

Skolehelsetjenesten i Norge

Lorentz M. Irgens

Som i andre land ble skolehelsetjenesten i Norge utbygget som et ledd i kampen mot infeksjonssykdommer samt feil- og underernæring. Først sorterte den under den kommunale skoleadministrasjonen, men med Lov om helsearbeid i skoler av 1957 kom skolehelsetjenesten inn under helseadministrasjonen gjennom det kommunale helseråd. Målsettingen er å verne elevene mot helseproblemer av somatisk, psykisk og sosial art. De praktiske arbeidsoppgaver består dels av helsekontroller, dels av konsultasjoner etter initiativ fra eleven selv, skolen eller hjemmet. Dertil utføres vaksinasjoner etter gjeldende program. Art og omfang varierer sterkt fra kommune til kommune. Den praktiske hverdag avspeiler fremdeles de problemer skolehelsetjenesten først hadde å arbeide med. Dette gir seg uttrykk både i omkostninger og timetall for ulike personell-kategorier og i de arbeidsmetoder som benyttes. Det er etterhvert blitt stadig klarere at slik den drives nå er skolehelsetjenesten ikke egnet til å løse de helseproblemer barn i dag særlig står overfor, nemlig psykososial funksjonssvikt. Det er derfor tatt initiativ til reformer, slik at skolehelsetjenesten på en bedre måte skal kunne ta opp disse viktige helseproblemer.

Dr. med. Lorentz M. Irgens er førsteamanuensis i epidemiologi og forebyggende helsearbeid ved Institutt for hygiene og sosialmedisin, Universitetet i Bergen, og har i 10 år vært skolelege i bistilling.

Historisk bakgrunn

De første tilløp til en helsetjeneste for skolebarn i Norge kom til uttrykk i skolelovene av 1889 der det ble bestemt at lege skulle ansettes av skolestyret for å føre tilsyn med helseforholdene i byenes folkeskoler. De første faste skoleleger ble ansatt i Oslo

og Bergen omkring århundreskiftet. Skoleoverlege Carl Schiøtz i Oslo kom til å få stor betydning for utviklingen av skolehelsetjenesten i Norge og innførte i 1917 systematiske legeundersøkelser for alle skolebarn. I årene som fulgte ble det i disse største byene bygget opp en relativt ressurssterk helsetjeneste til løsning av tidens store helseproblemer hos skolebarn: infeksjonssykdommene og særlig tuberkulose samt sykdommer knyttet til under- og feilernæring. Disse helseproblemer fikk naturlig nok mye å si for utformingen av skolehelsetjenestens innhold og arbeidsmetoder.

Gradvis kom skolehelsearbeidet i gang også i andre kommuner, og fortrinnsvis i de større bykommuner. I forarbeidet til folkeskolelovene av 1936 ble det foreslått å gjøre skolelegeordningen obligatorisk i alle landets kommuner, men den ble bare vedtatt innført i bykommunene.

Loven om tuberkulinprøving og vaksinasjon mot tuberkulose av 1947 påbød tuberkulinprøving av samtlige skolebarn på 1. og 8. klassetrinn samt BCG-vaksinasjon av tuberkulinnegative på 8. klassetrinn. Denne loven modførte at skolehelsetjenesten ble ytterligere styrket og mer utbredt, men den ble samtidig metodemessig enda mer knyttet til en type helseproblem som kom til å spille en stadig mindre rolle.

Fra etableringen i det forrige århundre til 1957 sorterte skolehelsetjenesten administrativt under *skolen* og *skolestyret*. I det praktiske arbeid var det ofte nær kontakt med skolens personale. Fra skolehelsetjenestens side ble det lagt stor vekt på å få pedagogene til å forstå betydningen av en god helse for elevenes opplæring såvel som for deres vekst og utvikling generelt. Dette arbeidet lyktes i stor utstrekning, men også her ble innsatsen naturlig nok knyttet til kampen mot ernærings- og infek-

sjonssykdommene og til den fysiske utvikling.

Skolehelsetjenesten var det første ledd i den tredelte servicekjede for forebyggende helsearbeid i Norge som fikk sin hjemmel i egen lov, Lov om helsearbeidet i skolen av 28/6 1957. Loven kom til å danne forbilde både når det gjelder formålsparagraf og administrasjon av helsetjenesten: i 1972 kom Lov om helsestasjoner og helsetiltak blant barn og i 1977 fikk bedriftshelsetjenesten sin lovhjemmel.

