

MASTEROPPGAVE
Masterstudium i sykepleie
– klinisk forskning og fagutvikling
Mai - 2016

Ungdoms bruk av skolehelsetjenesten

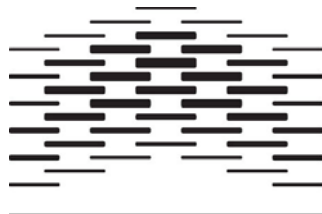
Torunn Helene Gammelsrud Finpå
Kull 2014 Heltid

Veiledere:

Nina Misvær

Lisbeth Gravdal Kvarme

Fakultet for helsefag
Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid



HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS

FORORD

Når denne masteroppgaveperioden nå går mot slutten, ser jeg tilbake på en svært utfordrende, men lærerik prosess. Å få være masterstudent har gitt meg muligheten til å fordype meg i et tema jeg har vært svært nysgjerrig på, nemlig ungdoms bruk av skolehelsetjenesten. I tillegg har jeg fått lære meg kvantitativ metode, og en stor takk går til NOVA og Ungdata, som har bidratt med et verdifullt datasett, som jeg har fått lov til å analysere.

Det er mange som må takkes når innleveringen av denne masteroppgaven nå er en realitet. Først takk til veilederne mine Nina Misvær og Lisbeth Gravdal Kvarme for innspill og råd, og for støtte og oppmuntring. En takk går også til Mira Aaboen Sletten og Idunn Brekke for hjelp med metodiske spørsmål. Takk til medstudenter for konstruktive tilbakemeldinger og hyggelig samvær i forbindelse med masterseminar – en spesiell takk til medstudent Ida for gode diskusjoner og praktisk bistand. En stor takk går også til Veronika, Yvonne, Aisha og Silje som har vært en utrolig støtte i hverdagen på NOVA-kontoret.

Takk til familie og venner som hele tiden har hatt troen på meg, til storebror Lars Ove og svigerinne Karianne for hjelp og støtte med tekst og teknologi, og til Elin for korrekturlesning. Den største takken går til min klippe i livet: Ketil. Takk for din store tålmodighet og raushet, og for at du alltid løfter meg når det føles håpløst. Og til de fantastiske barna mine, Vilje og Storm: Takk for at dere minner meg om hva som er det viktigste her i livet!

Torunn H. Gammelsrud Finpå 2016

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Skolehelsetjenesten betegnes som den viktigste helsetjenesten rettet mot barn og unge, men studier av sammenheng mellom ungdoms helse og bruk av skolehelsetjenesten er mangelfull.

Hensikt: Studiens hensikt var å kartlegge sammenheng mellom jenter og gutters egenrapporterte fysiske, psykiske og sosiale helse, og økt bruk av skolehelsetjenesten.

Design: Studien er en tverrsnittsundersøkelse, og datagrunnlaget er fra Ung i Oslo 2015 hvor 12449 ungdommer fra offentlige og private ungdomsskoler i Oslo besvarte spørreskjema vinteren 2015.

Resultat: Funnene viser at 49 % av jentene og 40 % av guttene oppgir å ha brukt skolehelsetjenesten i løpet av de siste 12 månedene. En av ti ungdommer oppgir å ha brukt skolehelsetjenesten tre ganger eller mer. Det å være jente, samt egenrapporterte utfordringer knyttet til fysisk, psykisk og sosial helse, øker oddsen for økt bruk av skolehelsetjenesten. Depressive plager og mobbing er faktorer som i særlig grad gir økt odds for økt bruk av skolehelsetjenesten for både jenter og gutter. Resultatene viser en tendens til at fysiske plager er viktigere for gutters økte bruk enn jenters, og konflikt i hjemmet er viktigere for jenters økte bruk enn for gutters.

