende lægers lægehuse, stilles et kontor med telefon og skriveassistance til rådighed for sundhedsplejerskerne; udgifterne herved har udvalget ikke haft mulighed for at vurdere. Med det *nuværende* antal sundheds- og sygeplejersker samt ledende sundhedsplejersker kan udgifterne anslås til ca. 5,5 mill. kr. lavere. Til sammenligning kan oplyses, at statens udgifter til refusion af lønninger m. v., der i del: væsentlige udgør 50 %, anslås til 11,4 mill. kr. i 1971/72, således at de samlede udgifter til de nuværende sundhedsplejerskeordninger udgør 22-23 mill. kr., hvortil kommer udgifterne til skolesundhedsplejen, som anslås til ca. 15 mill. kr.

København, den 11. september 1935.

Som det er ministeriet bekendt, har der i årene 1929-1935 i tre forskellige distrikter her i landet været udført et forsøgsarbejde af hygiejnisk art, som har taget sigte på forebyggelse af sygdom og sygelighed hos spædbørn, det vil sige børn i det første leveår.

Dette forsøgsarbejde blev iværksat på sundhedsstyrelsens foranledning i samarbejde med Rockefeller Foundation, som har afholdt en meget betydelig del af omkostningerne ved arbejdet, medens resten af disse hovedsagelig er blevet afholdt af de interesserede kommunale myndigheder og for en mindre dels vedkommende af staten.

Begrundelsen for, at dette arbejde blev taget op, var den kendsgerning, at spædbørnsdødeligheden her i landet igennem en længere årække har været ret betydelig sammenlignet med adskillige andre lande og - ligeledes i modsætning til disse andre lande — i de sidste 10—15 år væsentligt har holdt sig konstant uden tendens til nedgang.

Spædbørnsdødeligheden*) i Danmark var omkring 1900 13-14 pct.; den aftog jævnt år for år, indtil den i 1918 var 7,4 pct. Denne nedgang, som uden tvivl må tilskrives virkningen af samfundsmæssige fremskridt af såvel rent social som hygiejnisk karakter, fortsattes imidlertid ikke derefter. I 1919 var spædbørnsdødeligheden 9,2 pct. og har siden da - indtil 1933 - med små svingninger holdt sig omkring 8 pct. I de sidste 2 år har spædbørnsdødeligheden været lidt nedadgående, var for 1934 således 6,4 pct. I de øvrige nordiske lande er spædbørnsdødeligheden i løbet af samme tidsrum derimod blevet reduceret betydeligt, således at der i disse lande i 1932, hvor Danmarks spædbørnsdødelighed var 7,2 pct., var:

i Island	4,5 pct.
i Norge	4,7 pct.
i Sverige	5,1 pct.
i Finland	7,4 pct.

*) o: Dødeligheden blandt børn under 1 år.

En sammenligning med forskellige lande uden for de nordiske lande viser ligeledes, at Danmarks stilling på dette område er svag.

I 1931, hvor spædbørnsdødeligheden i Danmark, var 8,1 pct., var den i

Ny-Zeeland	3,2 pct.
Australien	4,2 pct.
Schweiz	4,9 pct.
Holland	5,0 pct.
U. S. A.	6,5 pct.
England	6,6 pct.
Irske Fristat	6,9 pct.
Canada	7,0 pct.
Nord-Irland	7,3 pct.
Frankrig	7,6 pct.

Det er en selvfølge, at sundhedsstyrelsen længe har fulgt spædbørnsdødeligheden med udelte opmærksomhed og har søgt efter årsagen eller årsagerne til dens konstant høje værdier, som er en for vor folkesundhed yderst beklagelig kendsgerning.

Efter alt, hvad der nu foreligger oplyst i såvel statistisk som videnskabelig henseende, må man anse spædbørnsdødeligheden her i landet som udtryk for en for stor sygelighed og for ringe modstandskraft over for sygdomme hos de spæde børn. Årsagen hertil må først og fremmest søges i levevilkårene, i plejen af børnene, ernæringen, påklædningen og boligforholdene.

I 1922 udarbejdede Sundhedsstyrelsen en kortfattet populær »Vejledning i det spæde Barns Ernæring og Pleje«, som gennem landets jordemødre siden da er blevet uddelt til unge mødre. Der er i alt trykt 385.000 eksemplarer af denne pjece, der er blevet meget efterspurgt og som efter de oplysninger, der foreligger for sundhedsstyrelsen, utvivlsomt også har været og er en god hjælp for mange mødre, men som, efter hvad statistikken udviser, alligevel ikke har været tilstrækkelig til effektivt at bekæmpe sygelighed og dødelighed blandt vore spædbørn.

Dette vil nemlig ikke kunne gennemføres alene ved trykte vejledninger, hvor gode og letfattelige de end er.

For så vidt vor — i sammenligning med vore nabolande - høje spædbørnsdødelighed skyldes en mindre hensigtsmæssig pleje og ernæring, må det anses for overvejende sandsynligt, at det kun vil være muligt at få denne ændret ved gennem personlig påvirkning og vejledning af mødrene at udbrede forståelse af og kendskab til spædbørnenes pleje og ernæring.

I flere lande, navnlig U. S. A., England og Finland, har man forlængst erkendt dette og draget konsekvenserne deraf ved at organisere et forebyggende arbejde udført af sundhedsplejersker, som under besøg i hjemmene yder hjælp og vejledning til mødrene.

Sundhedsstyrelsen var allerede for flere år siden nået til den overbevisning, at et lignende hygiejnisk arbejde ville være påkrævet her i landet, hvis vi skulle nå frem til tilfredsstillende forhold med hensyn til sygelighed og dødelighed blandt spædbørnene, men man var også blevet klar over, at formerne for et sådant arbejde ikke direkte ville kunne overføres hertil fra andre lande med andre sociale forhold, således at det måtte anses for meget ønskeligt først at få iværksat et forsøgsarbejde, der tog sigte på at vinde klarhed over spørgsmålet.

Sundhedsstyrelsen indledede derfor i 1927-28 forhandlinger med Rockefeller Foundation om samarbejde og økonomisk støtte til iværksættelse af et sådant forsøgsarbejde.

Disse forhandlinger resulterede i, at der i 1929 oprettedes 3 forsøgsdistrikter - 2 landdistrikter, henholdsvis i Holbæk og i Vejle amt, og 1 distrikt i København - i hvilke man ved hjælp af særligt uddannede sygeplejersker, sundhedsplejersker, ville undersøge, hvorvidt det ved et personligt oplysningsarbejde direkte til mødrene om spæde børns pleje og ernæring ville være muligt at formindske spædbørnsdødeligheden og dermed sygeligheden.

I hvert af disse distrikter blev ansat en sundhedsplejerske, som fra jordemødrene skulle have underretning om hver fødsel inden for distriktet, umiddelbart efter at den havde fundet sted. Sundhedsplejersken skulle derefter så hurtigt efter fødslen som muligt besøge alle de pågældende hjem uanset disses økonomiske forhold og tilbyde dem sin hjælp med råd og vejledning til moderen om det nyfødte barns pleje i dets første leveår, idet hun ligeledes i samtlige hjem skulle præcisere, at hendes hjælp blev

ydet uden vederlag, og at det var en frivillig sag, om man ville modtage den eller ikke.

I alle de hjem, hvor man ønskede sundhedsplejerskens hjælp, skulle hun derefter i løbet af barnets første leveår aflægge besøg med visse, ikke for lange mellemrum, der dog i hvert enkelt tilfælde måtte afpasses efter forholdene, og under disse besøg give råd og vejledning til moderen om den rette pleje og ernæring af det spæde barn. Samtidig blev det pålagt hende at følge børnenes trivsel ved at kontrollere deres vægt og ved mindste mistanke om, at et barn var sygt, tilråde forældrene at søge lægehjælp.

Forsøgsarbejdet blev planlagt at skulle strække sig over et tidsrum af 6 år, således at man kunne nå at få afsluttet tilsynet også med alle de i det 5. forsøgsår fødte børn.

Rockefeller Foundation afholdt samtlige udgifter de første 2 år af forsøgsperioden og deltog derefter i udgifterne efter en faldende skala i de følgende 4 år, idet det var en betingelse for Rockefeller Foundation's økonomiske hjælp, at de interesserede kommuner, de 2 amtskommuner og Københavns Kommune, da i tilsvarende stigende grad skulle deltage i udgifterne ved arbejdet. En lignende forholds-mæssig del af omkostningerne ved det i sundhedsstyrelsen udførte arbejde med indsamling og bearbejdning af journalmaterialet m. m. blev i disse sidste 4 år afholdt ved bevillinger på finansloven.

Forsøgsarbejdet blev gennemført, som det var planlagt, i årene 1929-1935, og afsluttedes med udgangen af forrige finansår. Der skal i det følgende kort gøres rede for resultaterne heraf.

Det første spørgsmål, som meldte sig ved arbejdets begyndelse, var, hvorledes sundhedsplejerskerne vilde blive modtaget i hjemmene.

Man vidste, at det ved lignende sygdomsforebyggende arbejder i England ikke var lykkedes at komme i berøring med mere end 50-60 pct. af hjemmene. Her i landet er det imidlertid gået helt anderledes. Sundhedsplejersken i København er blevet modtaget i 85 pct. af de hjem, hun har tilbudt sin hjælp, og i de to landdistrikter ønskede 98,8 pct. af de hjem, hvor der i forsøgsperioden blev født børn, sundhedsplejerskens hjælp.

Samtidig med, at sundhedsplejerskerne begyndte arbejdet i de tre forsøgsdistrikter, iværksattes der i nærheden af hvert af disse for et bestemt område en kontrol med spædbørnsdødeligheden, de såkaldte kontroldistrikter, for

derved at søge at skabe et sammenligningsmateriale til bedømmelse af den eventuelle virkning af sundhedsplejerskernes arbejde i forsøgsdistrikterne. Imidlertid er det vist tvivlsomt, om der er blevet vundet et bedre bedømmelsesgrundlag ved at sammenligne dødelighedsprocenten i disse distrikter end ved at sammenligne forsøgsdistrikternes dødelighed med spædbørnsdødeligheden i større områder af landet, hvorved man ved at erstatte kontrol-distrikternes mindre talmateriale med et betydeligt større materiale til sammenligning med forsøgsdistrikternes fastlagte talmateriale formentlig vil kunne formindske den usikkerhed, der altid er til stede, når man arbejder med relativt små talværdier. For et af de to landkontroldistrikters vedkommende gælder det f. eks., at der på den stedlige embedslæges initiativ gennem en lang årrække har været udført et energisk arbejde for at fremme diegivingen, hvilket desværre ikke blev taget i betragtning, da dette kontrol distrikt blev valgt.

Hvad enten man nu sammenligner forsøgsdistrikternes spædbørnsdødelighed med dødeligheden i de nævnte kontroldistrikter eller med større områder af landet, må man i denne forbindelse, hvor man i dødeligheden vil søge en vurdering af resultaterne af sundhedsplejerskernes arbejde, se bort fra de dødsfald, som er indtruffet i den første levemåned. Blandt de dødsfald, der indtræffer i denne måned, skyldes nemlig et meget betydeligt antal for tidlig fødsel, komplikationer under fødslen eller alvorlige medfødte legemssvagheder, alt-sammen lidelser, hvor sundhedsplejerskernes forebyggende arbejde ville være ganske uden virkning.

I de efterfølgende angivelser af antal af dødsfald blandt spædbørnene er derfor kun medregnet de dødsfald, der er indtruffet efter den første levemåned.

For københavnsdistriktets vedkommende har sundhedsplejerskens tilsyn kun omfattet de i ægteskab fødte børn, da de uden for ægteskab fødte børn, da dette forsøgsarbejde iværksattes, var underkastet tilsyn af kommunalt ansatte sygeplejersker. I kontroldistriktet i København regnes der tilsvarende også kun med de i 33-teskab fødte børn.

Blandt de i 5-årsperioden 1. april 1929-31. marts 1934 fødte børn, som blev tilset af sundhedsplejerske i det første leveår, har dødeligheden været følgende:

Sammenlignet med kontroldistrikterne er

	Antal børn	Døde efter 1 mdr.	
		Total	Pct.
De to landdistrikter.....	1960	57	2,9
Københavnsdistriktet	655	25	3,8

I de før omtalte kontroldistrikter giver de tilsvarende tal følgende værdier:

	Antal børn	Døde efter 1 mdr.	
		Total	Pct.
De to landdistrikter.....	3547	113	3,2
Københavnsdistriktet	5338	233	4,4

dødeligheden i forsøgsdistrikterne for landdistrikternes vedkommende nedsat med 0,3 pct. og for Københavnsdistriktets vedkommende med 0,6 pct. — For landets samlede landdistrikter, som i 5-årsperioden 1929-33 incl. havde 192.976 levendefødte børn, fraregnet de i 1. levemåned døde, ville dette betyde 579 spædbørns liv reddet i denne periode og for Københavns vedkommende med 45.346 levendefødte børn, fraregnet de i 1. levemåned døde, 272 spædbørns liv reddet.

Som foran bemærket giver kontroldistriktet næppe et helt pålideligt sammenligningsmateriale. En sammenligning mellem spædbørnsdødeligheden i forsøgsdistrikterne og i kontroldistrikterne, taget som grundlag for bedømmelse af sundhedsplejerskernes arbejde, må, så vidt man kan skønne, når alle forhold tages i betragtning, give den strengest mulige vurdering - så streng, at den næppe er helt retfærdig.

Og alligevel, til trods herfor, er resultatet afgjort gunstigt, pette indtryk forstærkes imidlertid og vinder i sikkerhed ved at sammenligne spædbørnsdødeligheden i de to forsøgsdistrikter på landet med landets samlede landdistrikter. - For Københavns vedkommende tillader forholdene ikke en tilsvarende udvidelse af sammenligningsområdet, allerede af den grund, at forsøgsarbejdet her kun er udført blandt børn født i ægteskab, foruden at forsøgsdistriktet, der var beliggende på Vesterbro, kun kan sammenlignes med bestemte andre bydele — som f. eks. visse kvarterer på Nørrebro, hvor kontroldistriktet fandtes.

Antallet af levendefødte i perioden 1929-1933 incl. i samtlige landdistrikter var, fraregnet dei 1. levemåned døde: 192.976.

Af disse døde 5,3 pct. - i alt 10.254. Med en dødelighed som i de 2 forsøgsdistrikter på landet: 2,9 pct., ville der kun være døde 5596, altså i alt være reddet 4658 børns liv.

Der er for sundhedsstyrelsen ingen tvivl om, at man ved et sygdomsforebyggende arbejde, som det er blevet udført af sundhedsplejerskerne i de tre forsøgsdistrikter, vil formå at nedsætte spædbørnsdødeligheden her i landet i ikke uvæsentlig grad - til værdier som Norge, Sverige og Island allerede har nået.

Som før sagt, er der her først gjort rede for *dødeligheden*, fordi det derigennem er muligt at undersøge rent talmæssigt, om der er virkning at påvise af det iværksatte hygiejniske arbejde. Den formindskede dødelighed betyder *ikke*, at det ved særlig kyndig sygepleje er lykkedes at redde en række svagelige individer, der uden denne havde været et sikkert dødens bytte, og nu kun henvist til at fortsætte tilværelsen som skrøbelige og svækkede børn. Den formindskede spædbørnsdødelighed er her udtryk for, at sygeligheden blandt samtlige spædbørn i de pågældende distrikter er blevet mindre, således at alle disse børn gennemsnitlig når 1-års fødselsdagen sundere og mere modstandsdygtige over for sygdomsangreb end f. eks. gennemsnittet af kontroldistrikternes spædbørn.

Sundhedsplejerskerne har ført journal over hvert barn. Ved bearbejdelsen af dette journalmateriale, viser det sig da også, at ca. 60 pct. af forsøgsdistrikternes børn har været fuldstændig raske i hele det første leveår, og at sygeligheden i det hele har været ringe. Hertil kommer yderligere det forhold, at sygdomme hos børnene ved sundhedsplejerskernes hjælp er blevet erkendt og lægehjælp tilkaldt på et tidligere tidspunkt end sædvanlig, hvorved de enkelte sygdomsperioder ikke sjældent vil være blevet afkortet og sygehusindlæggelse utvivlsomt i adskillige tilfælde undgået.

En særlig gruppe børn må i denne forbindelse kort omtales. Blandt de af sundhedsplejerskerne tilsete børn var ikke mindre end 249 født før tiden. Af disse døde kun 18, resten - 231 - lykkedes det at holde i live og få plejet så godt, at de ved slutningen af det første leveår var sunde, levedygtige børn til trods for, at adskillige af dem ved fødslen var meget undervægtige. 19 af disse børn vejede således mellem 1500-2000 gr. og 5 kun 12-1300 gr., medens den gennemsnitlige vægt for nyfødte er 3500 gr.

Sundhedsplejerskernes arbejde har taget sigte på at rådgive og vejlede mødrene i alle forhold vedrørende spædbørnenes pleje og ernæring. Der er med hensyn til *ernæringen* i første række blevet ført en energisk propaganda for diegivningen. Resultatet heraf har været godt. Af de i alt 2624 tilsete spædbørn er kun 155 eller 5,9 pct. af disse blevet ernæret udelukkende ved kunstig ernæring; resten — 2469 børn, det vil sige 94,1 pct. af alle de tilsete børn, har fået bryst i kortere eller længere tid, selv om det i adskillige tilfælde, hvor moderen har måttet gå på arbejde uden for hjemmet, har været nødvendigt foruden die at give nogen kunstig ernæring. Ikke alene antallet af de børn, der har fået bryst, er stort, men den tid, hvori det enkelte barn har fået bryst, er, alle forhold taget i betragtning, ret betydelig. 529 eller 20 pct. af de tilsete spædbørn fik således udelukkende bryst i de første 5 måneder, ca. 12 pct. i de første 6 måneder og 3-4 pct. i længere tid end 6 måneder.

Indberetningerne fra sundhedsplejerskerne viser endvidere, hvorledes de blandt meget andet har arbejdet for at lære mødrene, at badning, renlighed i det hele taget kan gennemføres selv under primitive og fattige forhold, at børnene ikke alene tåler, men er glade for regelmæssigt at komme ud i frisk luft, og at disse ting er af allerstørste betydning for børnenes sundhedstilstand. Indberetningerne fra sundhedsplejerskerne, meddelelserne fra embedslægerne og fra befolkningen selv viser endelig, at sundhedsplejerskerne er blevet modtaget med tillid og har formået at vække forståelse hos mødrene for deres arbejde, ligesom også de hindringer, de i form af fordomme og traditioner nu og da har kunnet møde, er blevet fjernet uden mislyd af nogen art.

Det 6-årige forsøgsarbejde til bekæmpelse af sygelighed og dødelighed blandt spædbørnene i de tre forannævnte distrikter, som det ved Rockefeller Foundation's hjælp og ved forstående støtte fra Holbæk og Vejle amtsråd samt Københavns Magistrats 3. afdeling er lykkedes sundhedsstyrelsen at gennemføre, har, som det formentlig fremgår af denne beretning, givet sådanne resultater, at der herefter ikke kan herske tvivl om, at det vil være muligt ikke alene at redde mange spædbørns liv, men i det hele taget at øge sundhedstilstanden hos spædbørnene landet over i betydelig grad ved et oplysningsarbejde blandt mødrene udført af særligt uddannede kvinder, *Sundhedsplejersker*.

Når man tager i betragtning, hvor stor betydning det har for den opvoksende slægt, at de tidligste barneår forløber sundhedsmæssigt set bedst muligt, vil man vanskeligt efter disse forsøgs afslutning kunne undlade at tage spørgsmålet om, hvorledes et sygdomsforebyggende arbejde som det her omtalte vil kunne tages op og organiseres i faste rammer, op til alvorlig overvejelse.

Efter sundhedsstyrelsens formening bør initiativet til iværksættelsen af et sådant arbejde ved ansættelse af sundhedsplejersker ligesom størstedelen af sundheds- og sygeplejen her i landet overlades de kommunale råd, idet sundhedsplejerskerne dog bør arbejde under amtslægenes (stadslægens) vejledning og tilsyn.

Imidlertid har spørgsmålet så stor betydning for hele vort samfund, at det skønnes rimeligt, at staten gennem tilsagn om økonomisk støtte bidrager til dets løsning.

Sundhedsstyrelsen skal ud fra disse betragtninger henstille til ministeriet at tage sagen op til velvillig overvejelse og, hvis ministeriet deler sundhedsstyrelsens syn herpå, søge lovfæstet hjemmel til at yde statsstøtte i passende omfang til de kommuner, der iværksætter et hygiejnisk arbejde som det her omhandlede.

Betingelsen for ydelse af sådan statsstøtte måtte formentlig være, at arbejdet iværksættes under sådanne former, at det kan godkendes af sundhedsstyrelsen, idet opmærksomheden i denne forbindelse skal henledes på, at disse former ikke behøver at være helt ensartede, men måtte kunne afpasses efter de lokale forhold, ligesom det næppe heller ville være hensigtsmæssigt på forhånd absolut at begrænse arbejdets område til børn under 1 år.

Med hensyn til størrelsen af statsstøtten

skal man henvise til det sygdomsforebyggende arbejde, som udføres af tuberkulosestationerne, og hvor staten i henhold til lov nr. 66 af 29. marts 1924 om statsstøtte til tuberkuløses sygebehandling refunderer de pågældende kommuner halvdelen af udgifterne, en bestemmelse, som i høj grad har bidraget til fremme af tuberkulosebekæmpelsen her i landet.

En beregning af de udgifter, som staten ved en sådan ordning vil kunne komme til at udrede, vil på nærværende tidspunkt være vanskelig at foretage.

Udgifterne vil komme til at bestå af løn til sundhedsplejerskerne og et passende vederlag til de læger, der skal føre tilsyn med arbejdet, samt befordringsudgifter.

Imidlertid vil de øjeblikkelige udgifter for Staten ikke blive store, og der vil gå måske ret lang tid, inden forståelsen af dette arbejdes værdi trænger igennem over hele landet, ligesom der først efterhånden vil være et tilstrækkeligt antal uddannede sundhedsplejersker til arbejdet i så stort et omfang.

Men selv om der som f. eks. i Finland her i landet blev ansat sundhedsplejersker over hele landet, ville udgifterne for staten ikke blive store i forhold til arbejdets værdi også i økonomisk henseende, idet det, som alt forebyggende arbejde, vil aflaste sygehuse og sygekasser for udgifter til sygebehandling.

Skønsmæssigt ville et antal af 300 sundhedsplejersker kunne varetage opgaven for hele landet. De samlede udgifter ville i så fald formentlig beløbe sig til ca. 1¼ mill. kr. Men denne, den yderste grænse for omfanget af dette arbejde, vil, selv i bedste fald, utvivlsomt ligge ret langt ud i fremtiden.

Frandsen.

A. V. Nielsen.

Til Indenrigsministeriet.

Forslag til lov om bekæmpelse af sygelighed og dødelighed blandt børn i det første leveår

(Fremsat i Landstinget den 16. oktober 1935 af indenrigsminister *Dahlgaard*)

§ 1.

Kommuner, herunder amtskommuner, der ansætter sundhedsplejersker med det formål at bekæmpe sygelighed og dødelighed blandt børn i det første år efter disses fødsel, kan efter indenrigsministerens bestemmelse i det enkelte tilfælde erholde statstilskud til dækning af indtil halvdelen af de dermed forbundne udgifter. Inden for nævnte grænse vil der på samme måde, når indenrigsministeren finder anledning dertil, kunne ydes statstilskud til dækning af udgifterne til driften af kommunale rådgivende børneplejestationer, der drives i tilknytning til sundhedsplejerskernes arbejde.

Tilsyn med sundhedsplejerskernes virksomhed og de i tilknytning dertil drevne børneplejestationer føres af sundhedsstyrelsen. Om dette tilsyn og om iværksættelsen af de øvrige bestemmelser i denne lov kan indenrigsministeren fastsætte nærmere regler.

§ 2.

Regeringen bemyndiges til ved kgl. anordning at sætte denne lov i kraft på Færøerne med de ændringer, som følger af disse øers særlige forhold.

§ 3.

Denne lov træder i kraft den 1. april 1937.

Bemærkninger til foranstående lovforslag

I den som bilag til nærværende lovforslag trykte skrivelse til Indenrigsministeriet af 11. september 1935 har sundhedsstyrelsen indstillet, at der søges tilvejebragt hjemmel for ydelse af statsstøtte til foranstaltninger, som af kommunerne træffes med det formål at bekæmpe sygelighed og dødelighed blandt børn i de første år efter deres fødsel. Som det vil ses af

sundhedsstyrelsens skrivelse, er man ikke uden erfaringer at bygge på, når der stilles forslag om at tage dette arbejde op ved hjælp af de i § 1 foreslåede sundhedsplejersker. Der har siden 1928 været gennemført en ordning som den i lovforslaget foreslåede i tre begrænsede forsøgsdistrikter, og det lykkedes derved at nedsætte spædbørnsdødeligheden i disse distrikter ikke uvæsentligt. En overførelse af disse erfaringer til landet som helhed kan selvfølgelig ikke ske med fuld sikkerhed; men for *landdistrikternes* vedkommende vil man dog med sikkerhed kunne slutte, at et tilsvarende arbejde udført i alle landets landdistrikter i den pågældende periode ville have reddet mindst 600 spædbørns liv, antagelig et meget større antal (se bilaget sp. 2481). Der er altså ikke tvivl om, at et målbevidst arbejde på dette område vil kunne fremvise betydelige resultater ikke alene til begrænsning af børnedødsfaldene, men også til styrkelse af helbredstilstanden og modstandskraften blandt børnene i det hele taget.

Idet der i øvrigt henvises til nævnte skrivelse, hvori sundhedsstyrelsen gør rede for den virksomhed, som hidtil fra styrelsens side er udfoldet til bekæmpelse af sygelighed og dødelighed blandt spædbørn, skal det bemærkes, at Indenrigsministeriet i overensstemmelse med sundhedsstyrelsen har ment, at der bør lægges særlig vægt på arbejdet med børnene i det første leveår.

Det med lovforslaget tilsigtede formål foreslås i første række fremmet gennem ansættelse af sundhedsplejersker, der bør være autoriserede sygeplejersker med særlig uddannelse i spørgsmål vedrørende spædbørns ernæring og pleje og det hermed i forbindelse stående sygdomsforebyggende arbejde. Ministeriet må tillige finde det meget ønskeligt, at der også gives

adgang til statsstøtte til børneplejestationers drift, idet de af de samvirkende menighedsplejer drevne børneplejestationers virksomhed i København har vist, at også denne ligeledes rådgivende form for sygdomsforebyggende arbejde kan være af stor betydning til fremme af det omhandlede formål. Betydningen af det arbejde, som udføres af børneplejestationerne, hvortil jo mødrene kommer med deres spædbørn for at få råd og vejledning om disses pleje og ernæring, vil efter ministeriets formening blive væsentligt forøget, hvis det kan kombineres med sundhedsplejerskernes arbejde.