Med den nye loven kom skolehelsetjenesten inn under kommunens helseadministrasjon og *helserådet*. Det faller naturlig å se dette i sammenheng med den ekspansjon helsevesenet generelt var inne i på denne tiden, ledet av Verdens helseorganisasjons utvidede helsebegrep. I 1950-årene kom det stadig oftere til uttrykk fra skoleleghold at de somatiske helseproblemer hos skolebarn nå var under kontroll. Med økende bekymring så man imidlertid på de psykososiale helseproblemer som tidligere hadde forekommet å opptre sjelden, men som man nå syntes å møte stadig hyppigere. Et sterkt ønske om reformer lå til grunn da den nye loven kom i 1957.

Skolehelsetjenesten i dag

Målsetting

Formålsparagrafen i loven er preget av det utvidede helsebegrep: den pålegger kommunene å treffe tiltak til fremme av elevenes helse bla ved å *verne elevene* mot fysiske og psykiske skader og smittsomme sykdommer. Samtidig gis et generelt pålegg om å *overvåke* elevenes helse. Videre skal elevene *veiledes* om helsemessige forhold av betydning for vekst og utvikling, skolegang og valg av yrke. Endelig skal det påsees at de *hygieniske forhold* på skolen er tilfredsstillende.

Organisasjon og administrasjon

Helserådet skal årlig utarbeide en plan for skolehelsetjenesten i kommunen, foreslå tilsetting av skoleleger, påse at arbeidet utføres i samsvar med gjeldende regler samt gi innberetninger som fastsatt av departementet. Helserådet er pålagt å samarbeide med *skolestyret* om disse oppgavene.

Fylkeslegen skal samordne tiltak på fylkesplan og føre det overordnede tilsyn. *Sosialdepartementet* gir nærmere forskrifter til gjennomføring av bestem-

Art og omfang av skolehelsetjenesten varierer meget fra kommune til kommune.

melsene i loven. Departementet skal også forestå utdanning av personell og fastsette instruks for skoleleger.

Innenfor denne ramme er der store variasjoner fra kommune til kommune. I de større byene er bygget opp en egen administrasjon for skolehelsetjenesten med overlege underlagt stadslegen/stadsfysikus. Skolelegearbeidet utføres av leger som dels er ansatt i heltidsstillinger. Disse legene arbeider på flere skoler og har skolelegearbeid som sin eneste eller viktigste oppgave. Denne modell finnes særlig i Oslo. Dels utføres skolelegearbeidet av leger i primærpraksis. Disse legene har deltidstilling som skoleleger, oftest et par timer per uke. Eventuelt er de helsestasjonslege i det samme distriktet. Denne modellen finnes særlig i de andre større byer. I landdistriktene er som oftest samme lege ansvarlig for all forebyggende såvel som kurativ helsetjeneste.

Der er også store variasjoner med hensyn til omfang av utført arbeid. I de større byene har det til tider vært vanskelig å få dekket behovet for legeårverk, og stillinger har måttet stå ubesatt over lengre tid. I landdistrikter kan skolehelsetjenesten, mye på grunn av press på den kurative helsetjeneste, av og til ha blitt nedprioritert.

Utgiftene til legetjenesten utredes av kommunen, men staten gir tilskudd til skolelegens lønn og dekker reiseutgiftene.

Loven omhandler bare legenes deltakelse i skolehelsetjenesten. I tillegg har *helsesøstre* en meget viktig arbeidsoppgave i skolen. Helsesøstre er sykepleiere med ett års spesialutdanning i forebyggende helsearbeid ved Statens helsesøsterskole. De arbeider ved helserådene, men ansettes av fylkeshelsetjenesten. Lønnsutgiftene dekkes av kommunen.

Skolehelsetjenesten arbeider ofte som *henvissende instans* overfor almenpraktiserende leger, spesialister i privatpraksis eller sykehusavdelinger. For å lette dette arbeid og sikre en tilfredsstillende

Den pedagogisk-psykologiske rådgivningstjeneste fungerer i praksis som en henvisningsinstans i andre linje.

oppfølging er det særlig i de større byer blitt knyttet leger fra forskjellige spesialiteter til skolehelsetjenesten. Dette gjelder spesielt øye- og øre-nese-hals-sykdommer og er ofte organisert som henvisning til privat spesialistpraksis.

