

Skolesundhedstjenesten i Danmark

Finn Kamper-Jørgensen

Som led i temanummeret om "Skolhälsovård" trækkes hovedlinjerne i den danske skolesundhedstjeneste op. Den nugældende ordning, som er en rent forebyggende ordning på primærkommunalt niveau, er fra 1972. Ordningen har været udsat for en del faglig kritik, og i forbindelse med økonomiske spareforanstaltninger har et bredt udvalg under den danske sundhedsstyrelse i betænkning nr 933 fra 1981: "Skolesundhedstjenesten" fremlagt forslag till en ændret skolesundhedstjeneste i Danmark.

I artikeln gennemgås hovedprincipperne for det fremtidige forslag.

Finn Kamper-Jørgensen, der som overlæge i sundhedsstyrelsen var formand for betænkningssudvalget, men som nu er direktør for Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi (DIKE), har skrevet artiklen.

Udviklingstræk

Den hygiejniske bevidsthed, der udvikledes i sidste halvdel af 1800-tallet, førte til forskellige undersøgelser om sundhedstilstanden i de højere skoler i København og almueskolerne på landet, hvilket igen førte til nedsættelse af en skolehygiejnisk kommission i 1882. Denne kommission stillede forskellige forslag om skolebygningers opførelse og indretning og om tilsynet med de hygiejniske forhold på skoler, men stillede ikke forslag om indførelse af særlige skolelæger. En sådan skolelægeordning indførtes første gang omkring århundredeskiftet for de københavnske kommuneskoler. Ordningens væsentligste formål var at føre hygiejnisk tilsyn med skolerne for dermed at hindre smitsomme sygdommes opståen og udbredelse.

Flere købstæder indførte i den første del af 1900-tallet skolelægeordning, men det var først i 1938, at der efter et kommissionsarbejde blev fremsat for-

slag til lov om skolelægetilsyn i alle landets skoler. Loven blev først gennemført i 1946. Den er siden ændret i 1957 og 1962, mens den nuværende ordning hviler på en lov af 1972.

Med Skolelægeoven af 1946 blev der indført en almindelig skolelægeordning for elever i offentlige og private skoler. Efter loven skulle der foretages regelmæssige undersøgelser af skolebørn ved en skolelæge, der tillige skulle føre kontrol med sundhedstilstanden i skolen. Der var tale om årlige undersøgelser af alle skoleelever, ligesom måling og vejning af eleverne skulle finde sted mindst en gang årligt. Egentlig lægebehandling var efter loven skolelægen uvedkommende. Et barn, der trængte til lægebehandling, skulle således henvises til praktiserende læge. Til bistand for skolelægen forudsattes ansat skolesundhedsplejersker/sygeplejersker.

I begyndelsen af 1960'erne rejstes kritik af den eksisterende ordning, bl.a fordi den i for høj grad koncentrerede sig om overflødige rutineundersøgelser. Der blev derfor mindre tid til at beskæftige sig med de særligt truede børn. I en betænkning fra 1970 fremsattes ændringsforslag, hvis hovedlinjer var, at de årlige rutineundersøgelser skulle forlades til fordel for mere behovsprægede undersøgelser, således at samtlige børn alene blev rutineundersøgt på nærmere angivne klassetrin. Desuden blev der lagt vægt på bistand til særlige risikogrupper. Da man i 1970 i Danmark havde fået gennemført en kommunalreform, og da man overvejede en helt ny lov om børnetandpleje, fandt man, at der ville blive

.....

I begyndelsen af 1960'erne rejstes kritik af den eksisterende ordning, bl.a fordi den i for høj grad koncentrerede sig om overflødige rutineundersøgelser.

.....