Konklusjon: Funnene understreker skolehelsetjenestens viktighet for ungdommer som opplever utfordringer knyttet til fysiske, psykiske og sosiale faktorer. Resultatene understreker også viktigheten av at helsesøster har kompetanse på å møte ungdom med disse utfordringene, og behovet for evaluerte tiltak for intervensjon.

ABSTRACT

Background: The school health service is considered the most important health service targeting children and adolescents. However, studies examining the relationship between adolescent health and their use of the school health service are lacking.

Purpose: The purpose of this study was to examine the association between girls' and boys' self-reported health related to physical, mental and social factors in relation to increased use of the school health service.

Design: This study is a cross-sectional study, and the source data are taken from the "Young in Oslo study" where 12449 adolescents from public and private secondary schools answered a questionnaire during the winter of 2015.

Results: The findings show that 49 % of the girls and 40 % of the boys report having used the school health service during the last 12 months, and 10 % report having used it three times or more. Female gender and self-reported challenges related to physical, mental and social health increase the odds of more frequent use of the school health service. Depressive symptoms and being bullied are factors that particularly increase the odds for more frequent use of the school health service both for girls and for boys. The results show a trend towards physical complaints being more important for the boys' increased use than for the girls, while conflicts at home seem to be a more important factor for girls than boys.

Conclusion: The findings emphasize the important role of the school health service for adolescents who experience challenges related to physical, mental and social factors. The results also underline the importance of school nurses having sufficient qualifications to meet the adolescents struggling with these challenges and the need for evaluated measures for intervention.

INNHOOLD

FORORD

SAMMENDRAG

ABSTRACT

1	INNLEDNING	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema og metode	1
1.2	Studiens formål og forskningsspørsmål	2
1.3	Avklaring av sentrale begreper og avgrensing	2
1.4	Disponering av kappen/refleksjonsnotatet	3
2	TEORETISK REFERANSERAMME	4
2.1	Skolehelsetjenesten og helsesøsters rolle	4
2.2	Ungdom	6
2.2.1	Helseplager og mobbing	6
2.3	The Behavioral Model of Health Service Use	7
3	METODOLOGI	9
3.1	Forskerrolle	10
3.2	Litteratursøk	10
3.3	Etikk	11
4	RESULTATER	12
4.1	Oppsummering av hovedfunnene i studien	12
4.1.1	Bruk av skolehelsetjenesten	12
4.1.2	Forekomst av fysiske helseplager, depressive plager, angstplager og mobbing ...	12
4.1.3	Sammenheng mellom kjønn, egenrapportert fysisk, psykisk og sosial helse og økt bruk av skolehelsetjenesten	13
4.1.4	Kjønnforskjeller	13
4.1.5	Bakgrunnsvariabler	14
5	DISKUSJON	15
5.1	Metodologiske aspekter	15
5.1.1	Reliabilitet og validitet	15
5.1.2	Svakhet ved bruk av kategoriske variabler	19
5.1.3	Generalisering	20
5.2	Diskusjon av utvalgte funn	20
6	KONKLUSJON OG IMPLIKASJONER	26
	REFERANSER	27
	ARTIKKEL	32
	FIGURER OG TABELLER BRUKT I ARTIKKEL	65
	Figur 1	65
	Tabell 1	66
	Tabell 2	67
	Tabell 3	68
	Tabell 4	69

1 INNLEDNING

Denne masteroppgaven presenteres i to deler: en vitenskapelig artikkel «*Hvem går ofte til helsesøster?*» som er skrevet for publisering i Tidsskrift for ungdomsforskning, og en kappe/refleksjonsnotat. Artikkelen er omfangsrik, idet tidsskriftet har en maksimumsgrense på 8000 ord (HiOA, 2013). Kappen/refleksjonsnotatet vil være utdypende i forhold til temaets relevans for helsesøsterfaget, og inneholde en utdypet diskusjon av metode, og av utvalgte funn. Artikkelen vil stå som et selvstendig produkt, mens kappen/refleksjonsnotatet vil inneholde referanser til artikkelens tekst, tabeller og figurer.