Den pedagogisk-psykologiske rådgivningstjeneste er nå utbygget i alle landets kommuner og har et vidt ansvarsområde for så vidt som rådgivningstjenesten dekker både førskolebarn og skolebarn. Fra å være særlig knyttet til læreversker, er ansvarsområdet utvidet i retning av de fleste former for psyko-sosiale problemer. Den pedagogisk-psykologiske rådgivningstjeneste fungerer i praksis som en henvisningsinstans i andre linje. Med en på mange måter felles målsetting har skolehelsetjenesten et stort behov for samarbeid med rådgivningstjenesten, men slikt samarbeid er ikke formalisert i lov eller instruks. Forsøk på samarbeid vanskeligjøres ofte i praksis fordi rådgivningstjenesten mangler ressurser og en organisasjon egnet til oppsøkende arbeid.

De kommunale sosialkontorer arbeider ofte med de samme pasienter som skolehelsetjenesten, og behovet for koordinering er stort. Også her savnes imidlertid formaliserte kontakter, og forsøk på samarbeid hindres av en ofte meget presset arbeidssituasjon i sosialkontorene.

Arbeidsoppgaver

Midlertidig instruks for skoleleger av 1958 er fremdeles gjeldende og har gitt grunnlag for en praksis som for det alt vesentlige omfatter helsekontroll og konsultasjon ved behov.

Helsekontrollene, 4 ganger i løpet av skoletiden, utføres som en generell medisinsk undersøkelse og finner ifølge instruksens sted på 1. og 4. klassetrinn i barneskolen, en gang i ungdomsskolen og en gang i den videregående skole(gymnasium, yrkesskole). Helsekontrollene utføres som et ledd i skolehelsetjenestens helseovervåking.

Størst vekt legges på *basisundersøkelsen ved skolestart*. I tillegg til legeundersøkelsen blir eleven målt og veiet, visus bestemmes og hørselen undersøkes, de fleste steder ved screening-audiometri. Urinen undersøkes på blod, sukker og protein. Noen steder undersøkes på bakteriuri hos pikene (Uricult) og Hb. bestemmes.

Helsesøster og skolelege har ofte allerede kjennskap til barn og familie fra helsestasjonen og eventuelt som familiens behandlende lege. Journal fra helsestasjonen skal alltid overføres til skolen ved skolestart. Videre fyller foreldrene ut et skjema som returneres til skolehelsetjenesten etter innmelding av barnet i skolen. Skjemaet er ment å skulle gi vanlige medisinske anamnesticke opplysninger samt informasjon om spesielle problemer som enuresis, mistriksel, adferdsvansker o.l.

Basisundersøkelsen blir ofte etterfulgt av en samtale med klasseforstander, som, etter at barnet har gått på skolen et par måneder, i mange tilfeller har gjort meget verdifulle observasjoner.

All helserelevant informasjon som foreligger ved skolestart, skal danne grunnlag for en konklusjon for hver enkelt elev med henblikk på et oppfølgingsprogram. Denne konklusjon skal være retningsgivende for individrettet helsearbeid også på de høyere klassetrinn. Slik generell helsekontroll av samtlige barn er i Oslo innskrenket til skolestart. Undersøkelsene på de senere klassetrinn er sløffet til fordel for systematisk oppfølging av de elever som har behov for det.

Helseovervåking på disse alderstrinn støtter seg til screening med hensyn på nedsatt syn og hørsel, bakteriuri og anemi.

Skolelegen er videre pålagt å utføre de *vaksinasjoner* som til enhver tid er fastsatt. Gjeldende program omfatter påfyllingsdose av poliomyelittvaksine (SALK) i 1. klasse og påfyllingsdose av difterit-tetanus-vaksine i 5. klasse. I ungdomsskolen gis ny påfyllingsdose mot poliomyelitt samt BCG til alle tuberkulinnegative og rubellavaksine til pikene.