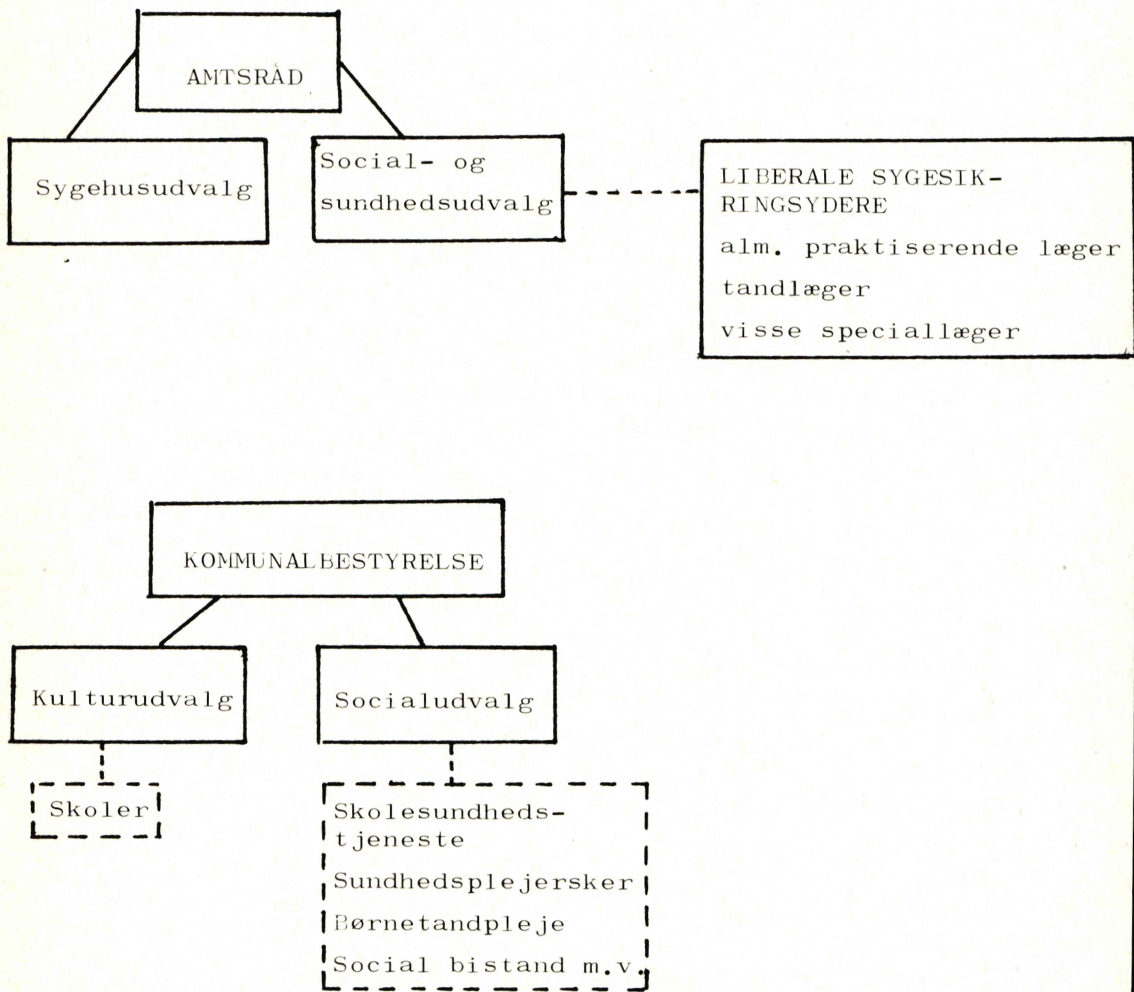
skabt større sammenhæng i de sundhedsmæssige opgaver på lokalt niveau ved at samle dem i samme administrative regie. I begyndelsen af 1970'erne overførte man derfor skolelægeområdet fra undervisningsregie til social-/sundhedsregie.