Som det nærmere fremgår af sundhedsstyrelsens skrivelse, indeholder de her foreslåede foranstaltninger ikke noget forsorgsmoment, idet den bistand, som der åbnes adgang til for befolkningen, vil blive ydet uden hensyn til de pågældendes økonomiske evne og udelukkende ud fra rent sundhedsmæssige og sygdomsforebyggende hensyn. Lovforslaget forfølger altså

videre formål end de i forsorgslovgivningen indeholdte regler om børnetilsyn — om end også disse regler giver mulighed for i nogen grad at udøve sundhedsmæssigt tilsyn over for visse børn —, men det vil dog være naturligt, at der navnlig i København og i det hele taget på steder, hvor forholdene taler derfor, søges iværksat et samarbejde med det i forsorgslovgivningen omhandlede børnetilsyn i det omfang, et sådant samarbejde er muligt i de enkelte tilfælde.

Sluttelig bemærkes, at man har anset det for hensigtsmæssigt, at statskassens støtte til de her foreslåede foranstaltninger ydes med indtil Vi af de med disse forbundne udgifter, hvorved man skal henvise til den ordning, der i medfør af lov nr. 66 af 29. marts 1924 om statsstøtte til tuberkuløses sygebehandling, § 12, er gældende for de kommunale tuberkulosestationer.

Lov om bekæmpelse af sygelighed og dødelighed blandt børn i de første leveår*)

Vi Christian den Tiende, af Guds Naade Konge til Danmark og Island, de Venders og Goters, Hertug til Slesvig, Holsten, Stormara, Ditmarsken, Lauenborg og Oldenburg.

Gøre vitterligt: Rigsdagen har vedtaget og Vi ved Vort samtykke stadfæstet følgende lov:

§ 1.

Kommuner, herunder amtskommuner, der ansætter sundhedsplejersker med det formål at bekæmpe sygelighed og dødelighed blandt børn i det første år efter disses fødsel, kan efter indenrigsministerens bestemmelse i det enkelte tilfælde erholde statstilskud til dækning af halvdelen af de dermed forbundne udgifter. Endvidere kan der på samme måde, når indenrigsministeren finder anledning dertil, ydes tilskud til dækning af indtil halvdelen af udgifterne ved driften af rådgivende børneplejestationer, der drives i tilknytning til de nævnte sundhedsplejerskers arbejde enten af en kommune eller af sygekasser, menigheds-

plejer, private sygeplejeforeninger eller lignende efter overenskomst med en kommune.

Tilsyn med sundhedsplejerskernes virksomhed og de i tilknytning dertil drevne børneplejestationer føres af sundhedsstyrelsen. Om dette tilsyn og om iværksættelsen af de øvrige bestemmelser i denne lov kan indenrigsministeren fastsætte nærmere regler.

§ 2.

Regeringen bemyndiges til ved kgl. anordning at sætte denne lov i kraft på Færøerne med de ændringer, som følger af disse øers særlige forhold.

§ 3.

Denne lov, der træder i kraft 1. april 1937, vil være at forelægge til revision i rigsdagssamlingen 1942-43.

Hvorefter alle vedkommende sig have at rette.

Givet på Christiansborg, den 31. marts 1937.

Under Vor kongelige hånd og segl.

Christian R.

(L. S.)

Bertel Dahlgård.

*) Udfærdiget gennem Indenrigsministeriet. Se Rigsdagstidende for 1936-37: Lands.-Tid. sp. 40, 65, 1074, 1099; Folket. Tid. sp. 4619, 4640, 4814; Till. A. sp. 2471; Till. B. sp. 713; Till. C. sp. 389, 461.

Cirkulære til samtlige kommunalbestyrelser

Ifølge § 1 i lov nr. 85 af 31. marts 1937 om bekæmpelse af sygelighed og dødelighed blandt børn i det første leveår kan kommuner, herunder amtskommuner, der ansætter sundhedsplejersker med det formål at bekæmpe sygelighed og dødelighed blandt børn i det første år efter disses fødsel, efter indenrigsministerens bestemmelse i det enkelte tilfælde erholde statstilskud til dækning af halvdelen af de dermed forbundne udgifter.

På samme måde kan der, når indenrigsministeren finder anledning dertil, ydes tilskud til dækning af indtil halvdelen af udgifterne ved driften af rådgivende børneplejestationer, der drives i tilknytning til de nævnte sundhedsplejerskers arbejde enten af en kommune eller af sygekasser, menighedsplejer, private sygeplejeforeninger eller lignende efter overenskomst med en kommune.

Såfremt en kommune ønsker at erholde statstilskud i henhold til nævnte lov, vil andragende være at indsende til Indenrigsministeriet om godkendelse af den påtænkte ordning. Andragendet må indeholde udførlige: oplysninger om, hvorledes ordningen tænkes iværksat, samt være bilagt med et overslag over de budgetterede udgifter.

Forinden andragende indsendes, bør kommunen forelægge spørgsmålet for vedkommende embedslæge, hos hvem den vil kunne få fornøden vejledning. Den almindelige danske lægeforening har derhos over for sundhedsstyrelsen erklæret sig Villig til gennem de lokale

lægekredsforeninger og de af disse nedsatte hygiejneudvalg i samråd med vedkommende embedslæge at yde bistand til planlægningen og gennemførelsen af ordningerne i de enkelte kommuner.

Med hensyn til sundhedsplejerskerne, hvis arbejde alene omfatter det sunde spæde barns pasning og ernæring og ikke kan strække sig ud over barnets første leveår, skal man bemærke, at ifølge de fra sundhedsstyrelsen indhentede oplysninger vil en sundhedsplejerske i byerne kunne tilse ca. 300 børn årlig og på landet ca. 250 børn årlig, idet det dog her må tages i betragtning, hvorledes sundhedsplejerskens befordring ordnes. Udgifter til cykle, automobil eller anden befordring for sundhedsplejersken vil eventuelt kunne fås refunderet i henhold til lovens bestemmelser, dersom forholdene efter indenrigsministeriets skøn taler herfor.

De af kommunerne antagne sundhedsplejersker skal godkendes af Sundhedsstyrelsen, der fører tilsyn med sundhedsplejerskernes virksomhed.

Såfremt ordningen godkendes, vil de af kommunen hertil, afholdte udgifter kunne forventes refunderet i overensstemmelse med de derom givne tilsagn, når der efter finansårets udløb til ministeriet indsendes en af vedkommende kommunale revision attesteret opgørelse over de i finansåret afholdte udgifter ledsaget af regnskabsbilag.

Indenrigsministeriet, den 3. juli 1937.

P. M. V.

Ulrich.

U. C. Friis.

SUNDHEDSSTYRELSEN

København, d. 9. juli 1937.

Cirkulære til landets embedslæger

På foranledning af sundhedsstyrelsen er der mellem denne og Den almindelige danske lægeforenings hygiejnekomité truffet aftale om et samarbejde vedrørende gennemførelsen af lov nr. 85 af 31. marts 1937 om bekæmpelse af sygelighed og dødelighed blandt børn i de første leveår, således som det vil fremgå af Indenrigsministeriets cirkulære af 3. juli 1937 til samtlige kommunalbestyrelser.

I henhold til nævnte cirkulære henvises kommunalbestyrelser, der påtænker at ansætte sundhedsplejersker, til at forelægge spørgsmålet for vedkommende embedslæge, forinden de indsender andragende til indenrigsministeriet om godkendelse af den påtænkte ordning og om statstilskud til dens gennemførelse.

Sundhedsstyrelsen skal herved anmode embedslægerne om ved modtagelse af sådan henvendelse fra kommunalbestyrelser at træde i forbindelse med den lokale lægekredsforenings hygiejneudvalg for sammen med dette at tilrettelægge grundlaget for en almindelig orientering af de pågældende kommunale myndigheder og at udarbejde de mere specielle anvisninger for arbejdets tilrettelæggelse indenfor det pågældende område under hensyntagen til de lokale forhold.

Vejledningen overfor de kommunale myndigheder vil således dels komme til at omfatte forhold, der må tages i betragtning før sundhedsplejerskens ansættelse, såsom sundhedsplejerskens arbejdskapacitet i forhold til det valgte områdes befolkningstal og topografiske særpræg, dels forhold vedrørende selve ansættelsen som bedømmelse af ansøgernes kvalifikationer og endelig forhold vedrørende den praktiske og mere detaljerede udformning af sundhedsplejerskens arbejde og hendes samarbejde med andre medicinalpersoner indenfor området. De retningslinier, der af embedslægen og lægekredsforeningens hygiejneudvalg fastsættes her-

for, bør i udarbejdet form tilstilles områdets læger, sygeplejersker og jordemødre.

Vejledningen i sin helhed må tage sådanne hensyn til de lokale forhold, som vil være egnede til at fremme sundhedsplejerskens arbejde på bedste måde. Visse almindelige hovedpunkter i den vejledning, der vil være at give, skal anføres:

- 1) Når det i indenrigsministeriets cirkulære er anført, at en sundhedsplejerske i byerne vil kunne tilse ca. 300 børn om året og på landet 250, forudsætter dette, at hvert barn modtager gennemsnitlig 10 besøg i det første leveår, idet sundhedsplejersken i byerne vil kunne aflægge 10 daglige besøg, på landet noget færre.
- 2) Sundhedsplejersken bør aflægge sit første besøg så hurtigt efter barnets fødsel som muligt, og det vil ved cirkulære til landets jordemødre blive pålagt disse omgående at anmelde stedfundne fødsler til sundhedsplejersken. Man skal anmode embedslægerne om at bringe dette forhold i jordemødrenes erindring, hver gang en sundhedsplejerskeordning gennemføres indenfor et ny område, samt at henstille til områdets læger at foretage tilsvarende indberetning, når de assisterer ved en fødsel, hvor ingen jordemoder medvirker. Til brug ved denne anmeldelse vil blive fremstillet frankeret brev-kortformular.
- 3) Sundhedsplejersken skal tilbyde sin hjælp til ethvert hjem indenfor området, idet hun henviser til, at hjælpen er gratis, og at det er frivilligt, om man ønsker at modtage den. Ønsker et hjem ikke hendes hjælp, må hun ikke oftere uopfordret besøge dette.
- 4) Sundhedsplejerskens opgave er alene at give råd og vejledning med hensyn til det

sunde spædbarns ernæring og pleje. Hvis hun får formodning om sygdom eller sygelig tilstand hos barnet, skal hun opfordre familien til at søge dens læge.

- 5) Sundhedsplejersken aflægger sine planmæssige besøg i hjemmet også, når barnet er under lægebehandling, medmindre lægen giver hende besked om midlertidigt at opføre sig dermed. Ved smitsom sygdom i et hjem må embedslægen afgøre, hvorvidt sundhedsplejersken kan besøge det, og bør i bekræftende fald pålægge hende at aflægge besøget som det sidste på den daglige tur. Såfremt difteri og scarlatina eller anden lignende alvorlig smitsom sygdom behandles i hjemmet, skal sundhedsplejersken i hvert fald indstille sine besøg i dette. Såfremt sundhedsplejerskerne i større byer undergives tilsyn af særligt ansatte læger, kan sundhedsplejerskerne i de her omhandlede tilfælde lade sig vejlede af pågældende læge, såfremt aftale derom er truffet imellem denne og embedslægen.
- 6) Sundhedsplejersken må ikke modtage mødre med spædbørn på sin bopæl, og hendes arbejde med det enkelte barn må udelukkende foregå i barnets hjem.
- 7) For at en kvinde skal kunne ansættes som sundhedsplejerske må det foreløbig, indtil den påtænkte særlige uddannelse af sundhedsplejersker er ført ud i livet, kræves, at

hun er autoriseret sygeplejerske med supplerende uddannelse i barselpleje og i epidemiske sygdomme samt har ½ års uddannelse på pædiatrisk specialafdeling. Sygeplejersker, der desuden i over 3 mdr. har virket som hjemmesygeplejerske, i over ½ år har været ansat på spædbørnshjem, vuggestue eller lign. institution for sunde spædbørn, og som har gennemgået Dansk Sygeplejeråds Fortsættelseskursus, bør foretrækkes. Man vil indtil videre i særlige tilfælde overfor autoriserede sygeplejersker, der i øvrigt skønnes kvalificerede, kunne dispensere fra de anførte krav om supplerende uddannelse.

Ansøgning om stilling som sundhedsplejerske må være vedlagt lægeerklæring, der på grundlag af en såvel klinisk som røntgenologisk undersøgelse af den pågældende sygeplejerske udtaler, at denne ikke er fundet at være lidende af aktiv lunge- eller strubetuberkulose.

- 8) Som grundlag for udarbejdelsen af de detaillerede retningslinier, der under hensyntagen til de lokale forhold må gives for enhver sundhedsplejerskes virksomhed, vil sundhedsstyrelsen i samråd med Den almindelige danske Lægeforenings Hygiejnekomité udarbejde en mere generel vejledning, der til sin tid vil blive offentliggjort i Ugeskrift for Læger, og som derefter i særtryk kan rekvireres fra sundhedsstyrelsen.

Frandsen.

A. V. Nielsen.

Meddelelse til landets læger fra sundhedsstyrelsen og Den alm. danske Lægef.s Hygiejne udvalg

Vejledning vedrørende gennemførelse af lov nr. 85 af 31. marts 1937 om bekæmpelse af sygelighed og dødelighed blandt børn i det første leveår

I tilslutning til sundhedsstyrelsens cirkulære til landets embedslæger af 9. juli 1937 og til meddelelse fra Den almindelige danske Lægeforenings Hygiejnekomiteé til samtlige lægekredsforeninger (U. f. L. nr. 30, 1937) vedrørende gennemførelsen af lov nr. 85 af 31. marts 1937 om bekæmpelse af sygelighed og dødelighed blandt børn i det første leveår skal til yderligere orientering for de embedslæger og hygiejneudvalg, der måtte få anledning til at yde bistand ved planlægning og gennemførelse af arbejdet i de enkelte kommuner, anføres følgende:

Når spørgsmålet om ansættelse af sundhedsplejerske eller oprettelse af børneplejestation i henhold til nævnte lovs bestemmelser rejses indenfor en kommune, tør man gå ud fra, at pågældende kommunalbestyrelse følger henstillingen i Indenrigsministeriets cirkulære til kommunalbestyrelserne af 3. juli 1937 og henvender sig til pågældende embedslæge for at blive orienteret. Forinden embedslægen afgiver nogen udtalelse, søger han i henhold til sundhedsstyrelsens cirkulære til embedslægerne forhandling med lægekredsforeningens hygiejneudvalg. Såfremt amtslægen ikke direkte er inddraget i disse forhandlinger, idet den pågældende kommunale myndighed har henvendt sig til stedets kredslege, forudsættes det, at denne foranlediger, at amtslægen deltager i forhandlingerne fra disses begyndelse. Det vil desuden være at anbefale, at embedslægen og hygiejneudvalget foranlediger en drøftelse med områdets praktiserende læger.

Denne orientering vil komme til at omfatte:

1. Forhold, der må tages i betragtning før sundhedsplejerskens ansættelse, først og

fremmest spørgsmålet om hendes arbejdskapacitet.

2. Ansættelsesvilkårene for sundhedsplejersken og bedømmelsen af indkomne ansøgninger.
3. Forhold vedrørende den praktiske og mere detaljerede udformning af sundhedsplejerskens arbejde samt hendes samarbejde med andre medicinalpersoner indenfor området.

Udover det, som angående disse spørgsmål findes omtalt i sundhedsstyrelsens cirkulære til embedslægerne og i meddelelse fra Den almindelige danske Lægeforenings Hygiejnekomiteé til samtlige lægekredsforeninger, skal anføres:

ad 1. Vedrørende sundhedsplejerskens arbejdskapacitet

Når det i indenrigsministeriets cirkulære til kommunalbestyrelserne er anført, at en sundhedsplejerske i byerne vil kunne tilse ca. 300 børn om året og på landet ca. 250, forudsætter dette, som anført i sundhedsstyrelsens cirkulære og hygiejnekomiteéns meddelelse, at hvert barn modtager gennemsnitlig 10 besøg i det første leveår.

Disse 10 besøg kan aflægges efter flg. skema:

1. besøg: snarest efter fødslen, i reglen 2.-3. dag, senest 4.-5. dag.
2. besøg: 8-12 dage efter fødslen o: når moderen står op af barselsengen.
3. besøg: 3-4 uger efter fødslen.
4. besøg: 5-6 uger efter fødslen.
5. besøg: 8-9 uger efter fødslen.
6. besøg: 2V4-3 mdr. efter fødslen.
7. besøg: 4-4½ mdr. efter fødslen.
8. besøg: 5-6 mdr. efter fødslen.
9. besøg: 7-8 mdr. efter fødslen.
10. besøg: 9-12 mdr. efter fødslen.

Er der muligheder for og ønsker om en større besøgshyppighed, f.eks. 18-20 i det første leveår, kan disse besøg aflægges således:

I barnets 1. og 2. levemåned: ca. hver 10. dag.
I 3., 4., 5. og 6. levemåned: hver 2. til 3. uge.
I 2. levehalvår: en gang om md.

Når det tilrådes at lade sundhedsplejersken aflægge sit første besøg så hurtigt efter fødslen som muligt og på et tidspunkt, hvor jordemoderen endnu besøger hjemmet, er det af hensyn til den store betydning det har, at diegivningen kommer i gang og ikke uden grund bliver opgivet. Et samarbejde mellem jordemoder og sundhedsplejerske vil her have så stor betydning, at det bør indarbejdes som en fast regel, at sundhedsplejersken besøger hjemmet 2.-3., senest 4.-5. dag efter fødslen.

At besøgene i de første 2-3 måneder må være hyppigere end senere, er indlysende. Man betragter i øvrigt den angivne besøgshyppighed som en vejledning, der efter behov kan og bør fraviges. Har sundhedsplejersken indtryk af, at det er påkrævet, aflægger hun hyppigere besøg og besøg med kortere mellemrum end ovenfor angivet for at understrege eller uddybe sin vejledning eller for at forsikre sig om, at den tidligere givne vejledning er opfattet og fulgt.

Den anførte besøgshyppighed gælder for det første barn, som i det pågældende hjem tilses af sundhedsplejersken. Har hun tidligere tilset et barn i samme hjem, og har hun derigennem kendskab til moderens forståelse af sagen, vil efter omstændighederne besøgene kunne ned-sættes i antal eller afkortes.

En forudsætning for sundhedsplejerskens arbejde, hvad enten hun aflægger sine besøg med noget større eller mindre hyppighed, må være, at hun har den fornødne tid til rådighed til indenfor de for arbejdet fastsatte rammer at give grundig og omhyggelig vejledning.

Dette forhold må erindres, såfremt der under forhandlinger med kommunale myndigheder fremsættes forslag om, at sundhedsplejersken ved siden af sit arbejde som sådan kan varetage andet arbejde, f. eks. det almindelige plejetilsyn i henhold til lov om offentlig forsorg §§ 110 og 112 eller arbejdet som skolesygeplejerske.

For plejetilsynets vedkommende er tanken i og for sig nærliggende, men det må erindres, at dette tilsyn omfatter børn i alt fald til 7 års alderen, og at det også indenfor det første år kan foranledige besøg udover de for sundhedsplejersken beregnede. Der vil derigennem blive tale om en arbejdsforøgelse, som helt vil forrykke grundlaget for de beregninger angående en sundhedsplejerskes arbejdskapacitet, som i

det foregående er anstillet. Det samme vil gøre sig gældende, hvis man tænker sig at lade sundhedsplejersken fortsætte arbejdet udover børnenes første leveår, eller hvis man samtidig anvender hende f. eks. som skolesygeplejerske.

Hvis sådanne ønsker fremsættes af kommunale myndigheder, må det stærkt fremhæves, at sundhedsplejersken først og fremmest *skal* have den fornødne tid til sit egentlige arbejde; dernæst må det fremhæves, at det statstilskud, der i loven er givet tilsagn om til kommuner, der ansætter en sundhedsplejerske, kun tager sigte på det egentlige sundhedsplejerskearbejde indenfor børnenes første leveår. Endelig må det fremhæves, at tilsynet med plejebørn og børn født udenfor ægteskab er et obligatorisk tilsyn og ikke som sundhedsplejerskens virksomhed en frivilligt modtaget vejledning, og at tilsynet har en pligt til kontrol og anmeldelse, som let vil kunne kompromittere sundhedsplejerskens arbejde i andre hjem, der netop ikke må føle sig under en sådan kontrol.

At der ved fastlæggelsen af et sundhedsplejerskeområde vil kunne opstå vanskeligheder med hensyn til en nøje tilpasning, efter de ovenfor anførte skemaer for arbejdet, befolkningstallet og sundhedsplejerskens arbejdskapacitet, vil for landkommuners vedkommende ofte kunne overvindes derved, at amtskommunen påtager sig ansættelsen, for købstædernes vedkommende evt. gennem samarbejde med de med købstæderne sammenhængende, tætbebyggede dele af en eller flere nabokommuner.

I henhold til loven om bekæmpelse af sygelighed og dødelighed blandt børn i det første leveår vil der også kunne ydes tilskud til dækning af indtil halvdelen af udgifterne ved driften af rådgivende *børneplejestationer*, der drives i tilknytning til sundhedsplejerskernes arbejde, når indenrigsministeriet finder anledning dertil.

Som det fremgår af loven, anses *børneplejestationer* ikke som et nødvendigt korrelat til sundhedsplejerskeordningen, der også under forsøgsperioden viste sin selvstændige effektivitet under samarbejde med lægerne.

Hvor børneplejestationer ikke er oprettet i øjeblikket, vil der da indtil videre ikke være anledning til at søge dem oprettet, og hvor en kommunalbestyrelse på eget initiativ ønsker at oprette børneplejestationer samtidig med, at den gennemfører sundhedsplejerskeordningen, vil det være det rigtigste at henstille, at man først gennemfører sundhedsplejerskeordningen

og gennemprøver den, for senere på grundlag af de indhøstede erfaringer at overveje det ønskelige i at oprette børneplejestationer. Det skal bemærkes, at, såfremt der ikke kan knyttes en anerkendt specialist i børnesygdomme til børneplejestationen, bør oprettelsen af en sådan frarådes. Anderledes ligger forholdene de steder, hvor allerede bestående børneplejestationer ønsker at opnå den tilknytning til sundhedsplejerskernes arbejde, som eventuelt kan medføre, at de opnår statstilskud. Her kan det overvejes at anlægge stationernes virksomhed på at udøve en periodisk, lægelig kontrol med de børn, som er inddraget under sundhedsplejerskens arbejde. En sådan periodisk kontrol af en anerkendt børnespecialist vil altid have sin værdi og vil i nogen grad være af samme karakter som skolelægenes kontrol med de skolesøgende børn. Den bør dog kun finde sted med længere tids mellemrum og i alle tilfælde ikke oftere end hver 3. måned. Den bør ikke medføre et større samlet fremmøde pr. konsultation end 15-20 børn under hensyntagen til lokalernes størrelse, således at faren for, at børnene smittes med forkølelssygdomme, kan lades nogenlunde ude af betragtning.

Spørgsmålet om sundhedsplejerskens samarbejde med børneplejestationer vil i øjeblikket kun være aktuelt få steder, men må på disse steder finde sin løsning, bl. a. fordi alene de børneplejestationer, der drives i tilknytning til sundhedsplejerskernes virksomhed, kan opnå det i loven omhandlede tilskud.

Som ovenfor anført må det blive børneplejestationernes fremtidige opgave at udøve en periodisk kontrol med de børn, som sundhedsplejersken besøger, og samarbejdet mellem stationen og sundhedsplejersken kan da etableres på den måde, at sundhedsplejersken hver 3. måned, første gang når barnet er ca. 3 måneder gammelt, giver familien meddelelse om, at barnet kan blive gratis undersøgt på børneplejestationen. Det må dog forblive en frivillig sag, om familien derefter henvender sig på stationen, og sundhedsplejerskens senere arbejde i familien må ikke påvirkes af den bestemmelse, der tages, ligesom sundhedsplejersken ikke må lægge noget pres på familien i den anledning.

Sunde børn, der udenfor kontrolterminerne kommer til undersøgelse på stationerne, skal af disse henvises til sundhedsplejersken.

Undersøgelser på stationen må ikke føre

til, at stationen derefter overtager sundhedsplejerskens arbejde, hverken helt eller delvis.

Behandling af syge børn må ikke finde sted på børneplejestationerne.

I tilfælde, hvor et sådant samarbejde mellem sundhedsplejerske og børneplejestation etableres, vil det være nødvendigt at indføje de for dette samarbejde gældende, formulerede bestemmelser i »Instruks« og »Retningslinjer« for sundhedsplejerskens arbejde.

ad 2. Ansættelsesvilkårene for sundhedsplejersker og bedømmelse af indkomne ansøgninger

Med hensyn til de for en sundhedsplejerske fornødne kvalifikationer henvises til det i sundhedsstyrelsens cirkulære til landets embedslæger under punkt 7 anførte.

Ansøgninger om sundhedsplejerskestillinger indsendes til pågældende ansættende myndighed. Det må forudsættes, at embedslægen og lægekredsforeningens hygiejneudvalg får lejlighed til at gøre sig bekendt med ansøgningerne, der tilbagesendes den ansættende myndighed med amtslægens indstilling påtegnet sagen.

Den endelige godkendelse af ansættelsen meddeles af sundhedsstyrelsen i forbindelse med indenrigsministeriets godkendelse af ordningen som helhed (jvfr. Indenrigsministeriets cirkulære til samtlige kommunalbestyrelser af 3. juli 37).

Sundhedsplejersken må have ret til 4 ugers ferie. Det må tilstræbes, at sundhedsplejerskens arbejde under hendes ferie fortsættes, men spørgsmålet om eventuel afløser må afgøres under hensyn til de på stedet foreliggende forhold og muligheder derfor.

Spørgsmålet om betaling for den befordring, som sundhedsplejerskens arbejde nødvendiggør, kan løses derigennem, at der stilles cykle til hendes rådighed og derudover et fast årligt beløb, tilstrækkeligt til at dække de udgifter til befordring med automobil, som naturligt vil kræves, såfremt sundhedsplejerskens arbejde under ugunstige vejrforhold skal kunne gennemføres. Det skal i tilslutning hertil bemærkes, at, såfremt den ansættende kommunale myndighed stiller automobil til rådighed for sundhedsplejersken, vil hendes arbejdskapacitet derved i betydelig grad blive forøget.