1.1 Bakgrunn for valg av tema og metode

Ulike ungdomsundersøkelser har bidratt til et økt fokus på ungdoms helse i dagens Norge (NOVA, 2014, 2015b; Samdal et al., 2016). Det rapporteres om en pliktoppfylgende, veltilpasset generasjon som røyker og drikker mindre, men hvor flere rapporterer høy grad av ulike helseplager. I tillegg utsettes mange for mobbing, og forekomsten av mobbing synes ikke å gå ned (NOVA, 2014, 2015b). Økt satsing på skolehelsetjenesten fremheves som et viktig tiltak for å styrke barn og unges helse, og det har fra flere regjeringer vært enighet om å styrke tilbudet gjennom økte økonomiske bevilgninger til kommunene (Meld. St. 26 (2014-2015), 2015).

Som helsesøster med min yrkesfaglige praksis i hovedsak fra skolehelsetjenesten er ungdomshelse et tema jeg brenner for. Møte med ungdommer på helsesøsterkontoret har gjort meg nysgjerrig på sammenhengen mellom helse og bruk av skolehelsetjenesten, og hvordan jenter og gutter som bruker skolehelsetjenesten rapporterer sin egen helse. Kunnskapsbasert praksis innebærer å integrere forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og kunnskap fra brukerne i sin praksis (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinar, 2012). Forskning på skolehelsetjenesten er imidlertid mangelfull (Dahm, Landmark, Kirkehei & Reinar, 2010; Meld. St. 26 (2014-2015), 2015; Waldum-Grevbo & Haugland, 2015), og det er et behov for at helsesøstre selv forsker på eget fag for å styrke faget og helsesøsterkompetansen (Glavin, 2007). Innenfor skolehelsetjenesten trengs det kunnskap om

de fleste områder, deriblant utbredelse og sammenhenger (Glavin, 2007). Det er i denne studien benyttet et tverrsnittdesign. Datagrunnlaget er hentet fra Ung i Oslo 2015, ungdomsskoletrinnet, som hadde 12449 respondenter, og en svarprosent på 86 %.

1.2 Studiens formål og forskningsspørsmål

Målet med denne studien har vært å undersøke sammenhengen mellom ungdoms egenrapporterte helse og bruk av skolehelsetjenesten, samt å undersøke kjønnsforskjeller.

Studien har tatt utgangspunkt i følgende forskningsspørsmål:

- I hvilken grad har jenter og gutter i ungdomsskolen brukt skolehelsetjenesten de siste 12 månedene?
- Hvilken sammenheng er det mellom ungdommenes egenrapporterte helse, og det å bruke skolehelsetjenesten tre ganger eller mer siste 12 måneder, og hvilken betydning har kjønn for denne sammenhengen?
- Er det kjønnsforskjeller i hvordan ungdommenes egenrapporterte helse påvirker bruk av skolehelsetjenesten?

1.3 Avklaring av sentrale begreper og avgrensing

Skolehelsetjenesten benyttes som begrep for den lovpålagte helsefremmende og forebyggende tjenesten som skal tilbys ved grunnskoler og videregående skoler som omfattes av opplæringsloven og privatskoleloven (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011).

Skolehelsetjenesten skal være et tilbud knyttet til både enkeltelever og hele grupper/skoleklasser (Helsedirektoratet, 2004). I studien er bruk av skolehelsetjenesten den avhengige variabelen, og det er valgt å skille mellom de som har brukt skolehelsetjenesten 1-2 ganger, og tre ganger eller mer siste 12 måneder, for å se nærmere på enkeltelevens bruk av skolehelsetjenesten. I skolehelsetjenesten er det helsesøster som er tilgjengelig på skolen, og møter elevene (Helsedirektoratet, 2004). Av den grunn vil begrepene helsesøster og skolehelsetjenesten bli benyttet om hverandre. Begrepet ungdom benyttes for ungdomsskoleelever i alderen 13-16 år. Et utvidet helsebegrep som omfatter fysiske, psykiske og sosiale faktorer, i tråd med Verdens helseorganisasjons helsedefinisjon (WHO, 1946), er benyttet som bakgrunn for valg av de uavhengige variablene, som er egenvurdert helse, fysiske helseplager, angstplager, depressive plager, venner, mobbing, skoletrivsel, krangel med foreldre, og krangel mellom de voksne i familien. Bakgrunnsvariabler er kjønn og