Nuværende skolelægeordning

Den nuværende skolelægeordning hviler på en lov fra 1972 om skolelægeordning. Loven må ses i sammenhæng med en parallel lov om sundhedsplejersker. Loven er en fleksibel rammelov. Sundhedsstyrelsen har i 1972 udsendt detaljerede retningslinjer for ordningen.

Der er tale om en primærkommunal ordning. Kommunerne skal ansætte skolelæger, sundhedsplejersker, sygeplejersker og hjælpepersonale i det omfang, det er nødvendigt for at sikre, at der foretages forebyggende helbredsundersøgelser af alle børn i den undervisningspligtige alder og i børnehaveklasser og føres kontrol med sundhedstilstanden i skolerne. Efter kommunalbestyrelsens bestemmelse kan der tilbydes skolebørn over den undervisningspligtige alder forebyggende helbredsundersøgelser. Alle børn, der går i skole, skal tuberkuloseundersøges af skolelægen i samarbejde med en lungeklinik.

Fig. 1. Nogle organisationsstrukturer vedr sundhedsvæsenet



Organisationsstrukturen i relation til tilgrænsende sundhedsområder fremgår af figur 1.

Som det fremgår af figuren er væsentlige dele af det danske sundhedsvæsen amtskommunaliseret. Amtsrådet har et stående sygehusudvalg, der forvalter sygehuse m v samt et social- og sundhedsudvalg, som bla forvalter de liberale sygesikringsydere. Det er en væsentlig forudsætning for at forstå den danske skolelægeordning at forstå, at vi i Danmark har en stærk tradition for at placere såvel den kurative som forebyggende virksomhed omkring den almenpraktiserende læge. Eksempelvis er profylaksen omkring gravide og småbørn henlagt til den almenpraktiserende læge. I Danmark er der god geografisk dækning med almenpraktiserende læger.

Kommunalbestyrelsen har ansvaret for den primære kommunale sociale og sundhedsmæssige service. Skolesundhedstjenesten, sundhedsplejersker, børnetandpleje, de væsentligste dele af sociale ordninger styres via socialudvalget og social- og sundhedsforvaltningen. Skoler hører administrativt til under kulturudvalget. Denne administrative opsplitning giver i det daglige en række problemer.

Primærkommunernes sociale og sundhedsmæssige service styres af den såkaldte rullende sociale udbygningsplanlægning, der har et 5-årigt tidsperspektiv med 1-årige revisioner.

Væsentlige dele af de nuværende opgaver har karakter af helbredsundersøgelser. Der er lægeundersøgelse i børnehaveklasse, 1, 2, 5, og 9 klasse. Samtidig foretages urinundersøgelse. Ca 25% af børnene på øvrige klassetrin behøvsundersøges, ca 7% på klassetrin med lægeundersøgelse. Sundhedsplejersken laver årlig undersøgelse af højde, vægt, syn og hørelse. Ordningen er af karakter rent forebyggende, behandlingstilfælde henvises til praktiserende læge. Af andre funktioner i den nuværende skolelægeordning kan nævnes det henvisende, opfølgende og tværfaglige samarbejde. Endvidere gives sundhedsoplysning, der laves tuberkulosekontrol og udføres hygiejnisk tilsyn med skolen.

Udviklingen mod en mere behovspræget indsats skal ses på baggrund af den øgede erkendelse af, at den fysiske sundhedstilstand blandt skolebørn generelt var blevet forbedret siden 1946-skolelægeloven, men at man på den anden side havde konsta-

teret et stigende antal skoleelever, der havde vanskeligheder med trivsel og tilpasning. Loven til-
sigtede således en mere intensiv indsats i form af
socialmedicinsk bistand til disse børn.