Det bør tilstræbes, at den ansættende kommune i fornødent omfang afholder sundheds-

plejerskens udgift til telefon og desuden hendes udgifter til tjenestedragt og øvrige udstyr samt kontorhold.

Som vægt anbefales justervæsenets model for vejning indtil 10 kg (bismær).

ad. 3. Forhold vedrørende den praktiske og mere detaljerede udformning af sundhedsplejerskens arbejde og hendes samarbejde med andre medicinalpersoner indenfor området

Den mere detaljerede udformning af sundhedsplejerskens arbejde og hendes samarbejde med andre medicinalpersoner indenfor området er et spørgsmål af afgørende vigtighed. Dels er det vigtigt, at sundhedsplejersken instrueres omhyggeligt vedrørende arbejdets karakter og omfang og vedrørende dets begrænsning, og dels er det vigtigt, at stedets andre medicinalpersoner, med hvem hun kommer til at samarbejde, gøres bekendt dermed.

Derfor er det nødvendigt, at der for enhver sundhedsplejerske udarbejdes en *instruks*, der giver de fornødne direktiver for hendes arbejde. Som grundlag for udarbejdelsen af en sådan instruks er under forhandlingerne mellem sundhedsstyrelsen og Den alm. danske Lægeforenings Hygiejnekomité udarbejdet en *mønsterinstruks*, fra hvilken det står de pågældende embedslæger og hygiejneudvalg frit at foretage de afvigelser, som forholdene det enkelte sted kan gøre påkrævet, men som man henstiller på de væsentlige punkter bliver fulgt.

Visse forhold vedrørende sundhedsplejerskens eget arbejde og vedrørende hendes samarbejde med områdets andre medicinalpersoner, som man ikke har fundet det rimeligt at optage i sundhedsplejerskens instruks, men som alligevel bør fastlægges på samme måde som de forhold, der finder omtale i instruksen, har

man samlet som »*Retningslinier for sundhedsplejerskens arbejde*«. Det er af betydning for sundhedsplejerskens effektivitet, at hendes arbejde og undervisning tilrettelægges efter egen særlige behov og vanskeligheder, og at hun nøje ved, hvorpå hun netop her må lægge særlig vægt, ligesom det er af betydning for hendes samarbejde med stedets andre medicinalpersoner, at det er fastlagt, hvad hun i sin virksomhed, ikke mindst i dennes grænseområder, må tage sig af, og hvad hun her normalt lærer og tilråder. Følgelig bør disse retningslinier være tilstrækkeligt detaljerede, og følgelig bør man på sådanne punkter, hvor opfattelser brydes, tage et standpunkt for sundhedsplejersken under hensyntagen til, hvad de på stedet virkende læger almindeligt tilråder eller tilstræber. De ligeledes under forhandling mellem sundhedsstyrelsen og Den alm. danske Lægeforenings Hygiejnekomité udarbejdede »Retningslinier —« vil da være at opfatte just som et mønster, i hvilket de pågældende embedslæger og hygiejneudvalg kan foretage de tilføjelser, udeladelser eller ændringer, som forholdene det enkelte sted kan gøre påkrævet; men man henstiller, at dette mønster på de væsentlige punkter bliver fulgt, og at man påser, at der ikke kommer afvigelser af betydning fra den af sundhedsstyrelsen udgivne »Vejledning i det spæde barns ernæring og pleje«.

Mønsterinstruks og mønster for udarbejdelsen af *Retningslinier* for sundhedsplejerskens arbejde findes meddelt som bilag a og b til nærværende redegørelse.

Den færdigt udarbejdede »Instruks for sundhedsplejersken i« og »Retningslinier for sundhedsplejerskens arbejde i« tilstilles foruden sundhedsplejersken områdets læger, jordemødre og sygeplejersker.

København, den 28. januar 1938.

Frandsen.

Chef for Sundhedsstyrelsen

H. Tolderlund.

Fmd. for Den alm. danske Lægeforening

Bilag a til vejledningen

Mønsterinstruks for sundhedsplejersker

§ i.

Sundhedsplejerskens opgave er alene at give råd og vejledning med hensyn til det *sunde*

spædbarns ernæring og pleje, og hun skal her ved i alt væsentligt følge de anvisninger, der er givet i den af sundhedsstyrelsen udgivne

»Vejledning i det spæde barns ernæring og pleje«, samt i øvrigt i fornødent omfang samarbejde med hjemmets læge.

Ved sine regelmæssige besøg i hjemmet under barnets første leveår giver hun dels ved mundtlig vejledning og dels ved demonstrationer et praktisk kursus i barnets ernæring og pleje, ligesom hun lærer moderen at rådføre sig med sundhedsstyrelsens vejledning.

Overfor det syge barn har sundhedsplejersken ingen rådgivende eller plejende funktioner.

§ 2.

Straks efter enhver fødsel i hjemmet underretter jordemoderen eller den som jordemoder fungerende læge sundhedsplejersken derom på et lukket brevkort, som giver alle fornødne oplysninger. Ved fødsel på sygehus eller klinik sker herfra tilsvarende meddelelse ved udskrivningen.

Herefter aflægges sundhedsplejersken snarest muligt besøg i hjemmet og tilbyder sin vejledning, idet hun udtrykkelig gør opmærksom på, at hendes hjælp er ganske *gratis*, og at det for forældrene er en fuldkommen *frivillig* sag, om de vil have sundhedsplejerskens bistand eller ikke.

Hvis et hjem tilkendegiver sundhedsplejersken, at hendes hjælp ikke ønskes, og en forståelse ikke kan opnås, skal hun forlade hjemmet og må ikke uopfordret atter besøge dette.

§ 3.

Har fødslen fundet sted i hjemmet, aflægges sundhedsplejersken sit første besøg så snart som muligt, i reglen 2.-3. dag og senest 4.-5. dag efter fødslen.

§ 4.

Sundhedsplejersken skal ved sine besøg beflitte sig på at give en så grundig og indgående vejledning som muligt, og hun må derfor tilrettelægge sin arbejdsplan således, at hun altid har tilstrækkelig tid hertil.

Hos førstegangsfødende og i hjem, hvor sundhedsplejersken ikke tidligere har givet vejledning, må besøgene ganske selvfølgelig blive hyppigere, kræve længere tid og ofte stor tålmodighed fra sundhedsplejerskens side. Til gengæld vil hjem, der tidligere har fået vejledning og har forstået denne, kunne nøjes med færre og kortere besøg.

§ 5.

Som følge af de i § 4 nævnte forhold samt som følge af de hensyn, der ved tilrettelæggelsen af sundhedsplejerskens arbejde må tages dels til antallet af børn og dels til hjemmenes geografiske beliggenhed, kan der ikke opstilles absolute, almengyldige regler for hyppigheden af sundhedsplejerskens besøg i det enkelte hjem.

Som vejledende eksempler ved udarbejdelse af instruksen for det specielle sundhedsplejskeområde skal dog her anføres følgende to skemaer:

a) I hvert hjem aflægges 18-20 besøg efter følgende skema:

I barnets første og anden levemåned: ca. hver 10. dag.

I tredje, fjerde, femte og sjette levemåned: hver 2. til 3. uge.

I andet levehalvår: en gang om måneden.

Forsåvidt der ved et besøg skønnes at være særlige vanskeligheder, således vedrørende diegningen, barnets trivsel, moderens forståelse eller lignende, må sundhedsplejersken aflægge et eller flere ekstra-besøg i sådanne hjem. Til gengæld er der andre hjem, der kan nøjes med færre besøg end de anførte.

b) I hvert hjem aflægges 10 besøg efter følgende skema:

1. besøg: snarest efter fødslen, i reglen 2.-3. dag, senest 4.-5. dag.

2. besøg: 8-12 dage efter fødslen.

3. besøg: 3-4 uger efter fødslen.

4. besøg: 5-6 uger efter fødslen.

5. besøg: 8-9 uger efter fødslen.

6. besøg: 2½-3 mdr. efter fødslen.

7. besøg: A-AV2 mdr. efter fødslen.

8. besøg: 5-6 mdr. efter fødslen.

9. besøg: 7-8 mdr. efter fødslen.

10. besøg: 9-12 mdr. efter fødslen.

Forsåvidt der ved et besøg skønnes at være særlige vanskeligheder, således vedrørende diegningen, barnets trivsel, moderens forståelse eller lignende, aflægges om muligt lejlighedsvis et hurtigt påfølgende ekstraordinært besøg, hvorved besøget får karakter af et dobbeltbesøg. Efter fødsler i hjem, der tidligere har modtaget sundhedsplejerskens vejledning, kan besøgenes antal indskrænkes til 7, idet f. eks. besøgene nr. 3 og nr. 9 udgår, medens besøgene nr. 7 og nr. 8 erstattes med ét besøg.

§ 6.

Såfremt sundhedsplejersken får mistanke om, at et barn er *sygt* eller viser symptomer på begyndende sygdom, skal hun ufortøvet opfordre familien til at *søge læge*, og hun må her ganske overlade til familien, hvilken læge, der skal tilkaldes, og må i så henseende hverken direkte eller indirekte give noget råd.

Tilsvarende gælder for sundhedsplejerskens forhold overfor hjemmets valg af jordemoder og sygeplejerske.

§ 7.

Hvis det ved et af sundhedsplejerskens besøg viser sig, at barnet er *sygt* og under lægebehandling, skal hun afholde sig fra enhver udtalelse, der kan opfattes som stridende mod de af lægen givne ordinationer. Hun skal gøre opmærksom på, at hendes vejledning alene gælder sunde børn og derfor kun har egentlig betydning, efter at barnets sygdom er overstået, og hun skal eventuelt afkorte sit besøg i overensstemmelse dermed.

Hvis lægen giver hende besked om midlertidigt at ophøre med besøg i hjemmet under barnets sygdom, skal hun rette sig derefter.

I tilfælde af sygelige tilstande eller sygdomme af længere varighed (vanskelig trivsel, fordøjelsesforstyrrelser, rakitis eller lign.), der er under lægebehandling, skal sundhedsplejersken samarbejde med den behandlende læge og indhente hans vejledning for det særlige tilfældes vedkommende. Hvis lægen ønsker, at sundhedsplejersken skal aflægge hyppigere besøg i sådanne hjem, kan ønsket imødekommes i det omfang, der er foreneligt med sundhedsplejerskens egentlige virksomhed.

§ 8.

Sundhedsplejersken må ikke give anvisning på brug af nogen art af medicin, herunder også vitaminpræparater og lignende. Se dog pkt. 4 og 11 i »Retningslinjer for sundhedsplejerskens arbejde«.

§ 9.

Ved smitsom sygdom i et hjem må embedslægen afgøre, hvorvidt sundhedsplejersken kan besøge det, og bør i bekræftende fald pålægge hende at aflægge besøget, som det sidste på den daglige tur.

Såfremt difteri, scarlatina eller andre lignende alvorligt smitsomme sygdomme behandles i hjemmet, skal sundhedsplejersken i hvert fald indstille sine besøg i dette.

I hjem med smittefarlig tuberkulose, der er under tilsyn af sygeplejerske fra den stedlige tuberkulosestation, bør man tilstræbe, at denne sygeplejerske efter konference med sundhedsplejersken overtager dennes funktioner i pågældende hjem.

§ 10.

Hvis sundhedsplejersken har formodning om selv at lide af sygdom, der kan frembyde smittefare for børnene (herunder også forkølelse, snue, ondt i halsen), må hun indstille sine besøg og skal i tilfælde af mere end 3 dages forfald underrette embedslægen derom.

§ 11.

Sundhedsplejerskens arbejde med det enkelte barn må *kun foregå i barnets hjem, og hun må ikke modtage mødre med spædbørn i sit eget hjem.*

§ 12.

Sundhedsplejersken skal have en bestemt telefon-træffetid, i hvilken mødrene eventuelt kan spørge hende til råds, og således, at også lægen, jordemoderen eller sygeplejersken kan sætte sig i forbindelse med hende.

Sundhedsplejersken skal, når hun er i funktion, bære sin tjenestedragt.

§ 13.

Sundhedsplejersken bør beflitte sig på at fæstne sit samarbejde med områdets andre medicinalpersoner (læger, jordemødre, sygeplejersker).

§ 14.

Sundhedsplejersken skal føre ordnede optegnelser vedrørende ethvert barn på dertil bestemte kartotek kort, som udleveres hende af embedslægen. Hun må aldrig udfylde disse kort i barnets hjem.

§ 15.

Sundhedsplejersken sorterer under embedslægen og har i enhver henseende at rette sig efter de af denne givne pålæg.

Hun afgiver hver måned til embedslægen en skematisk indberetning om sin virksomhed.

§ 16.

Et eksemplar af denne instruks med de tilsluttende »Retningslinier for sundhedsplejerskens arbejde« tilstilles områdets medicinalpersoner (læger, jordemødre og sygeplejersker).

Mønster for retningslinier for sundhedsplejerskens arbejde

1. Sundhedsplejersken kan ikke vente, at hjemmene umiddelbart forstår betydningen af hendes arbejde. Det er og skal være ganske frivilligt, om hjemmene vil modtage hendes hjælp, og hun må derfor selv sikre sin *adgang* ved taktfuld optræden og uden nogen sinde at forsøge på at påtvinge hjemmene sine besøg. Hun må søge de fornødne oplysninger og gøre sine iagttagelser på en sådan måde, at familien ikke føler sig generet derved.

Sundhedsplejerskens adgang til hjemmene kan og bør forberedes allerede under graviditeten af læger og jordemødre, og kan og bør under barselhvilen lattes af jordemødre og eventuelle barselplejersker.

Befolkningens forståelse for betydningen af sundhedsplejerskens arbejde bør, når lejlighed gives, vækkes og fæstnes af embedslæger og hygiejneudvalg så vel som af områdets læger, jordemødre og sygeplejersker.

2. En af sundhedsplejerskens fornemmeligste opgaver er at gøre energisk propaganda for *diegivning*. Hun skal derfor gøre alt, hvad hun kan, for at få moderen til at opamme sit barn.

I tilfælde, hvor udelukkende brysternæring ikke kan gennemføres — det være sig af den ene eller den anden grund — skal sundhedsplejersken søge en *blandet ernæring* gennemført: Diegivning i det mulige omfang, suppleret med skegivne måltider af sødmælksblanding eller (og) kærnemælkssuppe.

Alene, hvor diegivning er ganske udelukket, tilrettelægger sundhedsplejersken barnets *opflaskning* kunstig ernæring med sødmælksblandinger m. v.

3. Sundhedsplejersken underviser i diegivningsteknik og indskærper betydningen af hurtigt at vænne barnet til *regelmæssige måltider* med passende nattepause. Under normale forhold tilrådes (enten 6 å 7 daglige måltider med 6-8 timers nattepause - (eller) 5 daglige måltider, nemlig hver 4. time og med 8 timers nattepause.

På grundlag af de i sundhedsstyrelsens vejledning i det spæde barns ernæring og pleje angivne retningslinier vil embedslægen og hygiejneudvalget her fastlægge, hvad sundhedsplejersken under hensyntagen til lokale praktiserende lægers og syge-

huses sædvanligt benyttede praksis og indenfor de i vejledningen givne rammer i den henseende normalt skal tilråde.

Sundhedsplejersken hjælper moderen over de ofte deprimerende, forbigående diegivningsvan-skeligheder, som hyppigt indtræffer f. eks. ved barselhvilens afslutning, 4-6 uger efter fødslen eller under menstruation.

Diegivning søges om muligt gennemført som eneste ernæring, til barnet er ca. 6 måneder gammelt, og som delvis ernæring til henimod slutningen af det første leveår.

4. Når brystbarnet er ca. 6 måneder, flaske-barnet 4-5 måneder, lærer sundhedsplejersken moderen den gradvise overgang til madebarns-kost. Normalt indføres først et mosmåltid.

Sundhedsplejersken lægger særdeles vægt på at fremhæve det betydningsfulde i at undgå den ganske ensidige ernæring, og hun tilråder den for ethvert alderstrin passende *afveksling* i spædbarnskosten.

For så vidt et barn får udelukkende eller ganske overvejende kunstig ernæring, tilråder sundhedsplejersken fra godt 2 måneder efter fødslen at give et lille dagligt tilskud af frisk frugtsaft eller gemysesaft, samt tilråder at give en lille theskefuld ren levertran daglig i månederne oktober-marts.

5. Sundhedsplejersken virker for, at den størst mulige *renlighed* gennemføres så vel for moderens og barnets vedkommende som for alt, hvad der kommer i berøring med barnet.

I fornødent omfang må sundhedsplejersken vise moderen til rette med barnets badning og påklædning, med madens tilberedelse o. s. v.

Overfor økonomisk vanskeligere stillede forældre giver sundhedsplejersken vejledning vedrørende den billigst mulige anskaffelse eller forfærdigelse af føde, barnetøj, barneseng, kravlegård og andet.

6. Sundhedsplejersken foranlediger, at barnet under hele sit første leveår får den betydningsfulde *ro* og hvile, og lægger herunder den største vægt på, at barnet straks får sin egen seng.

Samtidig understreges værdien af, at barnet får rigelig lejlighed til at *bevæge sig* frit. I de tidligere måneder ved et par sprællestunder

daglig, senere om muligt ved anbringelse i en hensigtsmæssig kravlegård (kravleseng). Ved barnets påklædning tages hensyn til dets bevægelsesmuligheder, og når fodbeklædning bliver fornøden, advares mod fast og stift fodtøj.

7. Sundhedsplejersken drager omsorg for, at barnet, om muligt daglig, kommer ud i *fri luft*, begyndende lidt før eller lidt senere alt efter årstid og vejrlig.

På samme måde virker hun for, at luften i det værelse, hvori barnet ligger, er god og jævnlig fornyes.

8. Sundhedsplejersken skal belære moderen om, at det spæde barn er meget modtageligt for *infektioner*, og skal særligt advare imod, at personer med katarrhalske tilfælde (snue, hoste, ondt i halsen og lign.) får lov til at give sig af med barnet.

Det påpeges, at *komælken* så ofte kan rumme en risiko for det lille barn, at det er nødvendigt at vise den største påpasselighed overfor, hvilken mælk man anvender, og overfor dens behandling og opbevaring. Uden særlig lægeordination må ukogt komælk aldrig gives spædbarnet.

9. Sundhedsplejersken skal kunne foretage *vejning* af børnene i hjemmet, men det er ikke nødvendigt, at vejning sker ved hvert besøg, når det er øjensynligt, at barnet trives normalt.

På en taktfuld måde vil sundhedsplejersken have sin opmærksomhed henvendt på *boligens* (herunder evt. kostaldens) hygiejniske kvalitet og udnyttelse for, om det er påkrævet og muligt, at kunne give stødet til forbedringer.

10. Ved at tilegne sig kendskab til den *sociale forsyning* og dennes organer indenfor sit område bliver sundhedsplejersken i stand til at kunne yde fornøden vejledning på dette felt.

11. Overfor sådanne *lettere uregelmæssigheder* i spædbarnets helbredstilstand, der ikke kan betegnes som sygdom, og for hvilke lægens hjælp sædvanligvis ikke søges, skal sundhedsplejersken kunne give vejledning:

Her må anføres, *hvilke* uregelmæssigheder man indenfor pågældende område vil overlade til sundhedsplejerskens vejledning, og *hvad* hun overfor disse normalt vil tilråde. De herunder, i denne paragraf opregnede, så vel som de angivne råd, må betragtes som en eksempelsamling ved udarbejdelsen af det specielle sundhedsplejerskeområdes »Retningslinier«-.

Mod »arp« bruges opblødning med olie og påfølgende afsæbning.

Ved »rød hale« tilrådes brug af talcum eller blød zinkpasta.

Overfor »obstipation« hos et brystbarn, der trives vel, kan anvendes et lille klyksma med tyndt saltvand (henved 1 %) dog kun hver anden dag, eller 1-3 theskefulde maltekstrakt eller 1 theskefuld paraffinolie daglig. Obstipation hos barnet på blandet ernæring eller mædebarnskost kan som regel modvirkes ved kostændring.

Har et ellers sundt brystbarn »løse afføringer«, indskærpes, at diegivning blot sker hver 4. time og med 8 timers nattepause.

Ved navlebrok kan sundhedsplejersken i lettere tilfælde, og hvor moderen skønnes egnet dertil, demonstrere anlæggelse af simpel plasterbandage.

Føler sundhedsplejersken sig overbevist om tilstedeværelsen af en hypogalakti, kan hun tilråde hyppigere, men dog regelmæssige patninger og af begge bryster ved hver diegivning. Fører dette ikke i løbet af nogle dage, højst en uge, til rigelig mælkeafsondring, tilråder hun: blandet ernæring.

12. For så vidt de ovenfor nævnte uregelmæssigheder viser sig at være mere langvarige, eller for så vidt de skønnes ikke at være helt lette, skal sundhedsplejersken opfatte dem som en sygelig tilstand hos barnet. I sådanne tilfælde så vel som, hvis sundhedsplejersken ved sine besøg får formodning om anden sygelig tilstand hos barnet, eksempelvis antydning af begyndende rakitis, tandvanskeligheder, vedvarende uro, gentagne forkølelser, usikker trivsel, eller sporer tegn til egentlig sygdom; da skal hun indtrængende forbeholde forældrene nødvendigheden af at *søge lægens råd*. Sundhedsplejersken bør i sådanne tilfælde almindeligvis ikke være budbringer fra familien til lægen; men hun vil på lægens henvendelse oplyse denne om sine iagttagelser af barnet og dets omgivelser.

13. Udover et samarbejde med lægen som det i instruksens paragraf 7 nævnte vil sundhedsplejersken kunne finde det fornødent at rådføre sig med lægen om et barns sundhedstilstand, idet afgrænsningen mellem det syge barn og det utrivelige eller på anden måde vanskelige barn er så flydende, at det har stor betydning for sundhedsplejerskens arbejde, at hun i *tvivlstilfælde* kan støtte sig til lægens viden.

Lægerne bør i sådanne tilfælde beredvilligt bistå sundhedsplejersken, selv om det strengt

taget ikke falder ind under lægens forpligtelser med hensyn til sygdomsbehandling.

14. Fra tid til anden afholdes mellem embedslægen og en repræsentation for lægekredsforeningens hygiejneudvalg et *møde*, hvor indhøstede erfaringer kan drøftes og eventuelle ændringer i arbejdet planlægges. **Til** at deltage i dette møde kan indbydes de indenfor sundhedsplejerskeområdet virkende læger. Mødet

overværes i fornødent omfang af områdets sundhedsplejerske(r).

Fra tid til anden gennemgår embedslægen ved en *jordmoderkonference* med områdets jordemødre problemer vedrørende sundhedsplejerskens arbejde og samarbejdet mellem jordemødre og sundhedsplejerske. Til helt eller delvis at overvære denne konference indkaldes sundhedsplejersken.

Bilag c til vejledningen

Vejledende bemærkninger angående journalføringen

Sundhedsplejersken fører journal over hvert barn. Til journalføringen anvendes kartotek-kort som den af sundhedsstyrelsen udarbejdede model. Journalføringen har til formål at skabe kontinuitet i sundhedsplejerskens arbejde og at gøre det muligt for en afløser — under sundhedsplejerskens ferie eller sygdom - at fortsætte arbejdet på grundlag af det kendskab, hun gennem journalkortene får til børnene og hjemmene og til den vejledning, der hidtil er ydet i hjemmene. Det har betydning at anvende standardkortet, idet kortene da vil kunne udveksles mellem sundhedsplejerskerne indbyrdes ved flytning under tilsynsperioden. Da det endvidere er af betydning — dels af hensyn til denne udvikling, dels af hensyn til kortenes eventuelle anvendelse til statistiske formål — at skabe en vis ensartethed i måden, hvorpå rubrikkerne udfyldes, meddeles her nogle vejledende bemærkninger, idet disse ville tage for meget plads op på selve kortet.

Kortets forside

Journalnr angives ved nr./årstal, f.eks. 27/38

Forsørgerens navn: Såfremt moderen er ugift eller fraskilt, anføres hendes fulde navn her, i alle andre tilfælde faderens fulde navn.

Arbejder moderen udenfor hjemmet? Arbejdsart og hvor lang tid moderen er borte fra hjemmet bør anføres.

Forældrenes helbredstilstand: Herunder også evt. unormale tilstande under svangerskabet.

Barnets fødselsnr.: Lig med antallet af moderens svangerskaber - dødfødsler og aborter medregnet.

Måltidernes størrelse og antal: Spørgsmålet om størrelse, gælder kun flaskebørn, samt bryst-

børn, når man har fundet anledning til at foretage kontrolvejninger.

Familiens økonomiske forhold: Angives skønmæssig som gode, nogenlunde, dårlige el. lign. Hvis familien understøttes af det offentlige eller får arbejdsløshedsunderstøttelse, bør dette anføres.

Boligforhold — under *øvrige beskaffenhed* anføres, om der er lys og sol i boligen, eller om den er mørk, fugtig, kold; om det er en etagelejlighed, hus, gård, loftsrum, havehus eller kælderrum; om der er have; renlighed og vedligeholdelse af lejligheden; pladsforhold, om familien benytter værelserne eller måske har de hygiejnisk set bedste værelser stående til stads.

Kortets bagside

Ved hvert besøg anføres *dato* for besøget, *vægt*, hvis sundhedsplejersken har fundet anledning til at veje barnet, samt *ernæring* angivet ved br. (bryst), fl. (kunstig ernæring), br. + fl. (blandet ernæring), m. (madebarnskost), t. (tillæg til kosten såsom appelsinsaft, tomat-saft, levertran o. lign.). Under bemærkninger anføres i fortællende form oplysninger om barnets og hjemmets tilstand, baseret på moderens oplysninger og sundhedsplejerskens observationer. Endvidere anføres, hvad sundhedsplejersken særlig har lagt vægt på i sin vejledning ved det enkelte besøg f. eks. betydningen af regelmæssighed, frisk luft, demonstration af bad etc.

Bemærkningerne bør være så korte og sammentrængte som muligt, uden at det dog må gå ud over forståeligheden. Nedenstående gi-

ves en oversigt over, hvad man ved gennemlæsning af kortet bør finde oplysning om:

1. Resultatet af sundhedsplejerskens observation af det afklædte barn; hudens tilstand, navlen, evt. hernie, tegn til rachitis etc.
2. Barnets pasning, udstyr, hensigtsmæssigt tøj, sovested.
3. Ernæring - art, mængde, tidspunkt for måltiderne, evt. fordøjelsesvanskeligheder.
4. Barnets »vaner« med hensyn til søvn, frisk luft, bevægelse.
5. Hvilken vejledning der er givet af sundhedsplejersken.
6. Barnets udvikling - tandbrud, sidde op, stå, gå etc.
7. Eventuelle sygdomme.
8. Moderens interesse for og evner til at passe barnet, samt hendes modtagelighed for vejledning.
9. Forhold i hjemmet, der kan have indflydelse på barnets sundhed, f. eks. sygdom i hjemmet, ændringer i de økonomiske forhold o. lign.