sosioøkonomisk bakgrunn. Kjønn er i tillegg til biologi knyttet til identitet, kultur og struktur (Schei & Sundby, 2007), og defineres i denne studien i henhold til Verdens helseorganisasjon, som roller som formes og konstrueres sosialt innenfor samfunnets rammer av ulike normer knyttet til det mannlige og kvinnelige kjønn (WHO, 2015). I kappen/refleksjonsnotatet benyttes en teoretisk modell for individets bruk av helsetjenester: «The Behavioral Model of Health Service Use» (Andersen, 1995) for å belyse utvalgte funn.

1.4 Disponering av kappen/refleksjonsnotatet

Denne kappen/refleksjonsnotatet inneholder videre en utvidet teoretisk referanseramme, deretter en kort presentasjon av studiens metode og resultat. Videre er diskusjonen todelt; først en diskusjon av metodiske betraktninger, deretter en utvidet diskusjon av utvalgte funn.

2 TEORETISK REFERANSERAMME

I artikkelen presenteres teori og forskning knyttet til skolehelsetjenesten, ungdom, helse og hjelpsøking. I det følgende vil jeg utdype det teoretiske grunnlaget knyttet til skolehelsetjenesten og ungdom, med særlig vekt på helseplager og mobbing, samt presentere en teoretisk modell for bruk av helsetjenester.

2.1 Skolehelsetjenesten og helsesøsters rolle

I følge formålsparagrafen skal helsestasjons- og skolehelsetjenesten «fremme psykisk og fysisk helse, fremme gode sosiale og miljømessige forhold, og forebygge sykdom og skade» (Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetj, 2003§1-1). Skolehelsetjenesten skal samarbeide med skolen om tiltak som fremmer fysisk og psykososialt lærings- og arbeidsmiljø, og i samarbeid med hjem, skole og annet hjelpeapparat identifisere og løse helsemessige problemer (Helsedirektoratet, 2004, s. 33). Skolen fremheves som den viktigste arenaen for helsefremmende og forebyggende arbeid blant barn og unge (Haugland & Grimsmo, 2014). At skolehelsetjenesten er lokalisert her gir den en unik mulighet til å påvirke ulike faktorer med betydning for ungdoms helse. Det er på skolen ungdom tilbringer en stor del av tiden sin, og skolen kan sees på både som en risikofaktor og en ressurs i forhold til de unges helse (Haugland, 2009).

Opplæringslova (1998) gir barn og unge rett til et godt psykososialt skolemiljø som fremmer helse, læring og trivsel. Skolehelsetjenestens rolle knyttet til dette kan bestå av rådgivning og støtte i helseundervisning, og planarbeid knyttet til undervisningsplaner og generelt helsefremmende arbeid i skolen (Hjälmhult, Wold & Samdal, 2002). Helsefremmende arbeid i skolen skal bedre forutsetninger for god helse, og ta sikte på å fremme trivsel, velvære og mulighetene til å mestre utfordringer og belastninger (Helsedirektoratet, 2004, s. 11).