Den øgede indsats over for børn med særlige behov må endvidere ses i sammenhæng med en parallel udvikling inden for andre ordninger med forebyggende sigte, både i sundheds-, undervisnings- og sociale sektoren. Udviklingen af specialundervisning og skolepsykologi har også stillet krav til skolelægeordningen. Endvidere blev det omkring 1970 principbesluttet, at undervisningen af handicappede elever skulle søges udbygget på en sådan måde, at de kunne undervises i et almindeligt skolemiljø, såfremt forældrene ønskede dette. Hermed lagdes grundlaget for en vidtgående integrering af handicappede elever i folkeskolen.

De uddannelsesmæssige krav til skolelægen i dag er, at lægen har bestået lægevidenskabelig embeds-eksamen, har ret til selvstændigt virke som læge og har fulgt et af sundhedsstyrelsen tilrettelagt kursus i skolehygiejne. Der er ca 5 000 elever pr heltidsansat skolelæge. Majoriteten er dog deltidsansatte og er især praktiserende læger.

Ca 42 % af sundhedsplejersker/sygeplejersker i dag har alene en sygeplejerskeuddannelse, og altså ikke den 9-måneders børneorienterede uddannelse, som sundhedsplejersker gennemgår.

Noget over halvdelen af Danmarks kommuner har etableret særlig skolesundhedspleje, mens en anden halvdel kombinerer småbørns- og skolesundhedspleje. I et sundhedsplejerskedistrikt bruges i typiske tilfælde 2 dage på skolerne, 3 dage i småbørnssundhedsplejen. Sundhedsplejerskerne lærer herved familierne og institutionerne i området godt at kende. Der er i gennemsnit 1800 elever pr. fuldtidssundhedsplejerske.

De samlede ressourser, der anvendes på skolelæ-

De samlede ressourcer, der anvendes på skolelægeordningen, andrager ca 4,3% af de samlede ressourcer, der bruges i sundhedsvæsenet på aldersgruppen 0–16 år.

Tabel 1. Omtrentlige driftsøkonomiske budgettal 1980 for sundhedsudgifter til børn og unge (0–16 år).

	mio.kr.	%
1. Børneprofylakse 0–6 år i almen praksis	45	1,7
2. Sundhedspleje excl. skolesundhedspleje	128	4,8
3. Skolelægeordning	116	4,3
4. Børn 0–6 år i almen praksis (fordelt ud fra procentuelle kontakter)	195	7,4
5. Sygehusindlæggelser af børn 0–16 år (baseret på fordeling af sengedagsforbrug)	1 400	52,7
6. Pædiatriske speciallæger i praksis	2,5	0,1
7. Børnetandplejen	770	29,0
Ialt	2 656,5	100,0

geordningen, andrager ca 4,3% af de samlede ressourcer der bruges i sundhedsvæsenet på aldersgruppen 0–16 år, jfr tabel 1. Det er således meget beskedne ressourcer, der anvendes på denne ordning.

Kritik af nuværende ordning

Nogle af de væsentligste kritikpunkter mod 1972-ordningen har været følgende:

1. Skolesundhedstjenesten er på mange måder slet ikke gearret ind efter de helbredsproblemer, som i dag dominerer blandt skolebørn, og på forebyggelse af voksenalderens sygdomme og helbredsproblemer.
2. Der bindes for mange kræfter i overflødige rutineundersøgelser. Der hersker berettiget tvivl om værdien af et så omfattende rutineprogram.
3. Ordningen er i alt for høj grad baseret på en såkaldt fejlfindings- og behandlingsmodel, i langt mindre grad på at finde sundhedsmæssige ressourcer og få dem omformet i et samarbejde med andre faggrupper til gavn for elevens skoleforløb og generelt til gavn for udviklingen af sundhedsbevidsthed og rimelig funktion.
4. Samarbejdet til de øvrige dele af sundhedstjenesten er ikke tilstrækkeligt godt. Ved indskolingen

er der kontinuitetsbrud til almen praksis og ved udskolingen i relation til almen praksis, bedrifts-sundhedstjeneste m.v.