Det individrettede helsearbeid bygger også på henvendelser fra eleven selv, foreldre eller klasseforstander, og omfatter diagnostikk og eventuell rådgivning. Mer langvarig behandling eller oppfølging skal i prinsippet henvises til praktiserende

Generelt sett har helseopplysning hittil hatt et lite omfang i norsk skolehelsetjeneste.

lege, men skolehelsetjenesten bør ha ansvaret for å kontrollere at de nødvendige tiltak blir iverksatt.

Generell grupperettet helseopplysning kan synes å være hjemlet i loven, men instruksjonen gir ingen retningslinjer om slikt arbeid. I enkelte skoler har det vært arbeidet med helseopplysning om kosthold, skadelige stoffer som tobakk, alkohol og narkotika og på høyere klassetrinn om seksual- og samliv. Generelt sett har imidlertid helseopplysning hittil hatt et lite omfang i norsk skolehelsetjeneste.

Endelig representerer skolemiljøet i videste forstand en arbeidsoppgave for skolehelsetjenesten, som skal foreta hygiene-inspeksjoner med henblikk på renhold, lys, luft, sanitærforhold o.l. Også ergonomiske aspekter skal vurderes. Enda større rolle enn de fysiske miljøfaktorer spiller likevel de sosiale og psykiske forhold på skolen. Veiledning eller instruks for hvordan en skal ta opp og løse disse viktige spørsmål innenfor praktisk helsearbeid savnes imidlertid i skolehelsetjenesten i dag.

Ressurser og tidsrammer

Skolehelsetjenestens ressurser må først og fremst søkes i dens personale, lokalisert rundt i de enkelte skoler og med nær kontakt til det lokale miljø og det daglige liv i skolen. Personalet i skolehelsetjenesten i dag representerer en lang tradisjon i forebyggende helsearbeid der ansvaret for befolkningsgrupper og ikke bare enkeltindivider har nedfelt seg i praktiske arbeidsmetoder. Sentralt i disse metoder såvel som i det daglige virke står kravene til systematisk og standardisert arbeid.

Omfanget av denne ressurs er gitt av de gjeldende tidsrammer for skolehelsetjenesten. For leger i grunnskolen (1.-9. klasse) er gjeldende norm et årstimetall på 1/7 av elevtallet eller 1 uketime pr 250 elever; for den videregående skole er normen 1 time pr 4,5 elever eller 1 uketime pr 160 elever. Skolehelsetjenesten i Norge i dag omfatter ca 650 000 barn og dette tilsvarer ca 108 000 timeverk pr år for lege. Denne ramme gir tid til gjennomføring av helsekon-

trollene og konsultasjoner etter henvendelse fra elev eller foresatte samt vaksinasjonsprogrammet. Tverrfaglig samarbeid, arbeid med skolemiljøet eller helseopplysning er der liten tid til innenfor tidsrammen.

For helsesøstre er det ikke fastlagt en tilsvarende norm, men vanlig praksis synes å svare til et årlig timetall på 2/3 av antall elever ved skolen, eller ca 1 ukedag pr 400 elever. Totalt medgår hvert år ca 440 000 timeverk for helsesøstre i skolehelsetjenesten.

For øvrig varierer medgått tid meget fra kommune til kommune, delvis avhengig av tilgangen på personell. Dette fører også til at utgifter til forbruksvarer og andre driftsutgifter varierer sterkt. Pålitelige anslag for skolehelsetjenestens samlede utgifter i Norge lar seg derfor vanskelig beregne.

Evaluerings av skolehelsetjenesten

Evaluerings av forebyggende helsearbeid vanskeliggjøres av det forhold at behovet for slikt helsearbeid tilsynelatende blir mindre og mindre påtrengende jo mer arbeidet lykkes. Dette er sannsynligvis en av årsakene til at der er enda mer uenighet om kriteriene for evaluering av forebyggende helsearbeid enn eksempelvis klinisk arbeid. Teoretisk sett kan evaluering foregå på en rekke plan: som en oversikt over utførte tjenester eller arbeidsoppgaver, som en opptelling av påviste tilstander der sekundær forebyggelse eller annen intervensjon er indisert, som en beregning av forebyggede tilfeller og som en vurdering av helsefremmende effekter.