Skolehelsetjenesten skal være bemannet av en helsesøster, i tillegg skal fysioterapeut og skolelege være tilknyttet tjenesten. Helsesøster er en sykepleier med videreutdanning i

helsefremmende og forebyggende arbeid, inklusive forebyggende psykososialt arbeid for barn og unge, og er den av de ansatte i skolehelsetjenesten som er tilgjengelig på skolen, og møter elevene (Helsedirektoratet, 2004). Helsedirektoratet (2004) har utarbeidet et anbefalt program for hvilke tilbud skolehelsetjenesten skal gi på de ulike klassetrinn. Helsedirektoratet (2010) har i tillegg utarbeidet forslag til en bemanningsnorm som beskriver helsesøsterdekning pr. elevgrunnlag for å ivareta faglige, anbefalte oppgaver i skolehelsetjenesten. På ungdomsskolen er det beregnet at en helsesøster i 100 % stilling kan følge opp 550 elever.

Det forebyggende arbeidet deles ofte inn i primærforebyggende, sekundærforebyggende og tertiærforebyggende arbeid, og tiltakene kan betegnes som universelle eller individuelle (Helsedirektoratet, 2004). Det primærforebyggende arbeidet er tiltak som retter seg mot alle, for å forhindre at problemer oppstår. Det sekundærforebyggende arbeidet er rettet mot sårbare grupper eller elever som allerede har et problem, og hvor målet er å oppdage dette så tidlig som mulig, og kontrollere at problemet ikke utvikles videre. Det tertiærforebyggende arbeidet er rettet mot de som allerede har en sykdom eller alvorlig funksjonstap, og helsesøster samarbeider her med det øvrige hjelpeapparatet for å hindre forverring (Kvarme, 2007). Helsesøster skal henvise videre til oppfølging og behandling dersom det er behov for det (Helsedirektoratet, 2004).

Skolehelsetjenesten har et ansvar for å bidra til å øke ungdoms kunnskap om livsmestring og hvordan ta selvstendige valg i forhold til eget liv og helse (Helsedirektoratet, 2004). Helsesøster benytter ulike metoder for å ivareta dette. Helseundervisning med utgangspunkt i skolens undervisningsplaner, og helseopplysning etter anbefalt program kan foregå i klassene eller i ulike grupper. Grupper er i tillegg til kunnskapsformidling, egnet for veiledning av elever med samme utfordringer. En åpen dør hvor elever og ansatte kan ta kontakt er også en metode for rådgiving og veiledning i skolehelsetjenesten. Individuelle samtaler med elever i skolehelsetjenesten fremheves som en kunnskapsbasert metode for det forebyggende helsearbeidet (Helsedirektoratet, 2004).

Kvalitative studier har identifisert ivaretagelse av elevenes helse og trivsel, å være en fortrolig voksen, og gi familiestøtte (Lightfoot & Bines, 2000), i tillegg til å være en støttespiller for lærerne (Larsen & Christiansen, 2015) som nøkkelfaktorer knyttet til helsesøsters rolle i

skolen. For at helsesøster skal kunne jobbe helsefremmende i skolen, forutsettes det at hun er inkludert i skolemiljøet, og er tilgjengelig (Hjälmhult et al., 2002).

2.2 Ungdom

Denne studien omhandler ungdom i ungdomsskolealder, det vil si 13-16 år, også kalt midtre adolescens (Kelly, 2014). Med puberteten foregår det i denne perioden en overgang fra barn til voksen som i hovedsak dreier seg om en dramatisk utviklingsprosess knyttet til biologiske, psykologiske og sosiale faktorer (Kelly, 2014).

Kognitivt bærer denne perioden preg av at ungdom ikke ennå har utviklet evnen til å se langsiktige konsekvenser av sine valg, deres perspektiv er «her og nå», og de opplever seg selv som usårbare (Kelly, 2005). Refleksjonen over «hvem er jeg?» øker, og man skiller i større grad mellom hvem man ønsker å være (idealet), og den man faktisk er. Avstanden mellom det faktiske selvet og idealet vil ha stor betydning for selvbilde i denne perioden (Kvalem & Wichstrøm, 2007). I ungdomstiden orienterer ungdom seg i økende grad mot jevnaldergruppen, og venner blir en viktig arena for deres sosiale utvikling (Erikson, 2000). De orienterer seg vekk fra foreldrene (Kelly, 2005), og utvikler tillit til andre som alternativ til foreldrestøtte (Kelly, 2014).