5. Ordningen er ikke særlig synlig gennem statistik, evaluering, formidling i lokalsamfundet m.v.
6. Kvalifikationskravet til personalet og forudgående uddannelse er ikke tilstrækkelig god.
7. Arbejdsforholdene er for dårlige for det sundhedsfaglige personale. Elevtallene må sættes ned.
8. Indholdet i skolesundhedstjenesten er styret ret stramt centralt fra af retningslinjer. Det kan man måske undre sig over. En væsentlig begrundelse er, at man ikke har særlige profylakseuddannede læger, samt at sundhedsplejerskens og sygeplejerskens uddannelse på området er noget mangelfuld. Når man ikke kan garantere de fornødne uddannelseskvalifikationer, må der fastsættes retningslinjer for de opgaver, der skal løses. Det gælder for megen profylaktisk indsats i Danmark, at den er detailstyret. Megen anden lægelig virksomhed m.v. har slet ikke sådanne detaljerede forskrifter. Man bygger på uddannelseskvalifikationer.

Forslag til fremtidig skolesundhedstjeneste

Dels på baggrund af de ovenfor nævnte kritikpunkter mod den nuværende ordning, dels på baggrund af økonomiske spareovervejelser blev det i Danmark foreslået, at skolelægerne ikke længere skulle indgå i en skolesundhedstjeneste, men at skolesundhedstjenesten alene skulle kunne klares af sundhedsplejersker/sygeplejersker. Den danske sundhedsstyrelse kunne ikke acceptere dette synspunkt. Man måtte i det mindste gennem et betænkningsarbejde overveje forskellige modeller for fremtiden. Udvalgets overvejelser er fremlagt med betænkning nr. 933 om skolesundhedstjenesten fra 1981. Betænkningen er på ialt 236 sider.

I betænkningen gennemgås den foreliggende videnskabelige litteratur om skolebørns helbredsforhold og forskellige modeller i fremtidens skolesundhedstjeneste konsekvensvurderes. Man har konsekvensvurderet såvel modeller, hvor den nuværende skolesundhedstjeneste omlægges funktionelt set som modeller med et afdæmpet lægeligt engage-

ment, stigende til en model uden læge, respektive uden sundhedsplejerske.

Betænkningen anbefaler en funktionel omlægning af skolesundhedstjenesten, evt. med visse tidsmæssige besparelser for lægernes vedkommende.

Screeningsprogrammet

Overvejelserne vedrørende screeningsprogrammet har været af central betydning for tidsforbruget inden for eksisterende ressourcerammer.

I tabel 2 er det nuværende screeningsprogram og forslag til fremtidigt screeningsprogram sammenstillet.

Som det ses neddæmpes lægeundersøgelserne, og man anvender udtrykket sundhedsorienterede funktionsundersøgelser ved skolelæge i stedet. Tyngdepunktet bliver indskoling og udskoling, indskoling med henblik på koordination til tidligere profylaktisk indsats og forberedelse til skoleforløbet, – udskoling med henblik på især medicinsk erhvervsvejledning.

Det fremgår endvidere af tabellen, at de tidligere

Lægeundersøgelserne neddæmpes og man anvender udtrykket sundhedsorienterede funktionsundersøgelser ved skolelæge i stedet. Tyngdepunktet bliver indskoling og udskoling.

rutinemæssige undersøgelser vedrørende højde, vægt og hørelse neddæmpes, mens den årlige synsundersøgelse opretholdes. Som noget nyt indføres en årlig sundhedsorienteret samtale ved sundhedsplejerske for alle børn.

Grundlaget for det ændrede screeningsprogram har været foreliggende epidemiologiske undersøgelser vurderet i lyset af Verdenssundhedsorganisationens retningslinjer for gennemførelse af screeningsprogrammer.

Hovedprincipper i øvrigt

I tabel 3 er opregnet nogle af de hovedprincipper, som har været lagt til grund for forslagene om en fremtidig skolesundhedstjeneste i Danmark.