Under *foranstaltninger* anføres henvisning til læge og til hjælp af forskellig an., filantropiske foreninger f. eks. Røde Kors (vandre-kurve), socialkontor o. s. fr. Indlæggelser på

sygehus, sanatorium, børnehjem, o. lign. anføres også i denne rubrik, da det letter oversigten.

Kortene ordnes alfabetisk efter forsørger-navne.

For at lette oversigten over besøgene, således at disse aflægges på det planlagte tidspunkt, anbefales som »besøgsordner« (se nedenfor) et kortsystem. Kortene, der kun indeholder journalnr., forsørgernavn og adresse, anbringes under den dato, hvor hjemmet næste gang skal besøges, idet man anvender skillekort, dels for alle dage i en enkelt måned, dels for perioderne 1.—10., 10.—20. og 20.—31. for hver af de øvrige måneder, og endelig et kort for hver af årets måneder. Endvidere skillekort for »besøg midlertidig ophørt« o. lign. - Når sundhedsplejersken har aflagt et besøg, flytter hun kortet hen til den dato, hun næste gang agter at aflægge besøg.

Jr. nr.:

Forsørgerens navn:

Forsørgerens adresse:

Barnets navn:

Født:

Cirkulære til samtlige skoledirektioner uden for København, skoleråd og kommunalbestyrelser samt ledere af private skoler vedrørende antagelse af medhjælpere for skolelægerne

Efter gennemførelsen af lov nr. 413 af 12. juli 1946 om skolelæger har spørgsmålet om, hvem der bør antages som medhjælpere for skolelægerne, og hvorledes disse medhjælpere bør aflønnes, været under overvejelse i undervisningsministeriet, indenrigsministeriet og sundhedsstyrelsen og har derefter været genstand for en drøftelse på et møde i indenrigsministeriet med repræsentanter for undervisningsministeriet, sundhedsstyrelsen, de kommunale organisationer, skoledirektionerne uden for København og Dansk Sygeplejeråd. Man skal herom meddele følgende:

I henhold til skolelægelovens § 2, stk. 1, kan der for hver skolelæge ansættes en skole-sundhedsplejerske, hvorved ifølge lovens motiver skal forstås en sygeplejerske, der har gennemgået det særlige kursus for sundhedsplejersker ved Aarhus universitet.

Der var på det nævnte møde fra alle sider enighed om, at det er nødvendigt at sikre skolelægerne medhjælp, og at denne medhjælp, for at skolelægeloven fuldtud skal kunne virke efter sin hensigt, må bestå af sygeplejersker med uddannelse fra Aarhus universitet, idet kun sådanne sygeplejersker vil besidde de fornødne forudsætninger for - bl. a. ved besøg i hjemmene — at tilvejebringe den for skole-sundhedsplejen meget vigtige forbindelse mellem skolen og skolelægen på den ene side og hjemmene på den anden side i alle spørgsmål vedrørende børnenes sundhed.

Gennemførelse af en ordning, hvorved der sikres skolelægerne bistand af sygeplejersker med den særlige uddannelse fra Aarhus universitet (egentlige skolesundhedsplejersker) støder imidlertid på den vanskelighed, at antallet af sygeplejersker med den nævnte uddannelse

er meget begrænset. Hertil kommer, at det ud fra almindelige sundhedsmæssige hensyn bør tilstræbes, at sygeplejersker med uddannelse fra Aarhus universitet først og fremmest knyttes til spædbørnssundhedsplejen (jfr. lov nr. 85 af 31. marts 1937 om bekæmpelse af sygelighed og dødelighed blandt børn i det første leveår).

Hvad dernæst angår spørgsmålet om antagelse af sygeplejersker uden den særlige uddannelse fra Aarhus universitet som medhjælpere for skolelægerne, må det først fremhæves, at sådanne sygeplejersker på den ene side vil mangle de nødvendige forudsætninger for udøvelse af egentlig skolesundhedsplejerskegerning (hjemmebesøg m. v.) og på den anden side vil være i besiddelse af en uddannelse, som kun i mindre grad kan anses for påkrævet ved den bistand, der skal ydes skolelægerne ved undersøgelse af børnene m. v., og som derfor langt bedre vil blive udnyttet ved egentligt sygeplejerskegerning. Under hensyn til de vanskeligheder, der som følge af den almindelige mangel på sygeplejersker i længere tid har været forbundet med at få sygeplejerskestillingerne på landets sygehuse besat og med i øvrigt at sikre befolkningen den nødvendige sygeplejerskehjælp, må det derfor ud fra et samfundsmæssigt synspunkt ligeledes anses for uheldigt for tiden, at sygeplejersker uden den særlige uddannelse fra Aarhus universitet overføres til skolelægearbejdet fra andre områder af syge- og sundhedsplejen.

Indtil den herskende mangel på sygeplejersker med uddannelse fra Aarhus universitet kan anses for afhjulpet, således at landets behov for spædbørnssundhedsplejersker kan dækkes, bør der herefter som medhjælpere for skolelægerne som hovedregel antages ikke sygeple-

gerskeuddannede personer, f. eks. klinikdamer, der dels kan bistå ved undersøgelserne af børnene, dels som sekretærer for lægerne kan udføre det nødvendige kartoteksarbejde m. v. Ved mindre skoler vil der kunne træffes aftale med den lærer eller lærerinde, der efter normalreglementet bør være til stede ved undersøgelsen (jfr. normalreglementet for købstæderne § 10 in fine og normalreglementet for amter § 11 in fine) om at være skolelægen behjælpelig ved kartoteksarbejde og lign. Aftale om vederlaget herfor må træffes i hvert enkelt tilfælde under hensyn til skolens størrelse og arbejdets omfang. I tilfælde, hvor arbejdet som, medhjælper for skolelægen kun vil lægge beslag på en mindre del af den pågældendes arbejdstid, vides der dog intet at erindre imod, at der, hvor det under hensyn til de lokale forhold måtte være muligt og hensigtsmæssigt, træffes aftale med en hjemme- eller menighedssygeplejerske om overtagelse af arbejdet som medhjælper for skolelægen, idet det dog må være en forudsætning for en sådan ordning, at arbejdet kan tilrettelægges således, at det ikke griber forstyrrende ind i den pågældendes almindelige sygeplejerskegerning. Endelig vil der - som hidtil - kunne forekomme tilfælde, hvor det er praktisk at gennemføre en kombineret spædbørns- og skolesundhedsplejerskeordning, og sådanne ordninger — med antagelse af sygeplejersker med uddannelse fra Aarhus universitet - vil fremdeles kunne forventes godkendt under forudsætning af, at spædbørnssundhedsplejerskearbejdet, hvortil må anvendes mindst halvdelen af den pågældendes arbejdstid, kan forventes udført på betryggende måde.

De anførte synspunkter blev på det ovennævnte møde fremført fra sundhedsstyrelsens side, og der var blandt undervisningsministeriets, indenrigsministeriets, de kommunale organisationers og skoledirektionernes repræsentanter på mødet ubetinget enighed om ønskeligheden af, at disse synspunkter indtil videre følges ved fremtidig antagelse af medhjælpere for skolelægerne. Der var blandt de nævnte repræsentanter endvidere enighed om, at sygeplejersker, hvor sådanne undtagelsesvis måtte blive antaget som heldagsbeskæftigede medhjælpere for skolelægerne, ikke burde aflønnes med en højere løn end den for sygeplejerskeassistenter på provinsens sygehuse gældende (grundløn 2.220 kr., stigende hvert 3. år med 210 kr. indtil 2.850 kr.), og at dette burde gælde uanset, om de pågældende havde gen-

nemgået den særlige uddannelse fra Aarhus universitet eller ikke.

Under henvisning hertil, og idet det bemærkes, at indenrigsministeriet under hensyn til den bestående mangel såvel på almindelige sygeplejersker som på sygeplejersker med den særlige uddannelse fra Aarhus universitet må lægge megen vægt på, at kun sådanne sygeplejersker (med eller uden Aarhus-uddannelse), som har en ganske særlig interesse for arbejdet blandt skolebørn, bliver knyttet til skolelægearbejdet, skal man *henstille*,

- at der indtil videre som heldagsbeskæftigede medhjælpere for skolelægerne hverken søges ansat sygeplejersker med uddannelse fra Aarhus universitet eller andre sygeplejersker, og
- at der, hvis sådanne sygeplejersker (såvel sygeplejersker med Århus-uddannelse som andre sygeplejersker) antages, ikke tillægges de pågældende højere løn end den for sygeplejerskeassistenter ved provinsens sygehuse gældende (grundløn 2.220 kr. stigende hvert 3. år med 210 kr. indtil 2.850 kr., hvortil kommer almindeligt pensionsgivende tillæg, reguleringstillæg og stedtillæg efter de for statens tjenestemænd til enhver tid gældende regler samt det for statens sygeplejersker særligt fastsatte arbejdsledertillæg).

Med hensyn til aflønningen i andre tilfælde af den for skolelægen antagne medhjælp bemærkes:

I tilfælde, hvor en kombineret spædbørns- og skolesundhedsplejerskeordning måtte blive godkendt, vil den pågældende sundhedsplejerske, der forudsættes at have gennemgået den særlige uddannelse ved Aarhus universitet, kunne aflønnes med den for spædbørnssundhedsplejersker i indenrigsministeriets cirkulære af 20. oktober 1947, jfr. cirkulære af 23. marts 1948, anførte løn (grundløn 2.700 kr., stigende hvert 3. år med 360 kr. indtil 3.420 kr. og efter yderligere 3 år med 390 kr. indtil 3.810 kr., hvortil kommer almindeligt pensionsgivende tillæg, reguleringstillæg og stedtillæg efter de for statens tjenestemænd til enhver tid gældende regler samt — foreløbig indtil udgangen af finansåret 1948/49 - et midlertidigt, ikke pensionsgivende tillæg på 600 kr. årlig. Lønningssancienniteten regnes fra sundhedsplejerskens autorisation som sygeplejerske i henhold til lov nr. 140 af 26. april 1933 om autoriserede sygeplejersker; såfremt den pågældendes

sygeplejerskeruddannelse var afsluttet inden sidstnævnte lovs ikrafttræden den 1. januar 1934, regnes ancienniteten dog fra tidspunktet for uddannelsens afslutning). Indenrigsministeriet forbeholder sig i hvert enkelt tilfælde at tage stilling til, hvor stor en del af lønningsudgiften der i tilfælde af denne art skal anses for at vedrøre den pågældendes virksomhed som spædbørnssundhedsplejerske og dermed kunne kræves forholdsmæssigt refunderet efter reglerne i loven af 31. marts 1937 om bekæmpelse af sygelighed og dødelighed blandt børn i det første leveår, og hvor stor en del der vedrører skolelægeordningen og således vil kunne forventes refunderet med halvdelen inden for det i skolelægeloven fastsatte maksimum (jfr. lov af 12. juni 1946. § 11, stk. 2).

I tilfælde, hvor der til medhjælp for skolelægen antages klinikdamer, kontoruddannede sekretærer el. lign., bør vederlaget til de pågældende fastsættes efter de for aflønning af kommunens kontormedhjælpere gældende regler. Hvor den nødvendige medhjælp for skolelægen ydes af skolens lærer eller lærerinde, bør vederlaget fastsættes til et mindre beløb pr. barn efter arbejdets omfang.

I tilfælde, hvor skolelægearbejdet søges gennemført under bistand af hjemme- eller menighedssygeplejersker, der stiller en mindre del af deres arbejdstid til rådighed for arbejdet,

bør spørgsmålet om vederlagets størrelse - efter nærmere forhandling med de pågældende - fastsættes som timebetaling eller som et bestemt beløb pr. barn, der omfattes af ordningen. Om de retningslinier, der i så henseende bør følges, vil der kunne forventes indledet forhandlinger mellem de kommunale organisationer og Dansk Sygeplejeråd.

Det tilføjes, at man ved drøftelserne angående de ovennævnte retningslinier for antagelse og aflønning af medhjælpere for skolelægerne har været opmærksom på, at der efter forudsætningerne for bestemmelserne i skolelægelovens § 11 kun vil kunne ydes refusion af udgifterne til medhjælp for skolelægen, såfremt der ansættes en egentlig skolesundhedsplejerske (sygeplejerske med den særlige uddannelse fra Aarhus Universitet), men at det kan forventes, at undervisningsministeriet vil søge hjemmel til, at sådan refusion i en overgangstid af 3 år fra 1. april 1947 at regne vil kunne ydes, når der til hjælp for skolelægen antages anden, for købstadkommuner af undervisningsministeriet, for amtskommuner af skoledirektionen godkendt medhjælp.

Indenrigsministeriet, den 27. september 1948.

J. Smørum.

T. Wedel-Heinen.

Lov om sundhedsplejerskeordninger

VI FREDERIK DEN NIENDE, af Guds Nåde Konge til Danmark, de Venders og Goters, Hertug til Slesvig, Holsten, Stormarn, Ditmarsken, Lauenborg og Oldenburg, gør vitterligt:

Folketinget har vedtaget og Vi ved Vort samtykke stadfæstet følgende lov:

§ 1.

Med det formål at støtte hjemmene i deres bestræbelser for at sikre spædbørnenes sundhed bør der af kommunerne ansættes det fornødne antal sundhedsplejersker.

§ 2.

Kommuner, herunder amtskommuner, der ansætter sundhedsplejersker med det i § 1 angivne formål, får efter indenrigsministerens nærmere bestemmelse . halvdelen , af . de med sundhedsplejerskeordningerne forbundne - udgifter dækket af statskassen.

Stk. 2. Hvor forholdene taler derfor, kan indenrigsministeren tillade sundhedsplejerskeordninger, der — uden at omfatte en hel amtsrådskreds - efter vedkommende kommunalbestyrelses ønske omfatter flere sognekommuner og i givet fald købstæder.

§ 3.

For så vidt vedkommende kommunalbestyrelser fremsætter ønske derom, kan indenrigsministeren efter forhandling med undervisningsministeren tillade, at der for større eller mindre områder - fortrinsvis i sognekommunerne - ansættes sundhedsplejersker, der ud over at virke som sundhedsplejersker i henhold til § 1 tillige varetager hjemmesygepleje og skolesundhedspleje i henhold til de til enhver tid derom gældende bestemmelser.

Stk. 2. Indenrigsministeren fastsætter efter forhandling med undervisningsministeren be-

Indenrigsmin. 4. kt. j. nr. 3042¹⁸/1963.

stemmelser om, med hvilke andele de udgifter, der er forbundet med en kombineret sundhedsplejerskeordning, skal medregnes ved anvendelsen af de refusionsregler, der følger af § 2 i nærværende lov, § 11 i lov om skolelæger og §§ 4-6 i lov om hjemmesygepleje.

§ 4.

Ansættelse af en sundhedsplejerske i henhold til denne lov forudsætter, at den pågældende er autoriseret sygeplejerske, samt at hun har gennemgået det ordinære kursus for sundhedsplejersker ved institut for syge- og sundhedsplejersker ved Aarhus universitet. Sundhedsstyrelsen kan i ganske særlige tilfælde meddele dispensation fra denne bestemmelse.

Stk. 2. Efter retningslinjer fastsat af indenrigsministeren kan sundhedsstyrelsen tillade, at hjemmesygeplejersker i områder, hvor en kombineret sundhedsplejerskeordning som nævnt i § 3 ønskes gennemført, ansættes som sundhedsplejersker under forudsætning af, at de pågældende har gennemgået et kortere kursus i sundhedspleje på det i stk. 1 nævnte institut eller har fået anden af indenrigsministeren godkendt uddannelse i sundhedspleje.

Stk. 3. Indenrigsministeren bemyndiges til at yde vedkommende kommune fuld statsrefusion af lønninger m. v. til vikarer for sådanne hjemmesygeplejersker, som med sundhedsstyrelsens tilslutning gennemgår den i stk. 2 nævnte uddannelse i sundhedspleje.

§ 5.

Indenrigsministeren fastsætter de nærmere bestemmelser om tilsyn med sundhedsplejer-

skernes virksomhed og om gennemførelse af lovens bestemmelser i øvrigt.

Stk. 2. Indenrigsministeren bemyndiges til at tillade, at kommunalbestyrelserne - fortrinsvis amtsrådene - ansætter sundhedsplejersker til **for** et større område, særlig en amtsråds-kreds, at arbejde med planlægning, koordination og instruktion vedrørende sundhedsplejerskeordninger i området, således at udgiften til lønninger m. v. for disse sundhedsplejerskers vedkommende refunderes af statskassen efter reglen i § 2. Såfremt ministeren pålægger de nævnte sundhedsplejersker at bistå ved løsningen af andre opgaver af sundhedsmæssig karakter, der påhviler sundhedsstyrelsen, sundhedskommissionerne og embedslægerne eller eventuelt andre lokale myndigheder, bemyndiges ministeren til at yde fuld stats-

refusion af lønninger m. v. til de nævnte sundhedsplejersker.

§ 6.

Denne lov træder i kraft den 1. juli 1963.

Stk. 2. Samtidig ophæves lov nr. 85 af 31. marts 1937 om bekæmpelse af sygelighed og dødelighed blandt børn i det første leveår.

Stk. 3. Denne lov vil være at forelægge til revision senest i folketingsåret 1967-68.

§ 7.

Denne lov gælder ikke for Færøerne og Grønland, men kan ved kongelig anordning sættes i kraft i disse dele af riget med de afvigelser, som de særlige forhold tilsiger.

Givet på Amalienborg, den 31. maj 1963.

Under Vor Kongelige Hånd og Segl.

FREDERIK R.

Lars P. Jensen.

Sundheds plejerskestillinger samt antal indbyggere i kom

Amt kommune	1940				1950	
	Antal norm. stillinger pr. 31. dec. 1940		Antal indbyggere pr. 5. nov. 1940 i		Antal norm. stillinger pr. 31. dec. 1950	
	I alt	Heraf komb. ordning	Kommuner med suh.pl.ordn.	Kommuner uden suh.pl.ordn.	I alt	Heraf komb. ordning
Hovedstaden						
København	55	—	700.465	—	70	—
Frederiksberg	5	—	113.208	—	7	—
Gentofte	4	—	76.457	—	7	—
Københavns amtsrådsreds ÷ Gentofte	7	—	91.652	51.134	29	11
Roskilde amtsrådsreds	1	—	9.072	58.261	7	—
Frederiksborg amt	—	—	—	123.743	13	1
Holbæk amt	9 ¹⁾	—	120.313	—	12	—
Sorø amt	1	—	19.112	97.934	6	3
Præstø amt	1	—	13.232	102.376	4	—
Bornholms amt	—	—	—	46.542	4	—
Maribo amt	1	—	15.147	117.560	17	13
Svendborg amt	1	—	19.978	122.048	4	—
Odense amtsrådsreds	4	—	93.426	74.590	10	1
Assens amtsrådsreds	—	—	—	54.762	2	2
Vejle amt	3	—	72.404	106.736	10	1
Skanderborg amt	3	—	44.795	71.200	6	4
Århus amt	9	—	106.455	65.579	32	30
Randers amt	1	—	32.928	122.273	7	2
Ålborg amt	3	—	55.652	149.999	8	—
Hjørring amt	1	—	12.384	144.031	4	—
Thisted amt	—	—	—	84.513	2	—
Viborg amt	1	—	18.445	131.135	5	3
Ringkøbing amt	1	—	14.164	150.586	7	1
Ribe amt	2	—	33.155	118.434	8	2
Haderslev amt	1	—	16.410	48.099	2	2
Åbenrå amtsrådsreds	—	—	—	42.742	4	—
Sønderborg amtsrådsreds	1	—	12.602	28.609	1	—
Tønder amt	—	—	—	39.970	1	—
I alt	115	—	1.691.456	2.152.856	289	76

¹⁾ Heraf 1 sundhedsplejerske, der tillige fører tilsyn med børn 1-7 år (Samsø)

²⁾ Heraf 17 stillinger som ledende sundhedsplejersker

muner medluden sundhedsplejerskeordning 1940-1968

1950		1960				1968			
Antal indbyggere pr. 7. nov. 1950 i		Antal norm. stillinger pr. 31. dec. 1960		Antal indbyggere pr. 26. sept. 1960 i		Antal norm. stillinger pr. 31. dec. 1968		Antal indbyggere pr. 1. juli 1968 i	
Kommuner med suh.pl.ordn.	Kommuner uden suh.pl.ordn.	I alt	Heraf komb. ordning	Kommuner med suh.pl.ordn.	Kommuner uden suh.pl.ordn.	I alt	Heraf komb. ordning	Kommuner med suh.pl.ordn.	Kommuner uden suh.pl.ordn.
768.105	—	63	—	721.381	—	63	—	652.297	—
118.993	—	6	—	114.285	—	7	—	105.546	—
87.803	—	5	—	88.308	—	7	—	81.763	—
225.798	—	54	28	397.831	—	74	42	504.395	—
76.781	—	10	6	90.337	—	20	14	123.183	—
141.105	6.590	27	23	181.663	—	40	35	236.817	—
126.162	—	20	19	127.747	—	23	22	132.989	—
51.590	74.294	12	5	120.169	9.411	17	8	139.408	—
39.245	83.710	16	12	102.211	19.765	20	15	126.958	—
48.134	—	5	5	48.373	—	7	7	48.469	—
127.218	8.119	21	19	128.148	3.551	22	19	127.709	—
46.238	103.433	4	—	51.313	97.850	12	4	110.606	35.878
112.199	75.764	11	3	130.949	76.324	25	9	216.193	7.994
13.764	44.137	2	2	13.738	43.734	4	4	24.912	33.450
103.245	97.868	16	11	114.569	99.136	29	12	233.405	—
64.361	69.772	13	11	74.524	63.341	19	18	90.406	57.012
198.267	—	39	37	221.895	—	45	43	239.623	—
69.355	97.981	8	6	74.388	95.843	18	14	106.244	77.854
97.094	128.300	10	2	121.557	117.484	34	26	252.385	—
40.525	129.165	5	—	57.404	120.374	11	6	93.479	91.152
19.685	68.406	2	—	19.655	65.300	4	—	20.887	61.846
38.057	117.546	5	5	41.141	120.091	5	2	45.946	121.721
57.317	129.534	8	3	70.901	134.871	18	6	224.857	—
69.210	101.238	10	2	86.907	98.141	19	11	145.493	54.902
18.276	50.842	4	4	27.220	44.933	5	5	35.883	38.748
46.909	—	5	—	49.769	—	6	2	52.614	—
16.204	30.938	3	3	20.653	35.614	9	4	63.733	—
8.338	33.660	1	1	8.422	34.035	7	7	43.203	—
2.829.978	1.451.297	385	207	3.305.458	1.279.798	570 ²⁾	335	4.279.403	580.557

Redegørelse for forsøg med sundhedsplejersketilsyn til familier med børn i alderen 0-3 år uden for København

Almindelige bemærkninger

I henhold til planen for forsøget med sundhedsplejerskevejledning til familier med børn i alderen 0-3 år har sundhedsplejerskerne i forsøgsdistrikterne tilbudt besøg til *alle* hjem med børn i denne aldersgruppe, således at tilsynet etableredes gradvis til børn der efter en forud bestemt dato fyldte 1 år. Undtaget herfra var Københavns kommune, hvor kun ca. 10 % af børnene indgik i forsøget, nemlig alle børn født de første 3 dage i hver måned og alle tvillinger, jfr. Københavns kommunes særskilte beretning, gengivet p. 101 ff.

Af de deltagende sundhedsplejerskeordninger var 3 bykommunale og 2 amtskommunale. I 2 af de bykommunale ordninger omfattede arbejdet **for** forsøget børn fra 0-1 år, medens

det i de øvrige ordninger tillige indbefattede skolesundhedspleje. I de bykommunale ordninger med undtagelse af Århus kommune, deltog samtlige sundhedsplejersker i forsøget, hvorimod det i de øvrige ordninger var begrænset til henholdsvis 8, 7 og 6 sundhedsplejersker (Holbæk og Århus amter, samt Århus by). I alt deltog 27 sundhedsplejersker uden for København i forsøget og 56 i København.

Forsøgets talmæssige omfang

Som følge af tilsynets gradvise udvidelse nåedes det fulde børnetal først efter 2-3 år. Uddrag af årsberetningens oplysninger for 1965 hvor arbejdet var på sit højeste giver et indtryk af ordningernes talmæssige omfang:

Antal bom og hjem under tilsyn ved udgangen af 1965

	Holbæk amt	Århus by	Århus amt	Esbjerg	I alt
Antal sundhedsplejersker.....	8	6	7	6	27
Antal <i>børn</i> i alt under tilsyn ved årets udgang....	1784	958	1432	1393	5567
heraf: børn under 1 år.....	684	406	609	1090	2789
børn 1 og 2 år.....	1098	545	823	303 ¹⁾	2769
børn 3 år og derover	2	7	—	—	9
Antal <i>hjem</i> i alt under tilsyn ved årets udgang	1578	59	1316	1267	5020
heraf: hjem kun med børn under 1 år.....	480	352	624	990	2346
hjem kun med børn 1 og 2 år.....	882	452	709	198	2241
hjem kun med børn 3 år og derover	—	—	—	—	—

¹⁾ Forsøgsplanen ændret med udgangen af 1964, hvorefter børn i 2. og 3. leveår kun tilses, hvor der i forvejen føres tilsyn med børn under 1 år i det pågældende hjem.

Hjemmenes holdning til det udvidede tilsyn

I samtlige forsøgsdistrikter synes hjemmenes forståelse og interesse for det udvidede tilsyn til børn over 1 år at have været meget positiv,

og tilsynet blev efterhånden betragtet som en selvfølge.

Det ses af oversigten p. 95, at meget få hjem ikke ønskede besøg af sundhedsplejerske, idet

Antal hjem, der i 1965 ikke ønskede besøg af sundhedsplejerske

	Holbæk amt	Århus by	Århus amt	Esbjerg	I alt
Antal hjem, i alt under tilsyn ved årets udgang . . .	1578	859	1316	1267	5020
Antal hjem, der straks har nægtet at modtage sundhedsplejersken	5	—	4	1	10
<i>Antal hjem, der efter flere besøg ikke ønsker sundhedsplejerske til</i>					
a. Børn under 1 år	1	4	2	—	7
b. Børn 1 og 2 år	3	19	34	7	63
c. Børn 3 år og over	—	—	—	—	—
Antal nægtelser i alt	9	23	40	8	80
I pct. af samtlige hjem med børn 0-3 år	0.6	2.7	3	0.6	1.6

antallet af disse hjem i 1965 kun udgjorde mellem 0,6 og 3 % i de pågældende ordninger.