2.2.1 Helseplager og mobbing

Helsemessig er norske barn og ungdom blant de friskeste i verden målt ut ifra objektive mål på sykелighet og dødelighet (Folkehelseinstituttet, 2010). Med bakgrunn i et utvidet helsebegrep er man imidlertid opptatt av hvordan ungdommene selv rapporterer å ha det, både fysisk, psykisk og sosialt. Ungdom selv definerer også sin helse bredt og holistisk (Breidablik, 2012).

Subjektive helseplager er egenrapporterte plager av enten fysisk eller psykisk karakter, uavhengig av om en medisinsk diagnose er satt (Hetland, Torsheim & Aarø, 2009). Det er slike plager man antar å fange opp ved hjelp av spørreskjema (Elstad, 2008). Subjektive helseplager synes å ha tre ulike dimensjoner; en somatisk/fysisk, en angstdimensjon og en depresjonsdimensjon (Moum, Falkum, Tambs & Vaglum, 1991). Blant de fysiske helseplagene er hodepine og muskel- og skjelettplager blant de vanligste plagene i

ungdomsårene (Folkehelseinstituttet, 2010). Forekomsten av psykiske plager i form av angst- eller depresjonsplager øker i omfang fra før puberteten og inn i ungdomstiden (Mykletun, Knudsen & Mathiesen, 2009). De ulike helseplagene finnes langs et kontinuum hvor en viss forekomst av slike plager anses som normalt, til mer alvorlige plager og lidelser i den andre enden, og det er påvist en samvariasjon mellom de ulike plagene (Hetland et al., 2009; Hoftun, Romundstad & Rygg, 2012; Lien, Green, Thoresen & Bjertness, 2011). Det er en generell oppfatning om at denne type plager oppstår i et komplekst samspill av genetiske, biologiske og miljømessige faktorer (Mykletun et al., 2009), hvor det finnes en arvelig komponent, særlig blant de alvorligste tilfeller av angst og depresjon (Folkehelseinstituttet, 2003; Torvik et al., 2015), i tillegg til at den enkeltes sårbarhet spiller inn. Det er vanlig å se subjektive helseproblemer som reaksjoner på belastninger og stress (Ursin, 1997), hvor plagene vil kunne oppstå som en konsekvens av at ungdommen ikke mestrer de ulike belastningene de utsettes for (Hetland et al., 2009). Blant barn og unge konkluderes det med at det er de miljømessige faktorene som er av størst betydning (Mykletun et al., 2009).

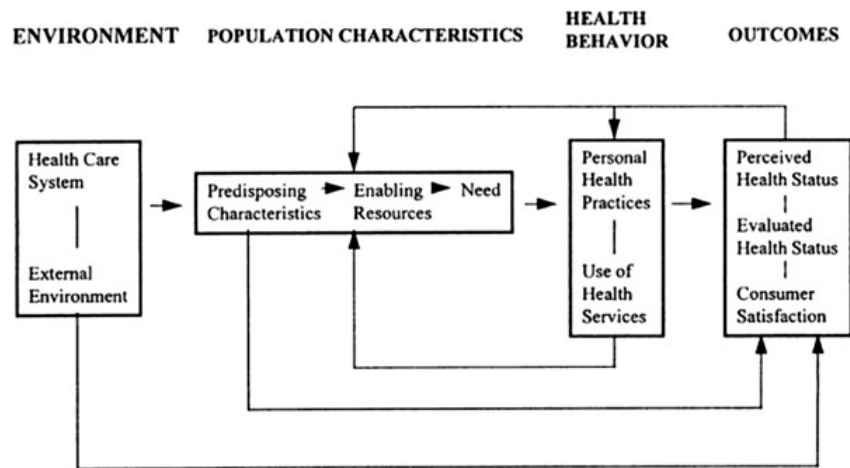
Miljømessige faktorer handler blant annet om de sosiale relasjoner ungdommene lever i. Sosialt er mobbing en stor trussel mot ungdomshelsen. Mobbing karakteriseres som en type overgrep, og foregår som «gjentatt negativ eller «ondsinn» atferd fra en eller flere personer rettet mot en person som har vanskelig for å forsvare seg» (Olweus, 2008, s. 129). Belastningen ved det å bli mobbet anses for å være stor, og det er påvist en sterk sammenheng mellom mobbing og ulike helseplager (Gini & Pozzoli, 2013). I tillegg viser konsekvensene seg å vare lenge, ofte livet ut (Folkehelseinstituttet, 2015).