Tabel 2. Screeningsprogrammet, – nuværende og forslag til fremtidigt program.

Klassetrin	Sundhedsorienteret samtale v/sundhedsplejerske.	Sundhedsorienteret funktionsundersøgelse v/skolelæge	Vægt v/sundhedsplejerske	Højde v/sundhedsplejerske	Syn v/sundhedsplejerske	Farvesyn v/sundhedsplejerske	Hørelse v/sundhedsplejerske
Børnehaveklasse	×	0×	0×	0×	0×	×	0×
1.	×	0(×)	0×	0×	0×	(×)	0(×)
2.	×	0	0(×)	0(×)	0×		0
3.	×		0	0	0×		0
4.	×		0	0	0×		0
5.	×	0	0	0	0×	0	0
6.	×		0	0	0×		0
7.	×		0	0	0×		0
8.	×		0	0	0×		0
9.	×	0×	0	0	0×	×	0×

× forslag

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

0 nuværende undersøgelser

Tabel 3. Nogle hovedprincipper for forslag til fremtidens skolesundhedstjeneste i Danmark

1. EksPLICIT målformulering
2. Omstilling mod aktuelle helbredsproblemer
3. Obligatorisk for primærkommunerne
4. Ren forebyggende "bedriftssundhedstjeneste" for børn
5. Neddæmpet rutineprogram
6. Fortsat behovsorientering
7. Vægt på sundhedspædagogik
8. Vægt på indskoling og udskoling
9. Tværfagligt samarbejde og forebyggende, opfølgende indsats
10. Distriktsorienteret, forebyggende børnesundhedstjeneste
 - a. kombineret sundhedspleje
 - b. skolelæge også konsulent for socialforvaltningen m. v. for aldersgruppen 0-18 år
 - c. småbørnshelbredsundersøgelser fortsat hos almen praktiserende læge
11. Gør skolesundhedstjenesten og dens arbejdsfelt synlig (statistisk, evaluering, forskning)
12. Øget kommunal frihed ved tilrettelæggelse af ordning
13. Fortsat forvaltning af socialudvalget
14. Forsøgs- og udviklingsarbejde nødvendigt.

Som eksPLICIT målformulering foreslås: formålet med en skolesundhedstjeneste er:

- at medvirke til at sikre børn og unge en sund opvækst og at skabe forudsætninger for en sund voksentilværelse, samt
- at bidrage med et forebyggende sundhedsmæssigt perspektiv til skolens liv og til opfyldelsen af dens formål, og gennem en forebyggende sundhedsfaglig indsats at søge at bidrage til at skabe de bedst mulige udviklings- og indlæringsbetingelser for det enkelte barn.

I lov om folkeskolen er der formuleret en generel målsætning for folkeskolen, som lyder:

"Folkeskolens opgave er i samarbejde med forældrene at give eleverne mulighed for at tilegne sig kundskaber, færdigheder, arbejdsmetoder og udtryksformer, som medvirker til den enkelte elevs alsidige udvikling. Folkeskolen må i hele sit arbejde søge at skabe sådanne muligheder for oplevelse og selvvirksomhed, at eleven kan øge

Der bliver tale om en rent forebyggende "bedriftssundhedstjeneste" for børn, og den bliver obligatorisk for primærkommunerne.

sin lyst til at lære, udfolde sin fantasi og opøve sin evne til selvstændig vurdering og stillingtagen. Folkeskolen forbereder eleverne til medleven og medbestemmelse i et demokratisk samfund og til medansvar for løsningen af fællesopgaver. Skolens undervisning og hele dagligliv må derfor bygge på åndsfrihed og demokrati."

Med målsætningen for skolesundhedstjenesten bidrages der således med et sundhedsmæssigt perspektiv til folkeskolens formålsparagraf. I formålsformuleringen findes to hovedopgaver, - den generelt sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende opgave samt, - den elevcentrerede indsats.