Sundhedsplejerskerne og de til ordningerne knyttede pædiatriske konsulenter fandt, at hjemmenes interesse og modtagelighed for råd og vejledning var god og stigende, efterhånden som forsøget indarbejdedes. Interessen har endvidere givet sig udtryk i de mange spørgsmål, der er blevet drøftet under sundhedsplejerskernes besøg og i besøgenes varighed. Hjemmene synes især at være modtagelig for vejledning i barnets 2. leveår, hvor det går ind i en vanskelig periode med problemer på flere områder som f. eks. kostsammensætning, renlighedsvaner, søvnvaner, tandhygiejne m. m. En del hjem uden for forsøgsdistrikterne har givet udtryk for skuffelse over ikke at kunne få besøg af sundhedsplejersken efter 1. leveår, ligesom hjemmene i forsøgsordningen har beklaget, at besøgene ikke fortsatte efter barnets 3. leveår.

Samarbejdet med lægerne

Som tidligere omtalt tilstræbte man i forsøgsordningen, at sundhedsplejerskens besøg til børn i alderen 0-3 år så vidt muligt foregik i samarbejde med den praktiserende læge.

I sundhedsstyrelsens vejledning vedrørende forsøgets tilrettelæggelse havde man peget på 3 muligheder for samarbejdets etablering:

1. Sundhedsplejersken kan, hvor det er muligt, overvære lægens helbredsundersøgelse af børnene,
2. hvor dette ikke er muligt, kan læge og sundhedsplejerske drøfte tilsete børn på et aftalt tidspunkt,
3. sundhedsplejersken kan deltage i lægens helbredsundersøgelser i de omtalte tilfælde,

hvor læge eller sundhedsplejerske anser det for at være af særlig betydning.

I samtlige forsøgsdistrikter er det sundhedsplejerskernes indtryk, at samarbejdet med lægerne er blevet noget udbygget, men som følge af sundhedsplejerskeordningens distriktsvise inddeling, har det dog ikke været muligt at få samarbejdet udvidet så meget som ønskeligt.

Kun i en af forsøgsordningerne, Holbæk amt, er der etableret direkte samarbejde mellem læger og sundhedsplejersker, idet sundhedsplejerskerne hos 8 af de 20 praktiserende læger medvirker ved helbredsundersøgelserne af børn, der gennemføres på en fast ugentlig dag. Som følge heraf kan sundhedsplejersken vedligeholde kontakten mellem hjem og læge helt til skolealderen, idet hun f. eks. aflægger besøg til hjem, hvor børn udebliver fra helbredsundersøgelse, og eventuelt tilskynder familien til at få det undersøgt.

Sundhedsplejersken medbringer ved helbredsundersøgelsen sine helbreds kort over børnene og har lejlighed til samtaler med mødre som ved et hjemmebesøg.

Af fordele ved dette nære samarbejde med lægerne, som ifølge de til sundhedsstyrelsen indsendte årsberetninger virker tilfredsstillende for alle parter, kan fremhæves følgende:

1. Der er opnået overensstemmelse mellem lægens og sundhedsplejerskens råd og vejledning med hensyn til barnets pleje og udvikling, hvorved misforståelser hos forældrene forebygges eller kan rettes omgående.
2. Sundhedsplejersken yder bistand til mødre eller fædre med at fremlægge eventuelle problemer vedrørende børnene for lægen,

når de ikke selv evner det. Dette gælder især ganske unge mødre og mødre fra socialt svage hjem, som tillige ofte er de grupper, der har behov for den støtte, at sundhedsplejersken sikrer deres forståelse af lægens anvisninger.

3. Læger har udtalt, at der er mere ro over helbredsundersøgelserne, når sundhedsplejersken medvirker.
4. Sundhedsplejerskerne selv finder det en værdifuld hjælp at få mulighed for en drøftelse med lægen af barnets eller familiens problemer.

Under forsøgsperioden er der i 4 af de 8 lægekonsultationer udskiftet læger, men stedfortræderne har alle anmodet om, at sundhedsplejerskerne fortsatte med den allerede etablerede samarbejdsform.

Kun i de tilfælde hvor de praktiserende læger tillige er skolelæger, har man kunnet gennemføre faste mødetidspunkter til drøftelse af eventuelle problembørn eller familier.

Nedenstående oversigt giver et indtryk af, i hvilket omfang sundhedsplejerskerne i 1965 medvirkede ved lægernes helbredsundersøgelser af børn.

	Holbæk amt	Århus by	Århus amt	Esbjerg
Antal sundhedsplejersker	8	6	7	6
Antal børn i alt under tilsyn ved årets udgang	1784	958	1432	1393
Tilstede ved helbredsundersøgelse, antal gange	202	—	—	—
Antal børn undersøgt ved disse undersøgelser	1567	—	—	—

Samarbejde med andre personer og institutioner

Inddragelsen af børnene over 1 år i sundhedsplejerskernes arbejde synes i samtlige forsøgsdistrikter at have medført et væsentligt øget behov for og udvidet samarbejde og kontakt med personer og institutioner, der på et eller andet område medvirker i det profylaktiske børnearbejde.

For at få et indtryk af, i hvilket omfang sundhedsplejerskerne tog kontakt med og henviste til andre personer og institutioner i arbejdet med børnene og hjemmene, har de fra januar 1965 noteret antallet af henvisninger til andre medicinske eller sociale institutioner, hvad enten det drejer sig om et enkelt barn eller om en familie. Henvistes flere medlemmer af en familie til samme institution, betragtedes dette som 1 henvisning. Endvidere har de noteret antallet af drøftelser med andre institutioner vedrørende enkelte børn eller familier, selv om disse ikke resulterede i en henvisning.

Af indberetningerne fra forsøgsordningerne fremgår, at samarbejdet med andre personer og institutioner er under fortsat udbygning.

I Århus by var de 6 forsøgsdistrikter udvalgt i områder, hvor der erfaringsmæssigt var særligt mange familier i dårlige boliger, som havde problemer af såvel fysisk, psykisk som social karakter. I 1965 udgjorde antallet af

henvisninger og kontakter ialt 633 eller ca. 105 pr. distrikt. I byens øvrige distrikter, ialt 16, var der i samme periode 963 henvisninger og kontakter eller ca. 60 gennemsnitlig pr. distrikt.

I denne forbindelse fremhæves, at det har været en stor fordel, at sundhedsplejerskernes kontor er beliggende i socialkontorets bygning. Dette har fremmet kommunikationen mellem sundhedsplejerskerne og de forskellige afdelinger: børne- og ungdomsværn, familievejledning, forsorgsaftdeling og sociallægeafdeling.

Samarbejdet indebærer gensidige henvendelser og orientering. Eksempelvis til og fra børne- og ungdomsværnet og familievejledningen.

I Esbjerg har *børneværnet* i højere grad end tidligere gjort brug af det udvidede tilsyn. Det skal tilføjes, at sundhedsplejerskeordningen i Esbjerg er den eneste af forsøgsordningerne, hvori der ikke er ansat ledende sundhedsplejerske.

Af samarbejdet til anden side har sundhedsplejerskerne kontakt med vuggestuer og børnehaver, dels pr. telefon, dels ved aflæggelse af besøg i de pågældende institutioner. Både i Århus by og amt har man aftale med hospitalernes pædiatriske afdelinger om, at de får sundhedsplejerskejournalen til gennemsyn, **når** et barn indlægges. Endvidere kan sundhedsplejerskerne henvende sig på afdelingerne vedrørende indlagte børn.

*Antal henvisninger inklusive kontakter til
personer og institutioner i distrikter i og uden for forsøgsordningen, Århus kommune, 1965*

	6 distrikter i forsøgsordningen ¹⁾		16 distrikter uden for forsøgsordningen ²⁾	
	I alt	Gennemsnit pr. distrikt	I alt	Gennemsnit pr. distrikt
Antal børn under tilsyn ved årets udgang	958	156	1.407	88
Antal henvisninger til:				
a. Læge ud over helbredsundersøgelsen	210	35	467	29.1
b. Tandlæge	48	8	38	2.4
c. Jordemoder, hjemmesygeplejerske og sundhedsplejerske	21	3.5	49	3
d. Tuberkulosestation, hospitalsafdeling	10	1.7	23	1.4
e. Vuggestue, børnehave, fritidshjem	74	12.3	98	6.1
f. Hjemkonsulent (Familievejledning)	108	18	58	3.6
g. Mødrehjælpen	23	3.8	40	2.5
h. Børneværnet	40	6.7	39	2.4
i. Socialkontoret	34	5.7	48	3
j. Åndssvageforsorg, anden forsorg	1	0.1	1	0.06
k. Revalideringscentret	8	1.3	2	0.1
l. Arbejdsanvisningen	2	0.3	2	0.1
m. Boliganvisningen	19	3.1	16	1
n. Dansk Forsorgsselskab	—	—	8	0.5
o. Ambulatorium for alkoholskadede	2	0.3	2	0.1
p. Rådgivningskontor	14	2.3	20	1.2
q. Anerkendt forening for børneforsorg	—	—	1	0.06
r. Privat filantropisk forening	9	1.5	35	2.2
s. Andre	10	1.7	16	1
Tilsammen	633	105.5	963	60.2

¹⁾ Forsøgsdistrikterne omfattede børn fra 0-3 år.

²⁾ De øvrige distrikter omfattede børn 0-1 år.

Gennemsnitligt antal besøg pr. barn under og over 1 år i 1965

Ordningens art	Holbæk amt	Århus by	Århus amt	Esbjerg
	Kombineret ordning	Kombineret ordning	Kombineret ordning	Spædbørn
Antal sundhedsplejersker	8	6	7	6
Antal børn under tilsyn ved årets udgang pr. sundhedsplejerske	223	160	205	232
Heraf: børn på 1 år	38.3%	42.2%	42.5%	78.2%
børn på 1 og 2 år	61.6%	56.9%	57.5%	21.8%
børn på 3 år og over	0.1%	0.7%	—	—
Antal børn under tilsyn ved årets udgang, i alt	100.0%	100.0%	100.0%	100%
Antal besøg til børn under 1 år (ekscl. forgæves) pr. barn under 1 år	12.5	13.6	11.7	12.9
Antal besøg til børn 1 og 2 år (ekscl. forgæves) pr. barn 1 og 2 år	1.5	2.9	2.2	6.0
Forgæves besøg i pct. af samtlige (incl. forgæves)	4.4	7.3	4.3	5.2
Samlet antal besøg (incl. forgæves) pr. sundhedsplejerske	1350	1297	1337	2798

I Holbæk amt var der ved forsøgsperiodens begyndelse samarbejde med bestående institutioner, såsom hjemmesygeplejen, jordemoder-væsenet, tuberkulosestationen, mødrehjælpen og socialkontorerne. Først i slutningen af forsøgsperioden var familievejledningen ved at være udbygget i amtet og der er herefter indledt samarbejde med denne. I flere tilfælde har der været afholdt møder med børneværn sammen med børneværnskonsulent, mødre-hjælp, læger og andre til drøftelse af igangsætning af forebyggende foranstaltninger vedrørende enkelte familier.

Besøgshyppigheden

Tanken med forsøget var bl. a. at udvide sundhedsplejersketilsynet til børn i 2. og 3. leveår ved at nedskære antallet af besøgene i børnenes 1. leveår.

Forud for forsøget var den årlige gennemsnitlige besøgshyppighed pr. barn:

- ca. 15 i Holbæk amt
- ca. 16 i Århus by og amt og
- ca. 18 i Esbjerg.

I begyndelsen af forsøgsperioden havde de fleste sundhedsplejersker vanskeligheder med at frigøre sig fra det tilvante rutinemæssige tilsyn i hjemmene og fordele besøgene efter familiernes behov. Både mødre, læger og sundhedsplejersker måtte have tid til at indstille

Den procentvisse fordeling af børn på antallet af sundhedsplejerskebesøg aflagt i henholdsvis første leveår og alle 3 leveår (Århus amt)

Antal besøg aflagt	Pct. børn i	
	første leveår	alle 3 leveår
< 10	8.5	—
10	20.3	0.3
11	26.2	1.1
12	23.5	1.5
13	11.5	5.9
14	5.6	15.9
15	1.8	22.4
16	2.6 ¹⁾	22.4
17	—	13.2
18	—	10.3
19	—	3.5
≥ 19	—	3.5
	100	100

¹⁾ Der er aflagt 16 besøg og derover.

sig herpå. Enkelte læger (Holbæk amt) havde udtrykkeligt bedt om, at besøgene i 1. leveår ikke blev færre end tidligere. Vanskelighederne blev dog efterhånden overvundet, og det fremgår af uddraget p. 97 af årsberetningen for 1965, at antallet af besøg, der er aflagt til børn i alle 3 leveår, ikke overstiger antallet af besøg, der tidligere aflagdes til børn i første leveår.

Eksempelvis har antallet af besøg til 340 børn tilset af sundhedsplejersker i alle tre leveår i Århus amts forsøgsdistrikter fordelt sig som anført i foranstående oversigt.

Endvidere viser en optælling af besøgshyppigheden til børn i det første leveår i Århus amts forsøgsdistrikter en væsentlig forskel sammenlignet med besøgshyppigheden til børn i amtet som helhed før forsøgets etablering. I forsøgsdistrikterne har således 55 % af børnene mod 21.6 % fået under 12 besøg, medens 42.3 % mod 71.3 % har fået mellem 12 og 15 besøg. 16 besøg og derover er i forsøgsdistrikterne aflagt til kun 2.1 % af børnene mod 7.1 % før forsøgets indførelse, jfr. nedenstående tabel.

Antallet af sundhedsplejerskebesøg aflagt i første leveår fordelt på hhv. børn født 1961 (hele amtet) og børn født 1963 (forsøgsdistrikterne)

Antal besøg	Børn født 1961 hele amtet		Børn født 1963 forsøgsdistrikterne	
	Antal	Pct.	Antal	Pct.
< 12	315	21.6	187	55.0
12-15	1.040	71.3	144	42.3
16 og over ..	103	7.1	9	2.7
Tilsammen ..	1.458	100	340	100

I Esbjerg, hvor der som nævnt ikke er ansat ledende sundhedsplejerske, blev arbejdsbyrden større end ventet, idet besøgene til hjem med børn over 1 år, tog længere tid end beregnet. Arbejdet fik efterhånden på grund af stigning i fødselstallet uden en tilsvarende forøgelse af antallet af sundhedsplejersker et sådant omfang, at ordningen ikke kunne gennemføres som planlagt, og indskrænkedes i 1964 til, at sidste besøg aflagdes, når børnene var ca. 14 måneder, men således at børn i 2. og 3. leveår fortsat blev tilset, hvor der i forvejen førtes tilsyn med børn under 1 år i de pågældende hjem.

Sundhedsplejerskernes indtryk af forsøgsarbejdet

Sundhedsplejerskernes vejledning i hjemmet har bl. a. omfattet kostvaner, kostsammensætning, vitamintilskud, slikvaner, tand- og mundhygiejne, personlig hygiejne herunder påklædning og specielt fodtøj, forebyggelse af ulykker, søvnvaner m. v.

Det er sundhedsplejerskernes indtryk, at kvaliteten af børnenes pleje og kost navnlig i socialt vanskeligt stillede hjem ikke sjældent aftager efter 1. leveårs afslutning. Dette viser sig navnlig ved, at børnene synes at få mere tilfældig og formentlig proteinfattig kost, for lidt mælk og ringe vitamintilskud.

Søvn og renlighedsvaner synes at være generelle problemer, der ofte er overraskende store i mange hjem. Søvnproblemer følger naturligt med små overbefolkede boliger, og renlighedsproblemerne er en følge af tilsyneladende meget strenge opfattelser af, at børn skal være renlige, tidligere end de har mulighed for.

Med hensyn til tandpleje er en del børn henvist til tandlæge og tandlægehøjskole (Århus).

Endvidere har sundhedsplejerskerne forsøgt at interessere forældrene for beskæftigelse af børnene gennem leg og læsning, for derved at gøre dem opmærksom på, at små børn skal hjælpes i gang og at de lærer gennem leg. I denne forbindelse påpeger de betydningen af at have tilstrækkeligt med daginstitutioner at henvise til, også af hensyn til de ofte meget dårlige muligheder, børn har for udendørs leg.

Det er sundhedsplejerskernes opfattelse, at en del af de nævnte pædagogiske og mentalhygiejniske spørgsmål, som volder vanskeligheder for både børn og voksne, skulle kunne afhjælpes ved fortsat mulighed for kontakt med hjemmene gennem en længere årrække. Spørgsmålene ville kunne tages op på et tidligt tidspunkt og følges op, således at en del af vanskelighederne kunne forebygges, eventuelt afhjælpes, inden de udvikler sig til at blive et problem for familien.

Ved besøgene efter 1. leveår har sundhedsplejerskerne gjort den erfaring, at mødrene oftere end tidligere ønsker at drøfte egne og familiens problemer, og dette forhold medfører at disse besøg må tage længere tid. Med mødre, der atter er gravide, kommer sundhedsplejerskerne naturligt ind på vejledningen med hensyn til visse områder af svangerskabshygiej-

nen såsom kost og levevis, den personlige hygiejne, diegivningens betydning m. m.

Med de erfaringer, sundhedsplejerskerne har fået igennem forsøget, finder de, at der ikke er behov for at aflægge besøg til *alle* familier med børn over 1 år, uanset at de i begyndelsen anså dette for en fordel, idet det gav dem selv et sammenligningsgrundlag og øgede kendskabet til familierne.

Derimod mener de, at det er meget væsentligt at fortsætte tilsynet til børn, som enten ikke er raske eller som lever under utrygge forhold.

Til belysning af dette forhold er der i Århus kommune foretaget en opgørelse over helbredsforhold m. m. for en gruppe 1-års børn, født i 1962, der har været under sundhedsplejersketilsyn i kommunen.*) På grundlag af journal oplysninger for 1.607 børn under tilsyn indtil 1. leveårs afslutning frembød 236 (14,7 %) anledning til notabene ved 1-års fødselsdagen på grund af følgende forhold: dårlig kost, dårlig pleje, dårlige sociale- og familiemæssige forhold, der kan true børnenes sundhed og udvikling, legemlige afvigelser, adfærdsvigelser og forekomst af ulykkestilfælde i løbet af 1. leveår.

De nævnte forhold synes således at indicere et vist behov for fortsat tilsyn og støtte til hjemmene udover 1. leveår vedrørende denne gruppe børn.

De pædiatriske konsulenters indtryk af forsøgsarbejdet **)

De pædiatriske konsulenter tilknyttet forsøgsordningerne har alle været enige om, at det er af stor betydning, at forsøgsarbejdet kom i gang. Det har været deres indtryk, at såvel hjemmene som sundhedsplejerskerne var interesserede i det udvidede tilsyn og de fandt at det var unaturligt at holde op med besøgene ved 1-års alderen, idet de har fremhævet, at medens det første leveår er et tidsrum uden større fysiologiske begivenheder, går barnet netop ved 1-års alderen ind i en meget vanskelig periode med problemer på flere områder.

Det har vist sig vanskeligt at måle behovet for det udvidede tilsyn, idet mange forældre ikke helt erkender, at de har behov herfor. En

*) Bodil Dyhre: »10% var ikke raske«, Tidskrift for sygeplejersker, 1. januar 1965.

**) Fra et møde i sundhedsstyrelsen den 20. marts 1964.

del forældre savner tilstrækkelig viden om ernæring og også om børns fysiske og psykiske udvikling på de forskellige alderstrin, forhold som sundhedsplejerskerne har vejledet om.

Det var konsulenternes indtryk, at forsøget medførte en overordentlig stor arbejdsbyrde for sundhedsplejerskerne. En eventuel permanent ordning måtte derfor forudsætte enten ansættelse af flere sundhedsplejersker, eller måske

en strengere selektion foretaget i samarbejde med de praktiserende læger og institutioner m. v. Arbejdet stiller store krav til sundhedsplejerskerne, og det blev fremført, at de ofte mangler mulighed for at drøfte de problemer de mødte med særligt sagkyndige, ligesom der var enighed om, at sundhedsplejerskerne måtte have større uddannelse i vejledning af forældre med handicappede børn.

Sundhedsplejersketilsynet i København i dag*)

K. Biering-Sørensen

Umiddelbart efter sundhedsplejerskelovens ikrafttræden indførte Københavns kommune som den første i landet en sundhedsplejerskeordning med tilbud om besøg hos alle spæde indtil 1-årsalderen.

Denne ordning blev i 1959 udbygget med en forsøgsvis udvidelse af tilsynet til 2. og 3. leveår for 10 % af børnene.

I den allerseneste tid er det desuden lykkedes at opnå aftale med en af byens større fødeafdelinger, således at sundhedsplejersken allerede i slutningen af graviditeten kan aflægge besøg hos moderen og derved etablere en tidlig kontakt, hvilket har vist sig at være af største betydning for det senere samarbejde.

På grund af det nedadgående fødselstal er det endvidere vedtaget fra 1. april 1968 at udvide sundhedsplejersketilsynet for visse kategorier af børn udover første leveår, bl. a. vil alle førstegangsfødende kunne få tilbud om besøg også i 2. leveår, og børn med handicap eller som på anden måde kan betegnes som »risikobørn« vil kunne følges længere, evt. helt til skolealderen. Tab. I giver en oversigt over tilbudet om sundhedsplejersketilsyn i København i dag.

Tab. I. Sundhedsplejersketilsynet i København i dag

Et besøg i hjemmet i slutningen af graviditeten. Besøg efter behov til alle spæde i 1. leveår. Besøg i andet leveår til alle førstegangsfødende. Besøg evt. udover andet leveår til hjem med »risikobørn« og til truede familier.

Forsøgsordningen i Københavns kommune fra 1. januar 1960

1 det følgende skal nærmere omtales den forsøgsordning, som vi gennem de sidste 8 år

har arbejdet med i København, samt nogle af de opnåede resultater.

Ordningen, som startede 1. januar 1960, omfatter 10 % af alle nyfødte udvalgt som et »random sample«, og disse børn følges med tre besøg i 2. og to i 3. leveår.

Desuden indgår alle tvillinger, idet man ved sammenligning mellem henholdsvis én- og to-æggede tvillingpar håber at få mulighed for en vurdering af arvets resp. milieuets betydning for børnenes videre udvikling.

Ved forsøgsordningen er i gennemsnit ca. 400 børn af hver årgang fulgt regelmæssigt gennem de tre første leveår.

Formålet med forsøgsordningen

Hensigten med denne forsøgsordning har været — med henblik på en kommende revision af sundhedsplejerskeloven - at belyse i hvor stor udstrækning og på hvilke områder, der er behov for en udvidelse af sundhedsplejerskernes arbejdsområde, og journalerne, som anvendes i København, er derfor specielt udarbejdet med henblik på at belyse disse forhold (Of. tab. II).

Ved de forudgående forhandlinger i sundhedsstyrelsen var der almindelig enighed om, at der i 2. og 3. leveår ville være et stort behov for hjælp og vejledning navnlig med hensyn til pædagogiske og opdragelsesmæssige problemer, som netop i denne alder ofte vil volde store vanskeligheder.

Tab. II. Formålet med forsøgsordningen

- 1) Pædagogisk og opdragelsesmæssig vejledning.
- 2) Forbedret helbreds kontrol af børnene.
 - a. Tidlig opsporing af sygdomme og handicap.
 - b. Henvisning til læge, tandlæge, sociale institutioner.
 - c. »Follow-up« af ordinationer fra læger og hospitaler.

*) Offentliggjort i Tidsskrift for praktisk lægegerning, aug. 1969.

- d. Sundhedspropaganda, forebyggelse af ulykkestilfælde.
- 3) »Familiesundhedspleje«.
- 4) Indsamling af videnskabeligt materiale.

Selvom det selvfølgelig er begrænset, i hvor stor udstrækning man kan hjælpe, har sundhedsplejerskerne dog gang på gang oplevet, hvorledes disse vanskeligheder er overvundet, blot moderen har fået lov at tale ud og har fået nogle få råd fra sundhedsplejersken. De små mentalhygiejniske pjecer, som er udarbejdet på de københavnske sundhedsplejerskers initiativ, har vist sig at være til stor hjælp ved denne vejledning.

Forsøgsordningen har også muliggjort en *bedre helbredskontrol* med børnene på grund af den tidligere og mere effektive opsporing af sygdomme og skavanker i denne alder, og derved også foranlediget, at børnene rettidigt er kommet under lægebehandling.

I det hele taget har forsøgsordningen medført en *intensivering af samarbejdet* mellem sundhedsplejerskerne, lægerne, tandlægerne, hospitalerne, de sociale institutioner o. s. v.

Det har endvidere været muligt at gøre en *større indsats for sundhedspropagandaen* (→ *health education*) med henblik på almindelige hygiejniske forhold såsom kostvaner, beklædning, boligindretning etc., samt måske ikke mindst i mentalhygiejniske problemer, som moderen på grund af det bestående tillidsforhold lettere kan betro til sin sundhedsplejerske end til andre medicinalpersoner.

Også på et andet vigtigt område har sundhedsplejerskerne de senere år gjort en indsats, nemlig med hensyn til *forebyggelse af ulykker* i hjemmene, idet de til stadighed er opmærksomme på potentielle faremomenter og rådgiver mødrene herom.

Endelig kan det nævnes, at under forsøgsordningen har sundhedsplejerskerne i endnu større udstrækning, end da de kun havde tilsyn med spædbørnene, været i stand til at *fungere som en slags familiesundhedsplejersker* og vejlede mødrene også i tilfælde af vanskeligheder med ældre søskende eller sociale problemer etc. — enten direkte ved samtale og rådgivning eller ved henvisning til sociale eller andre institutioner, hvor moderen har kunnet søge hjælp.

Navnlig i dette arbejde har det været til stor støtte for sundhedsplejersken, at hun har kunnet benytte sig af en række pjecer og an-

dre tryksager til støtte for den mundtlige vejledning. Foruden de ovenfor omtalte mentalhygiejniske pjecer kan f. eks. nævnes en pjece om ulykker udgivet af Dansk røde kors og vejledninger i tandhygiejne og anskaffelse af børnefodtøj, tryksager udsendt af forskellige hjælpeinstitutioner etc.

Forsøgsjournalernes indretning

Endnu et vigtigt resultat har man opnået ved gennemførelsen af forsøgsordningen, idet sundhedsplejerskernes journaler indeholder en række vigtige notater og oplysninger, som med stort udbytte kan anvendes til senere videnskabelig bearbejdelse, jfr. tabel III.

I denne anledning er såvel journalen for 1-årsbørnene som for de ældre børn af den såkaldt »selvkodende type«, således at de vigtigste oplysninger kan overføres direkte til hulkort med henblik på en senere statistisk behandling.