Løpende evaluering

Løpende evaluering av skolehelsetjenesten i Norge er stort sett begrenset til oversikter over utførte tjenester og varierer for øvrig sterkt fra kommune til kommune. Der slik evaluering foretaes, teller helse-

Evaluerings av forebyggende helsearbeid vanskeliggjøres av det forhold at behovet for slikt helsearbeid tilsynelatende blir mindre og mindre påtrengende jo mer arbeidet lykkes.

søster hvert år opp antall utførte helsekontroller og konsultasjoner, henvisning til nærmere spesifiserte spesialister og utførte vaksinasjoner mot nærmere spesifiserte sykdommer.

Evaluering av denne art benyttes ved utarbeidelsen av planer for skolehelsetjenesten. Til en viss grad gir disse data informasjon om behov for ulike typer service og aktiviteter, men de er for øvrig lite egnet som grunnlag for planlegging og er enda mindre interessante som grunnlag for utforming av helsepolitikk.

Spesielle evalueringsprosjekter

Basisundersøkelsen ved skolestart er blitt søkt evaluert ved en vurdering av all informasjon som rutinemessig ble samlet inn om samtlige 2 548 barn som begynte i første klasse i Bergen i 1977 (2). Undersøkelsen ga uttrykk for behov for service gjennom prevalensoversikter: 3.4 % av barna hadde et visus dårligere enn 5/6 og 2.2 % hadde et høretap over 20 dB. Tilsvarende hadde 1.4 % av barna allerede kontakt med øyelege, mens 1.9 % ble henvist; 0.9 % hadde kontakt med øre-nese-halslege og 1.0 % ble henvist.

For øvrig ble det gjort få funn ved selve legeundersøkelsen: hos 3.0 % av guttene ble det påvist testisretensjon, 0.2 % av barna hadde inguinalhernie, og ellers ble det ikke påvist noen andre patologiske forhold i abdomen. Ved undersøkelse av thorax ble det påvist systolisk bilyd hos 1.6 %, "moderat" eller "sterk" hos 0.5 %. Hos 0.3 % av barna ble det påvist bronchitt. Thoraxdeformitet inklusive uttalt thoracal kyphose ble påvist hos 0.5 % og scoliose hos 1.2 %. For øvrig var der et meget bredt variasjonsområde fra skole til skole, for eksempel ved testisretensjon fra 0 til 12 %.

Undersøkelsen ga også muligheter for å evaluere holdbarheten av foreldreopplysninger innhentet i spørreskjema. Ved en av skolene (161 elever i første klasse) ble foreldrene rutinemessig spurt ved le-

20.6 % av barna hadde sosialmedisinske og sosialpsykiatriske helseproblemer, men av disse hadde skolehelsetjenesten kjennskap til knapt halvparten.

geundersøkelsen, om barna hadde enuresis, og enuresis forekom på direkte spørsmål hos 15.5 % mot 5.0 % anført i skjemaet for foreldreopplysninger.

Ved denne skolen la man særlig stor vekt på psykososiale helseproblemer, og dette var uten tvil en viktig årsak til at slike problemer ble registrert hyppigere enn ved andre skoler. Psykososiale problemer i familien forekom hos 9.9 % mot 2.9 % ved de andre skolene; tilsvarende ble det funnet psykososiale problemer hos eleven hos 6.2 % mot 1.4 % ved de andre skolene.

Undersøkelsen viste at behovet for en vanlig komplett klinisk undersøkelse ved lege utført som screeningmetode på alle barn i skolehelsetjenesten i dag er meget begrenset. Videre synes det å foreligge et stort behov for standardisering av undersøkelsesmetoder og fastsettelse av kriterier. Spørreskjemaet til foreldrene er ikke egnet til å belyse alle de problemområder som tas opp. Praksis viser også at dette skjema, som de fleste andre tilsvarende, er uoversiktlig når det i utfylt stand skal anvendes i praktisk helsearbeid.

Behovet for standardisering fremgår også av en undersøkelse fra Tromsø i 1972–1973 (1), der en 1 klasseundersøkelse, lagt opp etter de anbefalinger som ble gitt i en innstilling om skolehelsetjenesten i Oslo (7), ble sammenlignet med undersøkelser basert på mer konvensjonelle metoder. Antall barn i de to gruppene var henholdsvis 132 og 125. Også her ble det funnet en betydelig større hyppighet av psykososiale problemer i den gruppen som ble undersøkt med den nye arbeidsmåten, henholdsvis 13 % og 2 %.