Der må endvidere foregå en omstilling mod de helbredsproblemer, som er dominerende i dag og en relevant forebyggende indsats mod voksenalderens sygdomme. Dette skal ikke omtales yderligere her, da problemerne er nogenlunde parallelle i de skandinaviske lande.

Der bliver tale om en rent forebyggende "bedriftssundhedstjeneste" for børn, og den bliver obligatorisk for primærkommunerne.

Ordningen tænkes i stigende grad gjort behovsorienteret, hvilket som konsekvens har fået, jvf tabel 2, at rutineprogrammet neddæmpes. Den sundhedsorienterede samtale ved sundhedsplejersken tænkes gjort aldersdifferentieret, og differentieret efter den enkelte elevs problemer. Samtalen er samtidig et screeningsværktøj med henblik på lægelige behovsundersøgelser.

Der lægges vægt på øget sundhedspædagogisk indsats, og der foreslås oprettet et bredt sammensat skolesundhedsudvalg på hver skole som grundlag for den sundhedspædagogiske udvikling og diskussion på skolen og blandt de professionelle.

Der lægges også vægt på, at det tværfaglige samarbejde og den opfølgende indsats udbygges. Visse

tværfaglige konferencer anbefales omkring enkelte klasser.

Der åbnes op for muligheden for i stigende grad at orientere ordningen som en distriktsorienteret, forebyggende børnesundhedstjeneste. Det er tanken, at lægen skal have mulighed for at være konsulent for den kommunale socialforvaltning og dennes institutioner for aldersgruppen 0–18 år. Skolepsykologien i Danmark er parallelt blevet omstillet mod samme aldersgruppe.

Den hidtidige ret usynlige skolesundhedstjeneste tænkes gjort synlig dels gennem et forbedret statistikgrundlag og en evaluering af skolesundhedstjenestens indsats, dels gennem flere udadgående kontakter og endelig gennem oprettelse af et skolesundhedsudvalg.

Der tilstræbes endvidere mulighed for at tilpasse skolesundhedstjenesten bedre til lokale forhold ved at give øget frihed for den lokale tilrettelæggelse af ordningen. Selv om der kan være administrative problemer i forhold til kultur- og skoleforvaltningen er der ingen planer om at flytte skolesundhedstje-

Der åbnes op for muligheden for i stigende grad at orientere ordningen som en distriktsorienteret, forebyggende børnesundhedstjeneste.

nesten fra den nuværende placering i social- og sundhedsforvaltningen.

Forsøgs- og udviklingsarbejde opmuntres, og regelgrundlaget giver bedre mulighed for at iværksætte lokale forsøg.

På længere sigt er det tanken at sikre en bedre uddannelse af såvel læger som sundhedsplejersker, men på kort sigt er dette ikke realistisk.

Ved udgangen af 1981 er der endnu ikke i Danmark taget politisk stilling til skolesundhedstjenestens fremtid, og der er nogen usikkerhed om, hvorvidt det omtalte forslag vil blive gennemført, – først og fremmest på grund af den økonomiske situation i Danmark.



ÖREBRO LÄNS LANDSTING

Arbetsgruppen för omvårdnadsforskning anordnar för tredje året i följd en

KONFERENS OM OMVÅRDNADSFORSKNING den 13 maj 1982 i Örebro

Konferensdagen inleds med en föreläsning om forskningsmetoder. Därefter redovisas projekt rörande **barn- och ungdom, patientinformation och rehabilitering**. Dagen avslutas med ett föredrag av Kari Waerness med rubriken "Bör omsorgsforskning vara kvinnoforskning?".

Ytterligare upplysningar lämnas av:

Lena Björkman, Örebro läns landsting,
Box 1613, 701 16 Örebro, tfn: 019-10 81 00.

Anmälan skickas senast den 15 april till ovanstående adress.