Foruden den sædvanlige 0-1 kodning (»nej - ja« kodning) anvendes også, f. eks. til differentiering af forskellige sygdomme, den såkaldte »additionskodning«, hvorved hvert element kodes med et dobbelt så stort tal, som det nærmest foregående, idet tallet 1 kodes som det første i hver kolonne. På denne måde opnås en fuldstændig entydig kodning, når alle tal i gruppen lægges sammen. Det fremkomne sluttal kan derefter behandles i maskinen, som uden vanskelighed igen kan opløse tallet i de enkelte komponenter.

En vigtig forudsætning for pålideligheden af journaloplysningerne er, at hver enkelt sundhedsplejerske på forhånd har fået indgående orientering i alt vedrørende de pågældende sygdomme, resp. symptomer, og at der er givet en ensartet instruktion, således at vurderingen ikke i alt for høj grad svinger fra den ene undersøger til den anden.

Det kan nævnes, at der ved besøgenes afslutning i 3-årsalderen yderligere udfyldes et skema med en status over milieuet, med specielt henblik på den psykologiske baggrund, samt evt. afvigelser fra den normale udvikling hos barnet.

Bidrag til videnskabelige undersøgelser

Som eksempel på anvendeligheden af disse sidste journaloplysninger kan nævnes en opgørelse over de milieufaktorer, der kan influere på børnenes psykiske og somatiske udvikling. Resultatet af dette arbejde, som blev forelagt

Tab. III. Udsnit af det statistiske skema på forsøgsjournalerne med kodeeksempler.
(Se teksten nedenfor)

		15 mdr.	18 mdr.	2 år	2½ år	3 år
10 Dyspepsi antal dage		7	0	0	0	0
11 Forkølelse-lungeinfektion antal dage		0	0	0	5	0
12 Otitis antal dage		0	0	0	12	0
13 Børnesygdomme nej 0 ja: se næste spalte	Mæslinger 1 kighoste 2 skold- kopper 4 røde hunde 3 fåresyge 16 andre 32	0	1	24	0	0
14 Andre sygdomme nej 0 ja: se næste spalte	Andre infektioner 1 kramper, spa- sticitet 2 asthma, eksem 4 ud- viklet anomali 8 andet 16	0	0	0	0	0
15 Ulykkestilfælde nej 0 ja: se næste spalte	Fald, slag 1 snitsår 2 bid, insekt- stik 4 forbrænding 8 forgiftning 16 drukning, kvælning 32 andet 64 (÷ opsyn: ÷ efter tal)	0	0	0	0	8

I første kolonne er anført 7 udfor dyspepsi, hvilket i henhold til teksten betyder, at barnet mellem 12. og 15. levemåned har haft dyspepsi i alt i 7 dage. Mellem 15. og 18. levemåned har barnet haft mæslinger, men i øvrigt været rask. Mellem 18 måneder og 2 år er anført tallet 24, hvilket kun kan være fremkommet ved addition af 8 og 16, d.v.s. at barnet i denne periode har haft røde hunde og fåresyge. For det næste halve år er angivet, at barnet har været syg af forkølelse i 5 dage og har haft en otitis af 12 dages varighed. Endelig har det været udsat for en forbrænding (eller skoldning) mellem 2Vi og 3 årsalderen. Det kan tilføjes, at sundhedsplejersken samtidig med kodningen noterer sygdomsforløb og evt. andre supplerende oplysninger i journalen.

på børnelægekongressen i Bergen i 1967, er desuden refereret i sundhedsplejerskernes årsberetning.

De københavnske sundhedsplejersker har iøvrigt ydet bidrag til talrige undersøgelser i årenes løb, allerede før forsøgsordningens gennemførelse. Nogle kan (måske erindre den store undersøgelse i begyndelsen af 50'erne i samarbejde med WHO, som resulterede i en ændring af calmettevaccinen til spædbørn, således at man undgik de alvorlige suppurerende adenitter, som dengang florerede, eller undersøgelserne over vækstkurverne i første halve leveår, som påviste systematiske fejl i de eksisterende danske opgørelser.

Som eksempel på de mange muligheder for gennem sundhedsplejerskerne at skaffe videnskabeligt relevant materiale kan også nævnes to nye projekter, som sundhedsplejerskerne for nylig har påbegyndt.

For det første foretager de i samarbejde med »Foreningen for familieplanlægning« en

undersøgelse over unge førstegangsfødendes kendskab til og anvendelse af præventive midler. Det er meningen at sammenligne resultaterne herfra med en tidligere undersøgelse, som blev foretaget i årene 1958/59 for at vurdere udviklingen i det forløbne 10-år.

Desuden har sundhedsplejerskerne fra april 1968 påbegyndt en speciel registrering af samtlige børneulykker med henblik på at udrede de potentielle ulykkesårsager og dermed om mulig finde frem til, hvordan man i fremtiden bør sætte ind, hvis man skal opnå en bedre forebyggelse af disse ulykker.

I samarbejde med arvebiologisk institut foretager sundhedsplejerskerne desuden en løbende registrering af samtlige tilfælde af medfødte misdannelser.

Samarbejdet udadtil

At sundhedsplejersken i dag har store muligheder for at fungere som den centrale per-

son i velfærdsstaten fremgår af tab. IV, som viser hvilke institutioner og medicinalpersoner, sundhedsplejerskerne har samarbejdet med under forsøgsordningen.

Tab. IV. Samarbejde med andre institutioner og medicinalpersoner

- 1) Læger, tandlæger, hospitaler og børnepoliklinikker.
- 2) Mødrehjælpen, socialkontorer, revalideringscentret.
- 3) Statens taleinstitut, åndssvageforsorgen, spastikerforeningen.
- 4) Børne- og ungdomsværnet, familievejledningen.
- 5) Vuggestuer, børnehaver, fritidshjem samt dagplejelinstitutionen.
- 6) Børnenes kontor, menighedsplejen, Frelsens hær m. v.
- 7) Foreningen for familieplanlægning, rådgivningskontor for kvinder.
- 8) Studenternes retshjælp, Nikolajkirkens tjeneste o. m. a.

Denne opgørelse som stammer fra et rundspørge til sundhedsplejerskerne her i byen viser, at der foruden den direkte vejledning i hjemmene har været et mere eller mindre nært samarbejde med ikke mindre end 37 forskellige institutioner, medicinalpersoner etc. Sundhedsplejerskearbejde har således i dag mange og vidtrækkende aspekter med hensyn til koordinering af de mange instanser, der kommer i kontakt med de særlig udsatte hjem.

Det forebyggende arbejde i hjemmene

Medens det er muligt at fremlægge dokumentation for værdien af det indsamlede videnskabelige arbejde, vil det imidlertid være yderst vanskeligt at finde frem til en egentlig objektiv vurdering af den vigtigste indsats i sundhedsplejerskearbejdet ude i hjemmene. Navnlig findes der næppe mulighed for at vurdere den mentalhygiejniske værdi, når sundhedsplejersken - som det jo er forudsat - sætter ind med forebyggende vejledning over for begyndende adfærdsproblemer allerede inden alvorligere symptomer har nået at udvikle sig.

At sundhedsplejersken kan yde en særlig værdifuld indsats på dette område, er imidlertid blevet bekræftet ved besvarelsen af en række spørgeskemaer, som nylig har været udsendt i forbindelse med forsøgsordningen til såvel sundhedsplejerskerne som til de deltagende mødre.

Af 784 spørgeskemaer til mødrene besvarede 449, hvoraf 85 % svarede ja til spørgsmålet om, hvorvidt sundhedsplejersketilsynet havde været dem til sådan nytte, at de mente tilsynet burde udvides til 2. og evt. 3. leveår. Navnlig skønnedes et udvidet tilsyn af stor betydning for alle førstegangsfødende.

Som motivering herfor anførtes flere forhold, - særlig at opdragelsen og børnenes udvikling, netop i denne alder ofte giver anledning til store vanskeligheder.

Svarene fra sundhedsplejerskerne viste, at man hos mødrene havde mærket et behov for vejledning, ikke alene med hensyn til børnenes normale adfærd, sygdomme m. v., men også med hensyn til andre forhold i familien (større søskende, ægteskabelige forhold, økonomiske problemer og familieplanlægning etc.).

I et ikke ringe antal tilfælde har sundhedsplejerskerne ydet en indsats ved at skabe kontakt mellem familierne og forskellige institutioner, hvorved man har kunnet opnå den optimale støtte svarende til det aktuelle behov.

I overensstemmelse med resultatet af denne enquete har de københavnske sundhedsplejersker som ovenfor omtalt besluttet fra 1. april 1968 at følge alle førstegangsfødende og alle såkaldte risikobørn også i 2. leveår, - og hvis det skønnes ønskeligt evt. videre frem helt til skolealderen.

Læger, som i deres praksis har hjem med sådanne »truede børn« under skolealderen, enten det drejer sig om somatiske handicap, adfærdsvanskeligheder eller rent sociale problemer, vil derfor fremtidig ved henvendelse på sundhedsplejerskekontoret kunne anmode om, at sundhedsplejersken besøger hjemmet og evt. formidler videre hjælp til familien.

Sundhedsplejerskerne og fremtiden

Sundhedsplejerskernes arbejde har som det fremgår gennemgået en rivende udvikling i de godt 30 år, som er forløbet siden lovens ikrafttræden.

Medens man ved starten navnlig måtte lægge vægt på den rent hygiejniske og ernæringsmæssige vejledning med henblik på bekæmpelse af spædbørnsdødeligheden, kan man i dag i langt større udstrækning hellige sig den såkaldte »health education« med sigte på at sikre barnet de bedst mulige udviklingsbetingelser på længere sigt, somatisk såvel som psykisk, ved at sætte ind med råd og vejledning på det tidligst

mulige stadium, om muligt rent profylaktisk før der overhovedet er opstået vanskeligheder eller sygdomssymptomer.

At dette nødvendigvis stiller øgede krav til sundhedsplejerskens tid og arbejdsindsats, samt forudsætter en stadig ajourføring af hendes viden er naturligt.

Så længe der - som i øjeblikket - er en betydelig mangel på uddannede sundhedsplejersker her i landet, vil det for at gennemføre et sådant program være nødvendigt at nedsætte antallet af besøg hos de såkaldte normalfamili-

lier, så snart sundhedsplejerskens hjælp ikke længere skønnes af afgørende betydning for barnet.

På baggrund af de positive erfaringer fra det udvidede sundhedsplejerskearbejde i København må det håbes, at det vil være muligt at bygge videre på det forsøgsarbejde, som er indledt, — og evt. senere, når tilstrækkelig mange sundhedsplejersker er uddannet, udvide denne service til alle de grupper, som har behov derfor, også uden for de nuværende forsøgsområder.

Forsøg med behovspræget sundhedspleje i Ringkøbing amt*)

Af amtslæge. dr. med. Vagn Christensen, Ringkøbing amt

I 1966 etableredes af Ringkøbing amtsråd en sundhedsplejerskeordning for amtets sognekommuner, hvorefter der kunne tilbydes sundhedsplejersketilsyn til de børn, der måtte antages at have særligt behov derfor. De områder, der skulle betjenes, omfattede en befolkning på 120.000 beboere med ca. 2500 fødsler årligt. Til at udføre arbejdet ansattes 4 sundhedsplejersker med bopæl i Holstebro, Herning, Tarm og Lemvig.

Samtidig gennemførtes efter aftale med de administrative myndigheder i købstæderne en ændring i den traditionelle sundhedspleje, således at antallet af besøg hos børn uden sundhedsmæssige problemer nedsattes, medens børn, der havde behov derfor, kunne følges udover 1. leveår.

Ved ordningens planlægning fastsattes 3 års alderen som øverste grænse for sundhedsplejersketilsyn. Men erfaringerne i de første år viste, at en del hjem havde behov for støtte ved besøg af sundhedsplejersken udover denne aldersgrænse, hvorfor grænsen i 1968 blev forhøjet til skolealderen.

Med henblik på at yde sundhedsplejerskerne støtte under omlægningen af arbejdet, koordinere registrering, kontakter, efteruddannelse m. v., samt til varetagelse af andre sundhedsmæssige opgaver ansatte amtsrådet i 1966 en amtssundhedsplejerske.

I 1968 indførtes i tilslutning til vakance en omlægning af sundhedsplejen i Skjern købstad (ca. 6000 beboere - ca. 100 fødsler årligt), således at der ansattes en sundhedsplejerske der efter behov kunne tilse børn såvel før som i skolealderen, dog således, at sundhedsplejersken besøger alle nyfødte og ved 5-ugers undersøgelsen aftaler med lægen og forældrene, hvorvidt der er grund til at fortsætte.

*) Redegørelse til Sundhedsstyrelsen af 10. juli 1969.

Der er således i amtet etableret 3 forsøgsformer: 1) i landområderne udelukkende behovspræget sundhedspleje hos børn før skolealderen, 2) i købstæderne generel sundhedspleje i 1. leveår samt videreførelse af tilsyn med børn indtil skolealderen, såfremt der er behov derfor, 3) Skjern-ordningen, besøg til alle nyfødte, samt behovspræget sundhedspleje før og i skolealderen.

Klientellets udvælgelse, omfang, diagnoser m.v.

Under ordningens opbygning og funktion har man lagt afgørende vægt på, at sundhedsplejerskens arbejde måtte foregå i nært samarbejde med barnets læge. For at sikre dette har man principielt fastholdt, at de børn, der havde behov for sundhedsplejersketilsyn, måtte findes og henvises af den praktiserende læge. Man har dog også modtaget udskrivningskort fra hospitaler, henvisninger fra mødrehjælpsinstitution, jordemødre, sociale myndigheder o. a., men sundhedsplejersketilsyn er i alle sådanne tilfælde etableret efter samråd med barnets læge. Lægekredsforeningen har stillet sig overordentlig positivt til ordningen og spørgsmål i forbindelse med sundhedsplejen har jævnligt været drøftet ved lægekredsforeningsmøder.

Det samlede antal henvisninger er registreret på amtssundhedsplejerskens kontor. I forsøgsperioden - ca. ~iVi år - er i landområderne henvist ialt 1161 børn af et antal fødte på knap 10.000. Henvisningsprocenten har ved flere årspgørelser været 12-13 %. På grund af periodisk vakance i visse stillinger må dette henvisningstal anses for et minimum i forhold til behovet.

I købstæderne er til sundhedsplejersketilsyn udover 1. leveår henvist 369 af et antal fødte på ca. 6000, d. v. s. ca. 6 %. Også dette tal har i forsøgsperioden været ret uændret.

Ved forsøget i Skjern er i det første år 48 af 94 nyfødte henvist til sundhedspleje udover 5-ugers alderen. Desuden er 20 børn i førskolealderen og 41 børn i skolealderen henvist til sundhedsplejersken.

lait er i forsøgsperioden registreret 1639 børn i hele amtet under ordningen. Heraf er 603 udskrevet, da barnet ikke mere skønnedes at have behov for sundhedsplejersketilsyn. 25 er overgået til særforsorg, 34 henvist til familievejledning, skønsmæssigt drejer det sig om ca. 20 % af den nyetablerede familievejledningsordnings klientel. Antallet af afslag på tilbud om sundhedspleje har været omkring 1 %, d. v. s. næppe mere end under generelle ordninger.

De enkelte sundhedsplejersker har i forsøgsperioden efter en vis kontaktperiode haft 70—150 børn under tilsyn. De hidtidige erfaringer tyder på, at ca. 100 børn under tilsyn pr. sundhedsplejerske er mest passende.

Med hensyn til årsager til henvisning til sundhedspleje kan anføres, at trivsels- og ernæringsproblemer, for tidlig fødsel og følger efter vanskelig fødsel udgør de største grupper med hver ca. 300 børn. Medfødte misdannelser og forsinket udvikling udgør hver godt 100 børn, luftvejssygdomme og psykiske symptomer lidt mindre. Iøvrigt omfatter henvisningerne tilsyneladende **alle** lidelser hos børn, hvor der kan være pasningsproblemer i hjemmet.

Det synes at være et karakteristisk træk ved klientellets sammensætning, at belastede miljøforhold spiller en væsentlig rolle. Ca. en trediedel af klientellet har utilfredsstillende boligforhold. Hos ca. en sjettedel findes stærk disharmoni mellem ægtefællerne. Og ved næsten halvdelen har sundhedsplejersken skønnet, at der var et misforhold mellem barnets behov for pasning og forældrenes mulighed for at yde denne, enten på grund af særligt store behov hos et handicappet barn, eller på grund af nedsatte muligheder hos forældrene, f. eks. som følge af sygdom eller overarbejde. Halvdelen af sundhedsplejerskernes klientel svarer til 5-6 % af samtlige børn, og det må således antages, at der ved denne gruppe er grund til at yde forældrene støtte ved pasningen af barnet.

Sundhedsplejerskernes arbejde

Som foran nævnt, drejer det sig om et klientel med et sammensat symptomkompleks,

hvor traditionelle sygdomsbilleder og milieu-problemer ofte er blandede. Under et sådant arbejde bliver sundhedsplejerskens virkefelt selvsagt langt bredere, mere krævende og varieret, end under generelle tilsynsordninger. Det har under forsøget været et almindeligt indtryk, at sundhedsplejerskernes uddannelse, som den nu er tilrettelagt, gør en sådan udvikling berettiget.

Såvel det udvidede tilsyn med handicappede børn som tilsynet med større børn medfører, at sundhedsplejersken kommer i nærmere kontakt med familien og med de problemer, der spiller en rolle for forældrene. Sundhedsplejersken må ofte på væsentlige områder søge at påvirke forældrenes indstilling og holdning, ligesom hun ofte bliver familiens nærmeste rådgiver både vedrørende lægelige og sociale spørgsmål. Det fremgår af de foretagne opgørelser, at sundhedsplejersken ved 15-20 % af klientellet har taget initiativet til en tiltrængt lægelig behandling, og at hun i endnu flere tilfælde må følge de lægelige ordinationer op. Ved ca. 10 % af klientellet har sundhedsplejersken taget initiativet til en påkrævet social behandling, og også i mange af disse sager, er det sundhedsplejersken, der løbende følger familien og overvåger, at den sociale behandling har den tilsigtede virkning.

Man har desuden lagt vægt på, at sundhedsplejersken var kvalificeret med hensyn til at vejlede forældre i hjemmet vedrørende pasning af børn med specielle problemer. Det har derfor været nødvendigt at etablere nær kontakt med specialinstitutioner, således at sundhedsplejerskens vejledning løbende kunne følge de givne ordinationer op. Sundhedsplejersken har hermed kunnet være en værdifuld medhjælp for den praktiserende læge, idet hun efterhånden erhverver stor erfaring vedrørende omsorgen for børn med sjældne handicap. Der synes hermed i mange tilfælde at kunne skabes mulighed for i større udstrækning at behandle handicappede børn i hjemmet. Som eksempel på sygdomme, hvor en sådan støtte til behandlingen kan være af væsentlig betydning, kan nævnes spasticitet og sansedefekter.

Overfor de børn, der senere får behov for henvisning til særforsorg, kan sundhedsplejersken yde en måske afgørende indsats. Erfaringsmæssigt kan der gå lang tid fra en sygdom er erkendt, indtil det afklares, hvorvidt der er grund til at etablere særforsorg. Det kan f. eks. dreje sig om følgetilstande efter en

for tidlig fødsel eller en svær sygdom i barnets første leveår. Der er her væsentlige behandlingsopgaver, der vel ofte til en vis grad forsvømmes. Overfor barnet er den rette pasning i hjemmet i visse tilfælde af afgørende betydning, f. eks. ernæring, legemlig træning, psykisk stimulation m. v. Overfor forældrene er det vigtigt i denne periode at hjælpe til erkendelse af barnets problem og samtidig fremhæve betydningen af forældrenes indsats. Såfremt særforsorg viser sig påkrævet, kan sundhedsplejersken orientere om mulighederne på det tidspunkt, hvor behovet opstår, således at henvisning til forsorg af forældrene føles som noget naturligt og ønskeligt.

Forudsætningen for, at sundhedsplejersken kan udfylde det omtalte »hul« mellem erkendelsen af sygdom og etablering af særforsorg er, at der er nært samarbejde mellem sundhedsplejen og særforsorgen. Sundhedsplejersken må nøje kende særforsorgens hjælpemuligheder, og have personlige kontakter, således at der sker en løbende gensidig orientering med henblik på, at henvisning kan ske på det mest hensigtsmæssige tidspunkt.

Social-medicinsk samarbejde

Som tidligere omtalt har man under forsøget lagt afgørende vægt på, at sundhedsplejen foregik i nært samarbejde med de praktiserende læger. Det har været overvejet at søge aftalt en fast regelmæssig træffetid mellem læge og sundhedsplejerske, men denne tanke er blevet opgivet som upraktisk, idet det har været anført, at kontakten i perioder var hyppig, f. eks. daglig, medens der i andre perioder ikke var behov for hyppig kontakt.

Da såvel læger som sundhedsplejersker i amtet bruger megen tid på kontaktmøder, er det væsentligt ikke at foranledige unødige møder.

Det fremgår af foretagne undersøgelser hos sundhedsplejerskerne, at der er nær sammenhæng mellem sundhedsplejerskens kontakt med lægen og antallet af henvisninger. Man har indtryk af, at de bedste samarbejdsmuligheder opnås, hvor en sundhedsplejerske betjener klientellet hos 5-7 læger, svarende til en befolkning på 10-15.000 mennesker. Hvor sundhedsplejersken betjener større områder, er der ringe kontakt med og få henvisninger fra adskillige læger. Den oprindeligt planlagte distriktsinddeling, hvor en sundhedsplejerske betjener et område med 25-30.000 mennesker,

giver således ikke en tilfredsstillende dækning.

Erfaringerne i begyndelsen af forsøgsperioden viste nødvendigheden af at yde sundhedsplejerskerne alsidig støtte ved behandling af de henviste sager. Dette udviklede sig hurtigt til månedlige møder, hvortil efterhånden knyttes den stab af sagkyndige, der var brug for, regelmæssigt konsulent fra mødrehjælpsinstitution og revalideringscenter, socialinspektør, embedslæge, samt efter behov andre sagkyndige med kontakt til de enkelte sager.

Da der i 1968 oprettedes en familievejledningsordning for Ringkøbing amt, gennemførtes en sammenslutning, således at familievejledningens baggrundsteam, jurist, praktiserende læge, skolepsykolog og børneværnskonsulent, sammen med det ovenfor omtalte team mødes med sundhedsplejersker og familievejledere. Amtet er for tiden opdelt i 3 kredse med 30-50 000 indbyggere. For hver kreds afholdes et månedligt møde.

Gennem denne opbygning er i praksis etableret et stringent socialt-sundhedsmæssigt system til behandling af problemer hos familier med små børn. Der opnås herved gode samarbejdsmuligheder, ikke mindst takket være de personlige kontakter, der skabes ved de månedlige møder. Gennem dette samarbejde er der mulighed for at planlægge en social-medicinsk behandling, der tager sigte på hele familens problemer, således at de enkelte institutions indsats og holdning koordineres.

For sundhedsplejen er denne nære kontakt med sociale behandlingsinstitutioner af afgørende betydning, fordi belastende miljøforhold spiller en betydelig rolle for muligheden for hensigtsmæssig behandling af de sundhedsmæssige problemer. Det kan f. eks. nævnes, at der ved ca. 5 % af samtlige børn er kontakt mellem sundhedsplejerske og mødrehjælpsinstitution. Sundhedsplejersken kan herved opnå den hjælp til aflastning af moderen eller bedring af de ydre forhold, der kan være afgørende for behandlingen af barnet. Tilsvarende forhold gør sig gældende overfor socialkontor og revalideringscenter.

Det må endelig anføres, at det er nødvendigt for sundhedsplejen at have nært samarbejde med pædagogiske institutioner, børnehaver og skolevæsen. Mange af de børn, der henvises til sundhedspleje, har stort behov for i en passende alder at komme i børnehaver, enten på grund af barnets lidelse eller på grund af miljøforholdene. Det er en vigtig del af sund-

hedsplejerskens arbejde, at søge at skabe forståelse herfor hos forældrene og i tide søge at finde børnehavplads for barnet. Og ofte vil der i børnehaven være brug for, at sundhedsplejersken som rådgiver bevarer kontakt med barnet og hjemmet.

For de børn, der har egentlige handicap, er det af stor betydning, at deres skolemæssige placering i tide overvejes. Og der er blandt folkeskolens specialpædagoger stor interesse for fra sundhedsplejersken at modtage orientering om de børn, der kan forudses at få problemer med at følge normal skolegang.

Konklusion og forslag

En behovspræget sundhedspleje synes at indebære store muligheder for, at sundhedsvæsenet i tide kan finde de børn, der senere vil volde pædagogiske og/eller sociale problemer. Såfremt en alsidig social-medicinsk behandling på dette tidlige tidspunkt iværksættes, er der god grund til at antage, at man kan undgå mange af de fejludviklinger og forsømmelser, der kan forværre et tilstedeværende handicap.

Men forudsætningen for, at ordningen kan opfylde disse forventninger, er, at der kan ydes sundhedsplejerskerne tilstrækkelig støtte ved dette meget krævende arbejde. Efter erfaringer fra forsøgene drejer det sig om tilstrækkelig alsidig social sagkundskab til konference mindst 1 time månedligt pr. sundhedsplejerske

samt mulighed for daglig kontakt, for eksempel telefonisk. Som nævnt drejer det sig ofte om ret komplicerede sociale og medicinske spørgsmål, og det må derfor anses for nødvendigt, at der for at formidle kontakten i konferencerne deltager læge med social-medicinsk erfaring. Der foreligger her en betydelig opgave for embedslægevæsenet. Efter erfaringer her fra amtet må man skønne, at der for ca. 20 sundhedsplejersker kræves en lægedeltagelse på 20-40 timer månedlig.

Erfaringer fra forsøgene tyder på, at en sundhedsplejerske maksimalt kan betjene et område med 15.000 beboere. Hvis distrikterne er større, må det påregnes, at ikke alle børn, der har behov derfor, kan blive betjent. Formentlig vil en distriktsstørrelse på ca. 10.000 beboere give bedre mulighed for det samarbejde, ikke mindst med de praktiserende læger, der er afgørende. Og der vil måske med en sådan distriktsstørrelse være mulighed for, at sundhedsplejersken også kan tilse børn i skolealderen.

Man skal derfor foreslå de administrative myndigheder, at der i tilslutning til kommunesammenlægning søges etableret sundhedspleje-distrikter, således at hver sundhedsplejerske påregnes at betjene ca. 10.000 beboere med behovspræget arbejde før og i skolealderen, samt at ordningen tilrettelægges på en sådan måde, at sundhedsplejerskerne får mulighed for at få tilstrækkelig sagkyndig støtte ved et alsidigt baggrundsteam.