2.3 The Behavioral Model of Health Service Use

The Behavioral Model of Health Service Use er en teoretisk modell for å forklare individets bruk av helsetjenester (Andersen, 1995, 2008; Andersen & Davidson, 2007; Andersen & Newman, 2005). Modellen ble første gang presentert i 1968 av Ronald M. Andersen (Babitsch, Gohl & von Lengerke, 2012), og er siden det revidert og utviklet i takt med samfunnsutviklingen og på bakgrunn av kritikk av tidligere utgaver (Andersen, 2008). Modellen anses å være en av de mest anerkjente forklaringsmodellene for helsetjenestebruk, og er mye anvendt i multivariate analyser på bakgrunn av nasjonale spørreundersøkelser (Babitsch et al., 2012).

I følge modellen antas det at bruk av helsetjenester avhenger av tre faktorer; disponerende faktorer (predisposing characteristics), faktorer som muliggjør eller hindrer bruk (enabling resources), og individets behov (need) (Andersen, 1995). Disponerende faktorer inkluderer demografiske forhold, som kjønn og alder, sosiale forhold, som status, støtte, mulighet til mestring, og ressurser til å håndtere problemer, og holdninger, verdier og kunnskap om helse (health-beliefs). De muliggjørende faktorene handler om økonomiske ressurser og tilgang til helsetjenesten. Ventetid og tilgjengelighet er også viktig her. Blant de faktorene som omhandler individets behov finner vi egenoppfattet generell helse og funksjonsnivå, og hvordan den enkelte opplever og responderer på symptomer og bekymring (Andersen & Davidson, 2007, s. 7-8).

Når modellen brukes til å forstå sårbare grupper, som f. eks ungdom legges det særlig vekt på de disponerende faktorer og ressursene i miljøet rundt dem som muliggjør bruk av helsetjenester (Gelberg, Andersen & Leake, 2000). Den siste reviderte utgaven av modellen (Andersen & Davidson, 2007) legger i tillegg vekt på de kontekstuelle forholdene for bruk av helsetjenester. Forfatterne understreker imidlertid at hovedfokuset for modellen er på individnivå, som fremstilt i Andersen (1995):



«The Behavioral Model of Health Services Use» (Andersen, 1995, s. 8)

En litteraturgjennomgang av studier som har benyttet modellen (Babitsch et al., 2012) finner at det er vanlig å benytte sekundære data, og at variablene som undersøkes dermed varierer, og de ulike faktorene vektlegges ulikt ut ifra hvilken målgruppe og helsetjeneste de undersøker.

3 METODOLOGI

Studiens metodologi er presentert i artikkelen, og vil i det følgende gjengis i korte trekk, med noen tilføyelser.

Det er benyttet et tverrsnittdesign for å besvare forskningsspørsmålene i denne studien. En tverrsnittstudie gir et øyeblikksbilde av det fenomenet vi undersøker, og er egnet til å gi oss informasjon om variasjoner og sammenhenger mellom ulike fenomen på et tidspunkt (Johannessen, Tuft & Kristoffersen, 2010). Dataene er samlet inn ved hjelp av spørreskjema. Metoden er kvantitativ idet dataene foreligger som tall i en datamatrikse. I kvantitativ metode benyttes statistiske prosedyrer for analyse av dataene (Johannessen et al., 2010).