Ved en undersøkelse i Bergen i 1974 ble det undersøkt mer direkte hvor egnet de konvensjonelle arbeidsmåter var til å fange opp psykososiale helseproblemer hos skolebarn (3). Skolehelsetjenestens kjennskap til slike helseproblemer ble sammenlignet med en "sannhet" som kom frem etter en om-

Behovet for en vanlig komplett klinisk undersøkelse ved lege, utført som screening på alle barn, er i dag meget begrenset.

fattende sosialmedisinsk og sosialpsykiatrisk undersøkelse av samtlige 524 elever ved en barneskole. Det viste seg at 20.6 % av barna hadde slike helseproblemer, men av disse hadde skolehelsetjenesten kjennskap til knapt halvparten (46.3 %).

Den foretatte evaluering knytter seg til skolehelsetjenestens diagnostikk. Evaluering av skolehelsetjenestens sykdomsforebyggende og helsefremmende tiltak er langt vanskeligere og er hittil aldri gjort i Norge.

Hvor svikter skolehelsetjenesten?

Sykdomspanoramaet for skolebarn har endret seg radikalt i løpet av den periode skolehelsetjenesten har vært i funksjon med et skifte fra somatiske helseproblemer over til psykososiale. Videre har integreringen av barn med ulike former for funksjonshemming stilt skolehelsetjenesten overfor nye oppgaver. Dette er begge utviklingstendenser som forutsetter innsats og problemløsning i lokal-miljøet. Skolehelsetjenestens dilemma er at dens metodegrunnlag, slik det utformes i dag, ble utformet for å løse helt andre problemer enn dem som i dag legger beslag på ressursene.

Primær forebygging

Skolehelsetjenesten har et klart ansvar for miljøet i skolen i videste forstand. Det fysiske miljø synes å være under kontroll i dag, men det psykiske og sosiale miljø representerer en viktig utfordring. Miljøarbeid i skolen kan uten tvil baseres utelukkende på primær forebygging, men i praksis vil skolehelsetjenesten ofte måtte bygge på konkrete problemer for å nå frem, og dermed arbeide med "tidlig diagnose". Selv om dette er et viktig arbeidsområde, er der liten tid til miljøarbeid i skolen i dag, og man savner også et tilfredsstillende metodegrunnlag.

Vaksinasjoner representerer et viktig arbeidsfelt som dekkes rimelig innenfor skolehelsetjenesten.

Hvorvidt helseopplysning overfor alle skolebarn

Sykdomspanoramaet for skolebarn har skiftet over fra somatiske helseproblemer til psykososial funksjonssvikt.

Kanskje den alvorligste svikt i skolehelsetjenesten i dag ligger i mangelen på systematisk anvendte diagnostiske metoder relevante for psykososiale helseproblemer.

skal være skolehelsetjenestens oppgave er tvilsomt. Skolehelsepersonell benytter heller ikke mye tid til denne virksomhet i dag.

Sekundær forebygging

Som de fleste former for praktisk forebyggende helsearbeid driver skolehelsetjenesten grupperettet helsearbeid; hele populasjonen av elever avgrenser ansvarsområdet, ikke bare den enkelte elev. Likevel kanaliseres mye av dette grupperettede arbeid mot enkeltindivider, og helsearbeidet blir sekundært forebyggende, basert på tidlig diagnose. Kanskje den viktigste svikt innenfor skolehelsetjenesten i dag ligger i mangelen på systematisk anvendte diagnostiske metoder relevante for psykososiale helseproblemer. Det andre viktige problemområdet angår den intervensjon som alltid må følge etter diagnostikken. Problemene knytter seg ikke bare til hva som skal gjøres, men også hvem som skal gjøre det.

Planer for fremtiden

Fremtiden for skolehelsetjenesten i Norge kan synes usikker. Forarbeidene til den nye loven om primærhelsetjenesten, en lov som forventes vedtatt i løpet av 1982, synes å innebære at Lov om helsearbeid i skolen bortfaller sammen med Lov om helsestasjoner. Dette betyr at en meget vesentlig del av det forebyggende helsearbeid i Norge mister sitt spesifikke lovgrunnlag og kan bli skadelidende, fordi det skal integreres i et lovverk som ellers bare omfatter kurativ medisin.