Bilag 13

Sundhedsstyrelsen,
Medicinal-statistik afdeling,
St. Kongensgade 1,
1264 København K.
Telf. (01) 14 10 11, lokal 42.

Skemaet udfyldes og indsendes af spædbørns-
sundhedsplejersker og sundhedsplejersker i kombi-
nerede ordninger til kredslægen og af skolesund-
hedsplejersker og andre medhjælpere hos skole-
lægen til skolelægen inden 29. april 1969. Kreds-
læger og skolelæger videresender senest 9. maj de
udfyldte skemaer til amtslægen, der indsender hele
materialet til sundhedsstyrelsen senest 21. maj
1969.

Sundhedsstyrelsens tælling pr. 22. april 1969 af sundhedsplejersker herunder skoleplejersker samt andre medhjælpere hos skolelægen

1. Efternavn:	Nuværende stilling:
2. Fornavn(e):	20. Ansættelsesdato:
3. Pigenavn:	21. Amt:
4. Adresse: Telf. nr.:	22. Kommune(r) (skriv navnene):
5. CPR-nr.: .....	.....
Civilstand (sæt X ud for Deres nuværende ci- vilstand):	
6. Ugift ☐	.....
7. Gift ☐	.....
8. Forhen gift:	.....
Uddannelse efter folkeskolen (sæt X ud for den uddannelse, De har afsluttet eller beskriv):	
9. Mellemskoleeksamen ☐	.....
10. Realeksamen ☐	.....
11. Studentereksamen ☐	.....
12. Anden eksamen (beskriv hvilken): .....	.....
.....	
13. Anden uddannelse (beskriv): .....	.....
.....	
Autorisation som sygeplejerske:	
14. dato: .....	.....
15. nr.: .....	.....
Sundhedsplejerskeeksamen:	
16. dato: .....	.....
Samlet antal år beskæftiget som:	
17. Sundhedsplejerske: .....	.....
18. Sygeplejerske: .....	.....
19. Medhjælper (sekretær) hos skolelægen: .....	.....
.....	
For sundhedsplejersker og andre medhjælpere hos skolelægen oplyses:	
Angiv for Deres arbejdsområde:	
23. Antal skoler: .....	.....
24. Antal skolebørn: .....	.....
25. Skolelægens(rnes) navn(e): .....	.....
Stillingens art (sæt X ved alle de arbejdsområ- der, der indgår i Deres nuværende stilling):	
26. Sundhedspleje vedr. gravide ☐	.....
27. Sundhedspleje vedr. spædbørn ☐	.....
28. Sundhedspleje vedr. småbørn ☐	.....
29. Sundhedspleje vedr. skolebørn ☐	.....
30. Hjemmesygepleje ☐	.....
31. Sekretærarbejde for skolelægen ☐	.....
Arbejdstid (sæt X og/eller beskriv):	
32. Fuldtidsansat. ☐	.....
33. Deltidsansat ☐	.....
33. Antal timer ugentligt:	.....
34. Særligt ansættelsesforhold (beskriv): .....	.....
.....	
.....	

Evt. bemærkninger anføres på bagsiden.

Vejledning og instruktion vedrørende sundhedsplejerskeordningen

Forord til 1. udgave, 1954

De siden lov af 31. marts 1937 om bekæmpelse af sygelighed og dødelighed blandt børn i det første leveår indhøstede erfaringer har nødvendiggjort en revision af den gældende vejledning og instruks, der hermed foreligger.

Revisionen er udarbejdet af sundhedsstyrelsen og det af indenrigsministeriet nedsatte udvalg vedrørende helbredsundersøgelser af børn samt repræsentanter for sundhedsplejerskerne.

Der er samtidig foretaget en bearbejdelse af sundhedsplejerskernes journalmateriale og udarbejdet forslag til nye formularer. Disse nye formularer med tilhørende vejledning er ikke medtaget i nærværende pjece, da man over en begrænset periode har ønsket at gennemprøve dem i praksis. Efter endt prøvetid vil også dette materiale indgå i pjecen.

Forord til 2. udgave, 1961

I den foreliggende udgave af den gældende vejledning og instruks er der foretaget enkelte mindre rettelser af oplysninger og bestemmelser, der var blevet forældede.

Afsnittet om vejledning i udfyldelse af månedsberetning er ikke medtaget i nærværende udgave, idet dette afsnit fremtidig vil indgå i pjecen vedrørende journalmateriale m. m., der samtidigt foreligger i et nyt oplag.

I denne redegørelse har man kun medtaget de forhold, der har interesse for *spædbørns-sundhedsplejersken*. Skolesundhedsplejerskens arbejde omtales kun til belysning af de tilfælde, hvor spædbørns-sundhedsplejersken samtidig er skolesundhedsplejerske.

I. Lovgivningen vedrørende sundhedsplejerskeordningen

Den nuværende sundhedsplejerskeordning er baseret på to love, nemlig lov nr. 85 af 31. marts 1937 om bekæmpelse af sygelighed og

dødelighed blandt børn i det første leveår, og lov nr. 413 af 12. juli 1946 om skolelæger med de ændringer, der følger af lov nr. 117 af 12. april 1957, (§ 2).

Ordlyden af lov nr. 85 af 31. marts 1937

- § 1. Kommuner, herunder amtskommuner, der ansætter sundhedsplejersker med det formål at bekæmpe sygelighed og dødelighed blandt børn i det første leveår efter disses fødsel, kan efter indenrigsministeriets bestemmelse i det enkelte tilfælde erholde statstilskud til dækning af halvdelen af de dermed forbundne udgifter. Endvidere kan der på samme måde, når indenrigsministeren finder anledning dertil, ydes tilskud til dækning af indtil halvdelen af udgifterne ved driften af rådgivende børneplejestationer, der drives i tilknytning til de nævnte sundhedsplejerskers arbejde enten af en kommune eller af sygekasser, menighedsplejer, private sygeplejeforeninger eller lignende efter overenskomst med en kommune.

Tilsyn med sundhedsplejerskernes virksomhed og de i tilknytning dertil drevne børneplejestationer føres af sundhedsstyrelsen. Om dette tilsyn og om iværksættelsen af de øvrige bestemmelser i denne lov kan indenrigsministeren fastsætte nærmere regler.

- § 2. Regeringen bemyndiges til ved kgl. anordning at sætte denne lov i kraft på Færøerne med de ændringer, som følger af disse øers særlige forhold.
- § 3. Denne lov, der træder i kraft 1. april 1937, vil være at forelægge til revision¹⁾ i rigsdagssamlingen 1942-43.

¹⁾ Revisionen er ved lov nr. 78 af 29. marts 1957 udskudt til senest at skulle ske i folketings-samlingen 1961-62.

Ordlyden af lov nr. 413 af 12. juli 1946, § 2:

- stk. 1. For hver skolelæge kan der ansættes en skolesundhedsplejerske.
- stk. 2. Hvis en sådan ikke ansættes, men der i kommunen findes sundhedsplejerske i henhold til lov nr. 85 af 31. marts 1937, bistår denne, hvor forholdet ikke ordnes på anden måde, skolelægen i det omfang, hvori hendes arbejde med spædbørnstilsynet tillader det. Sundhedsplejerskens overtagelse af arbejdet inden for skolelægeordningen skal godkendes af sundhedsstyrelsen.

Disse love har givet kommunerne mulighed for at ansætte spædbørnssundhedsplejersker, skolesundhedsplejersker eller sundhedsplejersker i kombineret spædbørns- og skolesundhedspleje, idet der ydes statsrefusion efter visse nærmere regler.

Refusion

Regnskab over de i finansåret afholdte udgifter til en sundhedsplejerskeordning ledsaget af regnskabsbilag og attesteret af vedkommende kommunale revision indsendes efter finansårets udløb til sundhedsstyrelsen. Drejer det sig om en kombineret spædbørns- og skolesundhedsplejerskevirksomhed vil kommunerne i godkendelsesskrivelsen fra indenrigsministeriet have modtaget oplysning om, hvorledes udgifterne skal fordeles mellem henholdsvis spædbørnssundhedsplejen og skolesundhedsplejen.

Refusionen vedrørende skolesundhedsplejen finder sted efter de af undervisningsministeriet til enhver tid fastsatte regler, for tiden ministeriets bekendtgørelse af lov om skolelæger af 3. oktober 1957, § 11.

II. Etablering af en sundhedsplejerskeordning

Forhandling mellem lokale administrative og lægelige myndigheder

Oprettelse af en *spædbørnssundhedsplejerskeordning* sker på kommunens initiativ. Amtslægen vil i påkommende tilfælde orientere kommunen om, hvorledes ordningen kan organiseres og administreres, og endvidere forhandle med lægekredsforeningens hygiejneudvalg og eventuelt med kredslægerne og de lokale læger.

Det må anses for det mest fordelagtige, at sundhedsplejersker fremtidigt så vidt muligt ansættes i *kombineret spædbørns- og skolesundhedspleje*, idet man på denne måde får det største udbytte af sundhedsplejerskernes arbejdskapacitet og til fulde udnytter deres specialuddannelse. Hvis en sundhedsplejerske således skal arbejde både med spædbørn og skolebørn (kombineret ordning), skal der yderligere føres forhandling med de interesserede skolemyndigheder og skolelæger herom.

I de tilfælde, hvor der etableres amtsordninger, specielt ordninger med kombineret spædbørns- og skolesundhedspleje, gennemføres en sådan ordning bedst, dersom der tillige ansættes en *ledende sundhedsplejerske*, og her tages amtslægen også med på råd. I sin vejledning støtter amtslægen sig til en af sundhedsstyrelsen udarbejdet normalinstruks for henholdsvis spædbørnssundhedsplejerske og ledende sundhedsplejerske.¹⁾

Indstilling til de centrale myndigheder

Når de lokale myndigheder herefter måtte have besluttet sig til at oprette en sundhedsplejerskeordning, fremsender kommunalbestyrelsen forslaget herom til indenrigsministeriet, der meddeler godkendelse efter forhandling med sundhedsstyrelsen.

Forslaget må være ledsaget af følgende oplysninger:

Sundhedsplejerskeordningens beskaffenhed (d. v. s. om det er en ren spædbørnssundhedsplejerskeordning eller en kombineret spædbørns- og skolesundhedsplejerskeordning, og om der ansættes en ledende sundhedsplejerske).

Påregnede antal børn under årligt tilsyn af den enkelte sundhedsplejerske.

Sundhedsplejerskedistriktets art (by eller land) og størrelse.

Sundhedsplejerskens lønforhold, herunder også spørgsmål vedrørende beklædning, befordring og pension.

Desuden vedlægges en udtalelse fra amtslægen og den stedlige lægekredsforenings hygiejneudvalg samt forslag til instruks for sundhedsplejersken, (jfr. sundhedsstyrelsens normalinstruks, side 118).

Drejer det sig om en *kombineret spædbørns-*

¹⁾ Normalinstruks for henholdsvis spædbørnssundhedsplejerske og ledende sundhedsplejerske, se side 116 og 115.

og skolesundhedsplejerskeordning vil indenrigsministeriet tillige forhandle med undervisningsministeriet. Udover det ovenfor nævnte må forslaget tillige indeholde oplysninger om antal skoler og antal skolebørn samt et forslag til instruks for skolesundhedsplejersken for så vidt en sådan ikke tidligere er blevet godkendt af undervisningsministeriet.¹⁾ Endelig vedlægges udtalelser fra amtslægen, for amtskommunernes vedkommende fra skoledirektionen og for købstædernes vedkommende fra skolekommissionen.

Sundhedsplejerskens ansættelse

Når indenrigsministeriets godkendelse af en sundhedsplejerskeordning foreligger, opslås den eller de ledige sundhedsplejerskestillinger ved avertering i Tidsskrift for Sygeplejersker med angivelse af arbejds- og lønningsvilkår.

Disse stillinger kan søges af autoriserede sygeplejersker, der har gennemgået sygeplejeuddannelsen inden for følgende sygeplejeregne:

- 1) specialafdeling for børnesygdomme i mindst 6 måneder,
- 2) barselpleje i 2 måneder,
- 3) sindssygepleje i mindst 4 måneder,
- 4) epidemi- eller tuberkulosepleje i mindst 2 måneder,
- 5) gennemgået sundhedsplejerskeuddannelse ved Institut for Syge- og Sundhedsplejersker ved Aarhus universitet.

Ansøgning om sundhedsplejerskestillinger indsendes til pågældende ansættende myndighed. Det forudsættes, at embedslægen og den ledende sundhedsplejerske får lejlighed til at gøre sig bekendt med ansøgningerne, der tilbagesendes den ansættende myndighed med disses indstilling påtegnet sagen.

Samtidig med at sundhedsplejersken træder i funktion, skal der foreligge lægeerklæring om, at hun er rask og findes egnet til den pågældende stilling. Endvidere skal hun møde med en erklæring om, at der ikke er påvist tegn til tuberkulose ved undersøgelse på en tuberkulosestation. Disse erklæringer må ikke være over 6 uger gamle.

Den ansættende myndigheds samt embedslægens erklæringer indsendes til sundhedsstyrelsen, der godkender ansættelsen endeligt.

¹⁾ En normalinstruks for skolesundhedsplejerske findes trykt som bilag IV til undervisningsministeriets cirkulære af 17. marts 1947.

III. Sundhedsplejerskens virksomhed

I de distrikter, hvor der er en sundhedsplejerskeordning, vil jordemødre og læger informere de vordende mødre om sundhedsplejerskens virksomhed for derved at lette sundhedsplejerskens adgang til hjemmene.

Sundhedsplejerskens virksomhed tilrettelægges af amtslægen,¹⁾ der fremsætter forslag om omfanget og arten af sundhedsplejerskens arbejde og om sundhedsplejerskens ansættelsesvilkår.

Sundhedsplejersken kan arbejde enten som spædbørnssundhedsplejerske eller som sundhedsplejerske i kombineret spædbørns- og skolesundhedspleje. I ordninger, hvor der er ansat et større antal sundhedsplejersker, f. eks. amtsordninger, kan der tillige ansættes en ledende sundhedsplejerske.

En spædbørnssundhedsplejerske vil i byerne kunne tilse maksimalt 200 spædbørn og på landet - efter befolkningstæthed og befordringsmuligheder — ca. 150—180 spædbørn med et gennemsnitligt antal af 12 besøg pr. spædbarn pr. år, se i øvrigt instruksens.

Det må fremhæves, jfr. instruksens § 6, at sundhedsplejerskerne næppe skal følge en fixeret plan, hvad besøgshyppigheden hos det enkelte barn amgår, idet sundhedsplejerskerne under visse omstændigheder vil skønne det nødvendigt at aflægge flere besøg end almindeligt (dårlige forhold i hjemmet o. lign.) og under andre omstændigheder vil kunne nøjes med færre besøg (tidligere kendskab til hjemmet).

Sundhedsplejersken bør aflægge sit første besøg så hurtigt som muligt efter fødslen, ikke mindst af hensyn til den store betydning man må tillægge, at diegivningen kommer godt i gang. Så vidt muligt bør dette første besøg finde sted, medens jordemoder og eventuelt barselsplejerske endnu besøger hjemmet. I øvrigt aflægges sundhedsplejersken hyppigere besøg de første 2-3 måneder, derefter sjældnere.

For børn der er født uden for sundhedsplejerskens distrikt og tilflytter dette inden afslutningen af deres første leveår, vil der gennem folkeregistret blive givet sundhedsplejersken meddelelse herom.

Hvis sundhedsplejersken er i tvivl om et barns sundhedstilstand, skal hun henvende sig til hjemmets læge. Denne vil bistå hende, selv om det eventuelle problem ikke vedrører sygdom i ordets strengeste forstand.

¹⁾ Jfr. fodnoten side 115.

Sundhedsplejersken må ifølge sin instruks' § 9 i enkelte tilfælde give vejledning ved lettere uregelmæssigheder, der ikke kan betegnes som sygdomme, og for hvilke lægens hjælp sædvanligvis ikke søges.

Da det ikke er muligt at give en fyldestgørende liste over alle sådanne ikke egentlige sygelige tilstande, vil det lokale hygiejneudvalg i hvert enkelt tilfælde tage stilling til, hvad der må medtages i den i instruksens § 9 anførte liste.

I den *kombinerede sundhedsplejerskeordning* er det mest hensigtsmæssigt, at sundhedsplejerskens arbejdsindsats fordeles ligeligt på de to arbejdsområder, d. v. s. at der inden for hendes distrikt bør være et passende forhold mellem det antal spædbørn og det antal skolebørn, som hun skal føre tilsyn med. Almindeligvis sættes 1 spædbarn = 10 skolebørn, og en sundhedsplejerske kan på den måde i et bydistrikt f.eks. højst tilse 100 spædbørn og 1000 skolebørn, medens hun i et landdistrikt alt efter befolkningstæthed, befordringsmuligheder og antallet af skoler kun kan tilse et noget mindre antal børn.

Ovennævnte tal gælder for skolebørn i folkeskolen. Drejer det sig om de højere skoler, hvor de fleste af børnene er ældre, kan antallet af skolebørn sættes noget højere, medens omvendt antallet må sættes ned, hvis det drejer sig om særklasser, hvor arbejdet erfaringsmæssigt er betydeligt større.

Sundhedsplejerskens opgave i skolen er at opretholde forbindelsen mellem skolen og skolelægen på den ene side og hjemmene på den anden side i alle spørgsmål, der vedrører børnenes sundhed. Hendes arbejde består her dels i at hjælpe til ved undersøgelser af børnene, dels i at aflægge besøg i hjem, hvor specielle forhold måtte gøre dette ønskeligt, og dels i at etablere den nødvendige kontakt med lærerpersonalet (jfr. i øvrigt undervisningsministeriets mønsterinstruks for skolesundhedsplejersker af 1947).

En *ledende sundhedsplejerske* har den daglige ledelse af distriktets sundhedsplejersker i overensstemmelse med en for hende særlig udfærdiget instruks, som skal godkendes af indenrigsministeriet, (normalinstruks for ledende sundhedsplejerske findes side 115). Hun påser, at sundhedsplejerskeordningen til enhver tid er afpasset således, at den fungerer så effektivt og så økonomisk som muligt; hun tilrettelægger navnlig ferieordninger på en sådan måde, at

udgifter til vikarer begrænses mest muligt. Endvidere har hun opmærksomheden henledt på sådanne forskydninger i fordelingen af antallet af spædbørn og skolebørn inden for distrikterne, som eventuelt måtte betinge ændringer i sundhedsplejerskernes arbejdsfordeling, og hun afgiver indstilling herom til amtslægen. Hvis hendes arbejde tillader det, kan den ledende sundhedsplejerske tillige fungere enten som sundhedsplejerske i et lille distrikt eller vikariere i kortvarige sygdomsperioder.

I øvrigt skal det nævnes, at sundhedsplejersken i enkelte kommuner, når hendes egentlige arbejde tillader det, også varetager plejetilsyn med plejebørn og børn født uden for ægteskab i henhold til lov om offentlig forsorg §§ 110 og 113. Det bør erindres, at barnets forsørger *skal* underkaste sig et sådant tilsyn, men dette gælder ikke sundhedsplejerskens egentlige virksomhed. I denne forbindelse må det dog fremhæves, at staten kun yder tilskud til kommunerne for det egentlige sundhedsplejerskearbejde.

Alle sundhedsplejersker skal udbrede kendskabet til de profylaktiske undersøgelser af børn, jfr. normalinstruks for sundhedsplejersker § 2. Disse undersøgelser foretages af de praktiserende læger eller på en børneplejestation.

Foretages undersøgelsen på en børneplejestation eller lign. institution, bør sundhedsplejersken så vidt muligt være til stede.

Med visse mellemrum samles embedslægen med repræsentanter for lægekredsens hygiejneudvalg for bl. a. at drøfte sundhedsplejerskens virksomhed. Man vil derfor i så vidt omfang som muligt indbyde de inden for området virkende læger og sundhedsplejersker.

På lignende måde bør sundhedsplejersken også deltage i de møder, der afholdes af embedslægen for jordemødrene, se normalinstruks for sundhedsplejersker § 15. Der vil således blive mulighed for at gennemdrøfte det daglige arbejde og problemer vedrørende samarbejdet.

Læger, jordemødre og sygeplejersker samt de lokale hygiejneudvalg gør en indsats for at fremme befolkningens forståelse af sundhedsplejerskeordningen.

Sundhedsplejerskens ansættelsesvilkår vil være afhængig af, om hun ansættes som ledende sundhedsplejerske, som spædbørnsundhedsplejerske eller som sundhedsplejerske i kombineret spædbørns- og skolesundhedspleje.

Om aflønning, herunder pensionsforhold, samt spørgsmål vedrørende beklædning og be-

fordring, henvises til indenrigsministeriets cirkulære af 20. oktober 1960, hvori det er fastsat, i hvilket omfang staten refunderer disse udgifter.

Sundhedsplejerskens lønningsanciennitet regnes fra tidspunktet for hendes autorisation som sygeplejerske i henhold til lov nr. 140 af 26. april 1933 om autoriserede sygeplejersker eller lov nr. 127 af 25. maj 1956 om sygeplejersker, dog således at alene den tid, i hvilken den pågældende i tidsrummet mellem autorisationen og ansættelsen som sundhedsplejerske har udøvet virksomhed inden for syge- og sundhedsplejen, medregnes i ancienniteten. For ledende sundhedsplejersker gælder de almindelige anciennitetsregler. Eventuelle tvivlsspørgsmål vedrørende udregning af lønningsancienniteten bør forelægges sundhedsstyrelsen.

Afløsning under ferie og sygdom

Sundhedsplejersken har ret til ferie efter de almindelige regler.

Drejer det sig om sundhedsplejersker beskæftiget i kombineret spædbørns- og skole-sundhedspleje lægges ferierne almindeligvis inden for skoleferien ca. 15/6-15/8.

Sundhedsplejersker ansat i kombineret arbejde inden for amtsordninger afløser så vidt muligt hverandre i ferietiden, forudsat de har bil. For spædbørns-sundhedsplejerskens vedkommende bør arbejdet fortsættes under hendes ferie. Hvor antallet af sundhedsplejersker gør det muligt, kan det anbefales at ansætte en reservesundhedsplejerske, der foruden at vikariere i ferierne også kan træde til i tilfælde af sygdom.

Vikarer skal have fuld uddannelse som sundhedsplejersker. Når de ansættes for et tidsrum af 3 måneder eller derunder, aflønnes de efter indenrigsministeriets cirkulære af 20. oktober 1960, afsnit III. Vikarer, der ansættes for et længere tidsrum end 3 måneder, aflønnes efter de i samme cirkulære under afsnit I angivne regler.

Vikarer, som ikke har gennemgået specialkursus for sundhedsplejersker ved Institut for Syge- og Sundhedsplejersker ved Aarhus universitet, men som med sundhedsstyrelsens godkendelse er ansat som vikarer før den 1. oktober 1960, aflønnes i en overgangsperiode indtil den 1. april 1962 efter ovenstående regler.

Ansættelse af vikarer for sundhedsplejersker i tilfælde af disses sygdom, ferie eller lignende skal godkendes af embedslægen.

De pågældende vikarer må opfylde de foran side 113 nævnte betingelser for ansættelse som sundhedsplejerske. Vikarer skal ved deres tiltræden forelægge attest på, at de ikke lider af tuberkulose. Attesten må ikke være over 6 måneder getinmel.

Normalinstruks for ledende sundhedsplejerske
i amtsråds-kreds

§ 1.

Den ledende sundhedsplejerskes nærmeste foresatte er amtslægen.¹⁾

§ 2.

Den ledende sundhedsplejerske er nærmeste foresatte for de i amtsråds-kredsen virkende sundhedsplejersker, og hun er i alle forhold vedrørende sundhedsplejerskeordningen medlemledet mellem sundhedsplejerskerne på den ene side og amtslægen og de ansættende myndigheder på den anden side.

§ 3.

Den ledende sundhedsplejerske skal inden for sit distrikt føre tilsyn med sundhedsplejerskerne og disses vikarer samt lede sundhedsplejerskernes daglige arbejde.

Hun skal herunder:

1. påse, at sundhedsplejerskerne i deres arbejde følger de gældende instrukser og de gældende retningslinier,
2. instruere og vejlede nyansatte sundhedsplejersker og eventuelle vikarer i deres arbejde, føre tilsyn med deres udstyr, samt give instruktion om at journalerne føres og opbevares på rette måde,
3. med passende mellemrum følge de enkelte sundhedsplejersker under deres arbejde, både i hjemmene, på skolerne og eventuelt på spædbørnsstationer (børneplejestationer),
4. med passende mellemrum indkalde sundhedsplejerskernes journaler til eftersyn,
5. med regelmæssige mellemrum og så mange gange om året, som amtslægen bestemmer, afholde møder med sundhedsplejerskerne om faglige spørgsmål og i det hele taget virke for, at deres faglige viden bevares og fornyes; gennem foredrag, diskussioner, studiekredse og lignende.

¹⁾ I København varetages de funktioner, der er pålagt amtslægen (kredslægen), af den ved sundhedsplejerske-institutionen ansatte læge.

§ 4.

Når den ledende sundhedsplejerske finder anledning dertil, fremsætter hun forslag om ændringer i den gældende sundhedsplejerskeordning, både angående distriktsinddelingen og arbejdsplanen.

§ 5.

Den ledende sundhedsplejerske skal modtage fødselsanmeldelserne for hele amtsråds-kredsen og omgående fordele dem til sundhedsplejerskerne.

På grundlag af fødselsanmeldelserne skal hun føre kartotek over alle spædbørn på de af amtslægen foreskrevne kartotekskort.

§ 6.

Den ledende sundhedsplejerske modtager og gennemser sundhedsplejerskernes kørselsregninger, hvorefter hun indsender dem til amtsrådet med sine eventuelle bemærkninger.

§ 7.

Den ledende sundhedsplejerske skal sørge for sundhedsplejerskernes forsyning med det nødvendige udstyr og dets vedligeholdelse; herunder skal hun bl. a. sørge for, at sundhedsplejerskernes vægte er i orden.

Hun skal føre fortegnelse over det hos de enkelte sundhedsplejersker beroende materiale og inventar.

§ 8.

I forbindelse med amtslægen afgiver den ledende sundhedsplejerske indstilling til amtsråd og skoledirektion angående ansættelser og afskedigelser af sundhedsplejersker og vikarer for disse.

§ 9.

Den ledende sundhedsplejerske skal føre personalekartotek over sundhedsplejersker og vikarer for disse efter amtslægens forskrift samt udarbejde den årlige ferieplan for sundhedsplejersker.

Hun skal endvidere påse, at sundhedsplejerskerne årligt bliver undersøgt for tuberkulose (jfr. instruks for spædbørnssundhedsplejersker).

§ 10.

Den ledende sundhedsplejerske skal en gang

månedlig afgive rapport til amtslægen, og hun skal bistå ham ved udarbejdelsen af årsberetningen om sundhedsplejerskernes arbejde.

§ 11.

Den ledende sundhedsplejerske tilrettelægger placeringen af praktikelever fra Institut for Syge- og Sundhedsplejersker ved Aarhus universitet i samarbejde med institutets ledelse og deltager i undervisningen af disse elever.

Ligeledes varetager den ledende sundhedsplejerske placeringen af sygeplejeelever og andet medicinalpersonale, der modtages til observation af sundhedsplejerskearbejdet.

Normalinstruks for spædbørnssundhedsplejerske

§ 1.

Sundhedsplejerskens opgave er at give råd og at vejlede med henblik på det sunde spædbarns ernæring og pleje, og hun skal i alt væsentligt følge de anvisninger, der er givet i den af sundhedsstyrelsen udgivne vejledning »Barnets ernæring og pleje indtil skolealderen« samt i øvrigt i videst muligt omfang samarbejde med hjemmets læge.

Ved sundhedsplejerskens besøg i hjemmet under barnets første leveår giver hun dels mundtlig og dels ved demonstrationer vejledning i barnets ernæring og pleje, ligesom hun lærer moderen at drage nytte af sundhedsstyrelsens ovenfor anførte vejledning.

Over for det syge barn har sundhedsplejersken normalt ingen rådgivende eller plejende funktioner.

§ 2.

Sundhedsplejersken skal fremhæve betydningen af de frivillige, profylaktiske helbredsundersøgelser af børn og tilskynde til, at de rette undersøgelsesterminer overholdes. Undersøgelserne foretages af en læge - enten af hjemmets sædvanlig benyttede læge eller på en undersøgelsesstation for børn.

Sundhedsplejersken må ikke direkte eller indirekte påvirke forældrene med henblik på valg af undersøgelsessted.

Sundhedsplejerskerne må i det hele taget samarbejde med lægerne i videst muligt omfang.

§ 3.

Sundhedsplejersken skal ved sit første besøg

henlede de pårørendes opmærksomhed på, at hendes hjælp er gratis, hvor det ikke kan forudsættes at være hjemmet bekendt, og hun skal ligeledes gøre opmærksom på, at det er en frivillig sag, om man vil modtage denne hjælp eller ej.

Sundhedsplejersken kan ikke altid vente, at hjemmet umiddelbart forstår betydningen af hendes arbejde. Hun må søge de fornødne oplysninger og gøre sine iagttagelser på en sådan måde, at barnets pårørende ikke føler sig generet derved.

Hvis et hjem tilkendegiver, at sundhedsplejerskens hjælp ikke ønskes, og der ikke kan opnås nogen forståelse herom, skal hun forlade hjemmet og må ikke uopfordret, før efter en eventuel næste fødsel i dette hjem, aflægge besøg der.

§ 4.

Straks efter enhver fødsel i hjemmet underretter jordemoderen eller den som jordemoder fungerende læge sundhedsplejersken eller kontoret for sundhedsplejersker herom, på et lukket brevkort; heri skal alle fornødne oplysninger, herunder fødselens forløb og barnets vægt og længde ved fødslen, være anført.

Fødsler, der finder sted uden for hjemmet, anmeldes på tilsvarende måde.

For børn der er født uden for sundhedsplejerskens distrikt og tilflytter dette inden afslutningen af deres første leveår, modtager sundhedsplejersken meddelelse fra folkeregistret herom.

Vedrørende forsendelse af journaler gælder følgende regler:

Journalen sendes af den tidligere sundhedsplejerske direkte til sundhedsplejersken i det distrikt, hvortil barnet flytter, såfremt hun er bekendt med den pågældende sundhedsplejerskes adresse (til den ledende sundhedsplejerske, hvor disse findes). Hvis man ikke kender den ny sundhedsplejerskes adresse eller ikke ved, om der er sundhedsplejerske i tilflytningskommunen, sendes journalen til amtslægen, jfr. fortegnelsen over amtslægerne, side 120.

Ved man, at tilflytningskommunen ikke har sundhedsplejerske, sendes journalen ikke, men går i arkivet.

§ 5.

Har fødslen fundet sted i hjemmet, aflægger sundhedsplejersken sit første besøg så snart

som muligt. For børn, der er født på sygehus eller klinik, gælder, at sundhedsplejersken så vidt muligt aflægger sit første besøg umiddelbart efter modtagelsen af meddelelse om udskrivningen.

For tilflyttede børns vedkommende aflægges sundhedsplejersken sit første besøg snarest belejligt under hensyn til det sidste af en sundhedsplejerske aflagte besøg.

Sundhedsplejersken er almindeligvis ikke forpligtet til at tilse børn, der midlertidigt opholder sig i distriktet.

§ 6.

Sundhedsplejersken skal ved sine besøg give en så grundig og indgående vejledning som muligt, og hun må derfor tilrettelægge sin arbejdsplan således, at hun altid har tilstrækkelig tid hertil.

Hos førstegangsfødende og i hjem, hvor sundhedsplejersken ikke tidligere har givet vejledning, aflægges efter omstændighederne hyppigere og længere varende besøg end hos mødre, der har erfaring fra tidligere fødsler med påfølgende sundhedsplejerskebesøg.

Yderligere bør besøgshyppigheden reguleres efter, om der er vanskeligheder ved diegivning, barnets trivsel, moderens forståelse el. lign. Omvendt bør der også tages hensyn til, om det drejer sig om hjem med gode forhold, forstående mødre, børn i god trivsel og lign.

Sundhedsplejerskens besøg vil i barnets 3 første levemåneder være hyppigere end senere.

Som et eksempel kan anføres:

Snarest efter fødslen.

10-12 dage efter fødslen.

3-4 uger efter fødslen.

1. helbredsundersøgelse hos læge ca. 5 uger efter fødslen.

Ca. 6 uger efter fødslen.

Ca. 8 uger efter fødslen.

Ca. 2½ måned efter fødslen.

3-3½ måned efter fødslen.

4-4½ måned efter fødslen.

2. helbredsundersøgelse hos læge ca. 5 måneder efter fødslen.

5-6 måneder efter fødslen.

7-8 måneder efter fødslen.

9-10 måneder efter fødslen.

3. helbredsundersøgelse hos læge ca. 10 måneder efter fødslen.

11½-12½ måned efter fødslen.

§ 7.

En af sundhedsplejerskens vigtigste opgaver er at gøre energisk propaganda for diegivningen. Hun skal derfor gøre alt, hvad hun kan for at få moderen til at amme sit barn.

I tilfælde, hvor brysternæring alene ikke kan gennemføres, skal sundhedsplejersken søge diegivningen gennemført i størst muligt omfang.

Ved begyndende hypogalacti kan sundhedsplejersken give fornøden vejledning, men hjælper de af sundhedsplejersken tilrådede forholdsregler ikke i løbet af højst en uge, bør lægen rådspørges.

I tilfælde, hvor diegivningen ikke kan gennemføres, tilrettelægger sundhedsplejersken barnets opflaskning, kunstig ernæring med sødmælksblandinger m. v.

§ 8.

Sundhedsplejersken skal kunne foretage vejning af børnene i hjemmet, men det er ikke nødvendigt, at vejning sker ved hvert besøg, når det er øjensynligt, at barnet trives normalt.

§ 9.

Selv om sundhedsplejerskens opgave, jfr. denne instruks' § 1, er at give råd og vejledning med henblik på det sunde barns ernæring og pleje, skal sundhedsplejersken i ganske enkelte tilfælde dog kunne give vejledning ved lettere uregelmæssigheder, der ikke kan betegnes som sygdom, og for hvilke lægens hjælp sædvanligvis ikke søges.

Ved »arp« kan tilrådes opblødning med olie eller vaselin med påfølgende kæmning og afsæbning.

Ved irriteret sædeparti bør sundhedsplejersken vejlede moderen med hensyn til blevask, jfr. pjecen »Barnets ernæring og pleje indtil skolealderen«; i øvrigt kan bruges blød zinkpasta eller pudder (1 del pulveriseret borsyre til 20 dele talkum). Ren pulveriseret borsyre må ikke anvendes.

Ved obstipation hos et brystbarn, der trives vel, kan forsøges ekstra tilskud af kogt vand; hjælper dette ikke, kan f. eks. anvendes et lille klysma med tynd, lunkent kamillete eller 1 % saltvand, givet med en blød gummiballon, dog højst hver 3. dag.

Ved obstipation hos børn på blandet ernæring, kunstig ernæring eller madebarnskost kan man søge at modvirke dette ved kostændring.

Ved navlebrok — diagnosticeret af lægen -

kan sundhedsplejersken i lettere tilfælde lægge og skifte plaster, og hvis moderen skønnes egnet dertil, kan sundhedsplejersken oplære hende til selv at skifte plasteret.

Ved navlegranulomer kan sundhedsplejersken touchere med lapisstift, dog højst 2 gange.

§ 10.

For så vidt de i § 9 nævnte uregelmæssigheder af sundhedsplejersken opfattes som sygelige tilstande, eller hvis sundhedsplejersken ved sine besøg får formodning om anden sygelig tilstand hos barnet, skal hun omgående råde forældrene til at søge lægehjælp. Dette gælder også i de tilfælde, hvor sundhedsplejersken er i tvivl, om et barn er sygt eller sundt. Når hun i et sådant tilfælde henviser barnet til lægeundersøgelse, kan hun på et af sundhedsstyrelsen specielt udarbejdet kort anføre de iagttagelser, der har foranlediget henvisningen. Dette kort opbevares af moderen.

Sundhedsplejersken må ikke direkte eller indirekte anbefale de pårørende, hvilken læge de skal henvende sig til.

§ 11.

Hvis det ved et af sundhedsplejerskens besøg viser sig, at barnet er sygt og under lægebehandling, skal hun afholde sig fra enhver udtalelse, der kan opfattes som stridende mod de af lægen givne ordinationer.

Sundhedsplejersken aflægger sine planmæssige besøg i hjemmet, også når barnet er under lægebehandling, med mindre den pågældende læge giver hende besked om midlertidig at opføre dermed.

§ 12.

For så vidt sundhedsplejersken erfarer, at barnet lider af pemfigus eller andre smitsomme børnesygdomme som mæslinger, kighoste, skoldkopper, fåresyge og røde hunde, må embedslægen afgøre, hvorvidt sundhedsplejersken kan besøge det; i bekræftende fald aflægges besøget som det sidste på den daglige tur.

Ved alvorlige smitsomme sygdomme der behandles i hjemmet, må embedslægen afgøre hvorvidt sundhedsplejersken skal indstille sine besøg i hjemmet.

I hjem med smittefarlig tuberkulose må sundhedsplejersken kun aflægge besøg efter direktiv fra embedslægen, der om fornødent konfererer med tuberkulosestationen.

§ 13.

Sundhedsplejersken bør tilråde, at de profylaktiske vaccinationer gennemføres, og bidrage til, at de foretages på de rette tidspunkter. Vedrørende B.C.G.-vaccination skal lægen altid rådspørges. Statens Seruminstitut anbefaler følgende vaccinationsplan i overensstemmelse med tidspunkterne for de profylaktiske børneundersøgelser:

Difteri-tetanus-kighostevaccination (triple-vaccine), der forventes indført fra 1. april 1961: Når barnet er 5 måneder gammelt, 6 måneder gammelt, 7 måneder gammelt og 15 måneder gammelt. (Bemærk i alt 4 injektioner).

Polio vaccination: Når barnet er 5 måneder gammelt, 6 måneder gammelt, 7 måneder gammelt og 15-16 måneder gammelt.

Kighostevaccination med ren kighostevaccine, som formentlig ikke vil blive omfattet af de vederlagsfri profylaktiske vaccinationer, kan gives når barnet er 5 uger gammelt, 9 uger gammelt, 13 uger gammelt og ca. 15 måneder gammelt.

Koppe vaccination foretages på et i forhold til de andre vaccinationer passende tidspunkt efter 6 måneders alderen, men bør ikke opsættes til lige før skolealderen.

Efter difteri-tetanus vaccination, polio vaccination og kighostevaccination bør der hengå:

1 uge { før man koppevaccinerer
 { før man B.C.G.-vaccinerer.

Efter koppe vaccination skal der hengå:

4 uger { før man difteri-tetanusvaccinerer
 { før man polio vaccinerer
 { før man B.C.G.-vaccinerer
 { før man kighostevaccinerer.

Efter en normalt forløbende B.C.G.-vaccination bør der hengå mindst:

8 uger før man koppevaccinerer.

§ 14.

Sundhedsplejersken må ikke give anvisning på brug af nogen art af medicin, dog skal hun give anvisning på vitamintilskud i form af levertran eller levertransdråber og ascorbinsyre-tabletter jfr. sundhedsstyrelsens pjece »Barnets ernæring og pleje indtil skolealderen«.

§ 15.

Sundhedsplejersken bør tilstræbe et godt samarbejde med distriktets medicinalpersoner (læger, jordemødre, sygeplejersker). Såfremt der arrangeres fællesmøder for sundhedsplejersker og andre medicinalpersoner (læger, jordemødre, hjemmesygeplejersker), hvor sundhedsplejerskens arbejde og det indbyrdes samarbejde drøftes, har sundhedsplejersken mødepligt.

§ 16.

Det kan pålægges sundhedsplejersken i rimeligt omfang at modtage elever fra Institut for Syge- og Sundhedsplejersker ved Aarhus universitet til uddannelse i praktisk sundhedsplejerskearbejde eller medvirke ved uddannelsen af andet medicinalpersonale, herunder sygeplejeelever.

§ 17.

Sundhedsplejersken skal føre ordnede optegnelser vedrørende ethvert barn på dertil bestemte journaler i overensstemmelse med den af sundhedsstyrelsen udarbejdede til enhver tid gældende vejledning herom. Journalblanketterne udleveres hende af kommunalbestyrelsen eller amtsrådet. Journalerne beror hos sundhedsplejersken, så længe hun benytter dem under tilsynet og må efter endt brug, f. eks. een gang om året, afleveres til embedslægen, der videresender dem til sundhedsstyrelsens medicinal-statistiske kontor.

§ 18.

Sundhedsplejersken må ikke tilse spædbørn i sit eget hjem. Hun skal have en bestemt telefontræffetid, således at moderen, lægen, jordemoderen og sygeplejersken kan sætte sig i forbindelse med hende. Sundhedsplejersken skal, når hun er i funktion, bære sin tjenestedragt.

§ 19.

Hvis sundhedsplejersken har formodning om selv at lide af sygdom, der kan frembyde smittefare for børnene (herunder også forkølelser), må hun indstille sine besøg og skal omgående underrette embedslægen derom eller, hvor der er ledende sundhedsplejerske, denne. Det isamme gælder, såfremt der i sundhedsplejerskens husstand forekommer tilfælde af alvorligere smitsomme sygdomme, herunder difteri og scarlatina.

Sundhedsplejersken skal en gang om året undersøges røntgenologisk for tuberkulose og om fornødent lade sig underkaste en supplerende klinisk undersøgelse.

§ 20.

Sundhedsplejersken sorterer under embedslægen og må i enhver henseende rette sig efter dennes instrukser, og hvor der er ansat ledende sundhedsplejerske følge dennes vejledning.

Hun afgiver hver måned til embedslægen en skematisk indberetning (månedsberegning) om sin virksomhed på de dertil bestemte blanketter, der udleveres hende af kommunalbestyrelsen eller amtsrådet, og som føres i overensstemmelse med de af sundhedsstyrelsen fastsatte regler herfor.

Fortegnelse over amtslægerne

Københavns amt — amtslægen, Frederiksberg.
Frederiksborg amt - amtslægen, Hillerød.

Holbæk amt - amtslægen, Holbæk.
Sorø amt - amtslægen, Sorø.
Præstø amt - amtslægen, Næstved.
Bornholms amt - amtslægen, Rønne.
Maribo amt - amtslægen, Nykøbing Falster.
Svendborg amt - amtslægen, Svendborg.
Odense amt - amtslægen, Odense.
Vejle amt — amtslægen, Vejle.
Skanderborg amt - amtslægen, Skanderborg.
Århus amt - amtslægen, Århus.
Randers amt - amtslægen, Randers.
Ålborg amt - amtslægen, Ålborg.
Hjørring amt - amtslægen, Hjørring.
Thisted amt - amtslægen, Thisted.
Viborg amt - amtslægen, Viborg.
Ringkøbing amt - amtslægen, Ringkøbing.
Ribe amt - amtslægen, Ribe.
Haderslev amt - amtslægen, Haderslev.
Åbenrå-Sønderborg amt — amtslægen, Åbenrå.
Tønder amt - amtslægen, Tønder.
Færøerne - landslægen, Thorshavn.
Grønland — landslægen, Godthåb.

*Sundhedsplejersker uddannet ved Danmarks sygeplejerskehøjskole i årene 1938—1968
fordelt efter beskæftigelse, april 1969*

År	Aktive i typisk sundhedsplejerskearbejde							Frafald					Til- sam- men
	Adm. arb.	Spædb. shp.e	Komb. ordn.	Skole- shp.e	Færøerne Grønland	Andet arb.	I alt	Aktive andet arb.	Pas- sive	Døde	Uop- lyst	I alt	
1938–40	5	14	12	5	–	2 ¹⁾	38	3	9	–	11	23	61
1941–50	4	81	96 ²⁾	36	2 ³⁾	25	244	37	44	7	30	118	362
1951–60	5 ¹⁾	38 ⁵⁾	97	43	1	18	202	25	22	3	12	62	264
1961–68	–	43	83 ⁶⁾	4	4	8	142	13	31	1	5	50	192
Tilsammen	14	176	288	88	7	53	626	78	106	11	58	253	879 ⁷⁾

¹⁾ Heraf 1 uddannet i Frankrig.

²⁾ Heraf 1 uddannet i Norge.

³⁾ Heraf 1 i administrativt arbejde.

⁴⁾ Heraf 1 uddannet i U.S.A.

⁵⁾ Heraf 2 uddannet i henholdsvis U.S.A. og Finland.

⁶⁾ Heraf 1 sygeplejelærerinde med supplerende sundhedsplejerskeuddannelse og 1 med eksamen som socialrådgiver.

⁷⁾ Heraf 5 med sundhedsplejerskeuddannelse fra andre lande og 2 med anden tilsvarende godkendt uddannelse.

Opgørelse over specialsundhedsplejen i Skjern kommunes skoler fra 1. juni 1968 til 1. juli 1969*)

Antal skolebørn der hører under specialsundhedsplejen	660	<i>Sygelige tilstande</i>	3
Antal skolebørn henvist til sundhedsplejersketilsyn	47	(astma, epilepsi, m. m.)	
Henvist af:		<i>Følger efter sygdomme</i>	3
skolelæge + klasselærer	25	(kraniefraktur, hydrocephalus, spasticitet)	
skolelæge	12	<i>Adfærdsforstyrrelser: ialt</i>	43
klasselærer	6	1. tilpasningsvanskeligheder	27
skoleleder	3	(ukoncentrerede, rastløse, ag- gressive, urolige, passive, sløve og hæmmede)	
skolepsykolog	1	Hovedparten af disse børn er henvist af klasselærerne	
Henvisningskriterier.		2. rapsen, stjælen	2
Registrering af de 47 henviste skolebørn ef- ter henvisningskriteriet. – De børn der er hen- vist af flere grunde, vil være medregnet i de forskellige grupper.		3. skulkeri	6
<i>Uheldige opvækstforhold: ialt</i>	67	4. skolenægten	2
1. dårlige boligforhold	6	(forårsaget af vanskeligheder i hjemmet)	
2. dårlige familiære forhold	15	5. neglebidning	1
(forældres sygdomme, udear- bejdende udslidte mødre, ægte- skabelige vanskeligheder m. m.)		6. jalousireaktioner	5
3. enlig mor eller far	4	(nye mindre børn i hjemmet)	
4. insufficiante forældre	37	<i>Manglende kontakt med hjemmene</i>	9
(nedsat intelligens, asociale forældre m. m.)		(forældrenes manglende interesse for barnets skolegang)	
5. dårlig økonomi	5	<i>Retardering:</i>	9
(forældrenes manglende administre- rende evner)		(svigtende evne til at følge med i klassen)	
<i>Psykosomatiske symptomer: ialt</i>	25	<i>Dårlig hygiejne: ialt</i>	45
1. enuresis	6	1. personlig hygiejne	21
2. migræne og hovedpine	4	2. ulejede tænder	24
3. adipositas (trøstespiser)	1	<i>Forkert ernæring</i>	19
4. hyppige forsømmelser (på grund af sygdomme)	14	<i>Adoptivbørn:</i>	3
<i>Sansedefekter</i>	5	(med vanskeligheder i hjemmet)	
(nedsat syn og hørelse, hvor for- ældre ikke »følger det op« uden hjælp af sundhedspl.)		Det samlede antal henvisningsårsager på ialt 231 berører 47 børn, således at der i gen- snit har været ca. 5 henvisningsårsager pr. barn.	

*) Udarbejdet af kredslæge Andreas Jensen, Skjern.

*Antal kommuner med sundhedsplejerskeordning pr. 31/12-1968 fordelt efter amt og
administrativ myndighed*

Amt	Amtsråd			Byråd			Sogneråd		Antal komm. i alt med shp.ordning		Antal komm. uden shp.ordning	
	Sogne- komm. +	By- komm.	Antal shp.ord.	By- komm. +	Sogne- komm.	Antal shp.ord.	Sogne- komm.	Antal shp.ord.	By- komm.	Sogne- komm.	By- komm.	Sogne- komm.
Landet øst for Storebælt												
Hovedstaden.....	-	-	-	2	-	2	-	-	2	-	-	-
Københavns amtsr.kreds	-	-	-	-	-	-	20	14	-	20	-	-
Roskilde	25	-	1	2	-	2	-	-	2	25	-	-
Frederiksborg amt.....	37	2	1	2	-	2	-	-	4	37	-	-
Holbæk amt	43	3	1	-	-	-	-	-	3	43	-	-
Sorø amt.....	33	1	1	4	1	4	1	1	5	35	-	-
Præstø amt.....	28	3	1	2	-	2	-	-	5	28	-	-
Bornholms amt	15	6	1	-	-	-	-	-	6	15	-	-
Maribo amt	58	4	1	3	-	3	-	-	7	58	-	-
Landet øst for Storebælt	239 + 19		7	15 + 1		15	21	15	34	261	-	-
Fyn												
Svendborg amt.....	-	-	-	3	8	3	29	5	3	37	3	5
Odense amtsr.kreds	-	-	-	3	3	3	14	6	3	17	-	2
Assens amtsr.kreds	-	-	-	2	-	2	1	1	2	1	-	11
Fyn	-	-	-	8 + 11		8	44	12	8	55	3	18
Jylland												
Vejle amt	54	-	1	3	-	3	4	1	3	58	-	-
Skanderborg amt.....	-	-	-	3	-	3	6	6	3	6	-	27
Århus amt	30	-	1	1	-	1	-	-	1	30	-	-
Randers amt.....	-	-	-	4	1	4	10	4	4	11	1	47
Ålborg amt.....	62	3	1	1	-	1	1	1	4	63	-	-
Hjørring amt	-	-	-	5	5	5	3	2	5	8	-	37
Thisted amt	-	-	-	2	1	2	1	1	2	2	-	49
Viborg amt.....	-	-	-	2	1	2	-	-	2	1	-	81
Ringkøbing amt.....	74	-	1	6	2	6	-	-	6	76	-	-
Ribe amt.....	-	-	-	3	-	3	18	9	3	18	-	33
Haderslev amt	8	-	1	1	-	1	-	-	1	8	1	29
Åbenrå amtsr.kreds....	17	-	1	1	-	1	-	-	1	17	-	-
Sønderborg amtsr.kreds	15	2	1	1	-	1	-	-	3	15	-	-
Tønder amt	33	2	1	1	-	1	-	-	3	33	-	-
Jylland.....	293 + 7		8	34 + 10		34	43	24	41	346	2	303
Hele landet	532 + 26		15	57 + 22		57	108	51	83	662	5	321

Bilag 18
Antal kommuner pr. 1. april 1970 fordelt efter amt og folketal

Amtskommune	Folketal								Kommuner i alt	Folketal 1. jan. 1969
	< 5.000	5.000- 9.999	10.000- 19.999	20.000- 29.999	30.000- 49.999	50.000- 74.999	75.000- 99.999	100.000 og over		
Københavns	4	2	2	3	6	1	2	—	20	595.128
Frederiksborg	4	5	7	2	—	1	—	—	19	240.557
Roskilde	3	5	1	1	1	—	—	—	11	137.836
Vestsjællands	2	12	6	2	1	—	—	—	23	253.952
Storstrøms	3	12	7	1	1	—	—	—	24	252.584
Bornholms	—	4	1	—	—	—	—	—	5	48.038
Fyns	7	15	8	—	1	—	—	1	32	429.657
Sønderjyllands	3	13	4	3	—	—	—	—	23	235.846
Ribe	3	5	5	—	—	—	1	—	14	195.630
Vejle	2	5	5	—	2	2	—	—	16	301.621
Ringkøbing	3	7	5	1	1	1	—	—	18	237.573
Århus	4	15	4	—	1	1	—	1	26	516.992
Viborg	1	9	3	3	1	—	—	—	17	220.101
Nordjyllands	1	15	8	—	2	—	—	1	27	455.385
København	—	—	—	—	—	—	—	1	1	647.761
Frederiksberg	—	—	—	—	—	—	—	1	1	104.308
Hele landet	40	124	66	16	17	6	3	5	277	4.872.969

Rettelsesblad til betænkning nr. 573, Sundhedsplejerskeinstitutionen

Følgende rettelser bedes indføjet i de udsendte eksemplarer af betænkningen

Side 10, næstsidste afsnit, 3. linie: 38 mill. kr. rettes til:
42 mill. kr.

Side 15, 2. afsnit, 4. linie: under 38 million kroner rettes **til**:
under 42 million kroner.

Side 63, næstsidste afsnit: beløbene 425.000 kr. og 37.805.000 kr. rettes til
4.250.000 kr. og 41.630.000 kr.

Rettelsesblad til betænkning nr. 573, Sundhedsplejerskeinstitutionen

Følgende rettelser bedes indføjet i de udsendte eksemplarer af betænkningen:

Side 10, næstsidste afsnit, 3. linie: 38 mill. kr. rettes til:
42 mill. kr.

Side 15, 2. afsnit, 4. linie: under 38 million kroner rettes til:
under 42 million kroner.

Side 63, næstsidste afsnit: beløbene 425.000 kr. og 37.805.000 kr. rettes til:
4.250.000 kr. og 41.630.000 kr.