En offentlig utredning om skolehelsetjenesten fra 1979 (6) konkluderer likevel med at der er et stort behov for skolehelsetjenesten også i fremtiden, og hevder endatil at det er nødvendig å utvide legenes og helsesøstrenes tidsrammer. Det anbefales en norm for skoleleger der årstimetallet økes fra 1/7 til 1/4 av elevtallet. For helsesøstre anbefales et årsti-

Personalet forutsettes integrert i primærhelsetjenesten slik at legen også skal arbeide ved helsestasjonen i distriktet, være bedriftslege samt forestå den kurative helsetjeneste.

metall på 3/4 av elevtallet. Personalet forutsettes integrert i primærhelsetjenesten slik at legen også skal arbeide ved helsestasjonen i distriktet, være bedriftslege samt forestå den kurative helsetjeneste.

Utredningen konkluderer med at arbeidet i fremtiden må baseres på mentalhygieniske og sosialmedisinske prinsipper. Utredningen anviser imidlertid ikke hvordan disse prinsipper kan transformeres til metoder som er anvendbare i praktisk helsearbeid.

Skal skolehelsetjenesten kunne vise sin berettigelse i fremtiden må det tas opp en målrettet utprøving av praktiske arbeidsmåter, dels for systematisk informasjonsinnhenting, dels for planlegging, iverksettelse, oppfølging og evaluering av *intervensjon*. Dette arbeid forutsetter bred tverrfaglig kontakt med de andre faggrupper som har skolen som sitt arbeidsfelt.

Til en viss grad har helserådene i de større byene tatt opp utfordringen. I Oslo er skolehelsetjenesten lagt om på grunnlag av utredningen som forslå ved Oslo Helseråd i 1973 (7). I Bergen arbeides det med alternative metoder for innhenting av informasjon om psykososiale helseproblemer hos skolebarn basert på screening og med lærerne som informasjonskilder (4). Det utprøves også modeller for intervensjon innenfor tverrfaglige samarbeidsgrupper. (5)

Men en annen viktig forutsetning for å lykkes er at skolehelsetjenesten har et personale som forstår egenarten ved forebyggende helsearbeid. En videreutvikling av skolehelsetjenestens innhold og arbeidsmåter forutsetter derfor at det opprettholdes

For å oppnå en effektiv skolehelsetjeneste i fremtiden forutsettes at det opprettholdes enheter som har forebyggende helsearbeid som sitt hovedarbeidsfelt.

enheter som har forebyggende helsearbeid som sitt hovedarbeidsfelt; en tilfredsstillende faglig fornyelse av skolehelsetjenesten kan knapt tenkes innenfor primærhelsetjenestens rammer som nødvendigvis må bli preget av kurativ medisin.

REFERENSER

1. Hertzberg, A.: Skolehelsearbeid. En undersøkelse i en barneskole i Tromsø. Tidsskr. Nor. Lægeforen., 97, 1220–1224, 1977.
2. Irgens, L. M., Hellesøy, O. H. & Skagseth, P. A.: Systematisk utnyttelse av helsetjenestens elevundersøkelser ved skolestart: Et forsøk på å tilrettelegge sosialmedisinsk arbeid. Foredrag ved IV nordiske kongress i sosialmedisin, Uppsala, juni 1977 (Instituttpublikasjon).
3. Irgens, L. M., Bjerkedal, T., Fotland, E. & Helgensen, T.: Utvikling av arbeidsrutiner i skolehelsetjenesten. Tidsskr. Nor. Lægeforen., 96, 407–411, 1976.
4. Irgens, L. M., Nome Eikhom, S. & Bjerkedal, T.: Maladjusted children and the school health services. Development of a screening test for routine use. Scand. J. Soc. Med., 5, 31–39, 1977.
5. Irgens, L. M. & Hellesøy, O. H.: The School Health Services and Psycho-social Health Problems. Scand. J. Soc. Med., suppl. 24, 1–35, 1980.
6. Skolehelsetjenesten. Norges offentlige utredninger, 1979, 53.
7. Skolehelsearbeidet i Oslo. Innstilling til stadsfysikus i Oslo, 1973.