Datagrunnlaget for studien er hentet fra Ung i Oslo 2015 for ungdomstrinnet, hvor samtlige offentlige og private ungdomsskoler i Oslo kommune ble invitert til å delta. Undersøkelsen hadde en svarprosent på 86 %, og studiepopulasjonen utgjør 12449 ungdomsskoleelever. Av de som ikke deltok, var det enkelte privatskoler som ikke ønsket å delta, i tillegg var det noen som av språkmessige hensyn og helsemessige årsaker ble fritatt (NOVA, 2015a). Videre er det nærliggende å tro at ikke alle var på skolen den aktuelle dagen, og at enkelte ikke ønsket å delta selv, eller at foreldrene fritok dem. Spørreundersøkelsen ble gjennomført elektronisk i en skoletime.

Analyseverktøyet The Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versjon 23 ble brukt til å analysere dataene i studien. Det er benyttet deskriptive analyser med krysstabell, samt bivariat og multivariat logistisk regresjon. Bruk av skolehelsetjenesten er den avhengige variabelen. De uavhengige variablene er egenvurdert helse, fysiske helseplager, angstplager, depressive plager, venner, mobbing, skoletrivsel, krangel med foreldre og krangel mellom de voksne i familien. Bakgrunnsvariabler er kjønn, ungdommenes vurdering av foreldrenes utdanning og deres vurdering av familiens økonomiske status.

3.1 Forskerrolle

Partsnøytralitet og intersubjektivitet er viktige ideal for objektivitet i kvantitativ forskning (Ringdal, 2013). Min bakgrunn som helsesøster, mine personlige verdier, samt mitt teoretiske utgangspunkt, vil kunne ha preget de ulike valg knyttet til forskningsprosessen for denne studien. Det er dermed etterstrebet å innlemme leseren i beslutninger og vurderinger som er tatt underveis, i tillegg til å beskrive svakheter og avvik som vil kunne påvirke resultatene.

3.2 Litteratursøk

Det er gjort litteratursøk fra juli 2015 - april 2016 (siste søk 25.april), for å innhente tidligere forskning på temaet for denne oppgaven. Regelmessige og systematiske søk ble gjort i databasene Cinahl (EBSCOhost), Medline (EBSCOhost), PsycInfo og Cochrane Library. Søkeordene ble valgt med bakgrunn i forskningsspørsmålene, og satt inn i PICO-skjema. Det viste seg å være lite relevant forskning på akkurat den sammenhengen jeg var interessert i. Relaterte søkeord ble dermed inkludert i utvidede søk. Søkeordene er både mesh-termer og nøkkelord, og ordene som ble benyttet er følgende: *adolescents, gender, mental health, anxiety, depression, stress, psychological, subjective health complaints, pain, social health, health problems, psychophysiologic disorders, negative life events, bullying, utilization of health services, help seeking, school nurse, school (based) health services, public health nurse, frequent visitors*. Søkeordene ble kombinert med AND og OR. I tillegg er det gjort fritekstsøk på bakgrunn av referanselister i Google Scholar, og på hjemmesider til ulike institusjoner.

Resultatet fra litteratursøk viste få treff på bruk av skolehelsetjenesten eller helsesøster relatert til ungdoms helse, fra land vi kan sammenligne oss med. Det er etterstrebet å benytte forskning av nyere dato. Når det likevel henvises til studier av eldre dato, er det på bakgrunn av at det ikke har lyktes å finne nyere forskning. Det er også etterstrebet å finne review-artikler, men det har vært utfordrende i forhold til temaet. Det er dermed i utbredt grad henvist til primærstudier. Studiene er, etter beste evne, kritisk vurdert i forhold til reliabilitet og validitet.

3.3 Etikk

Etiske betraktninger er beskrevet i artikkelen.

4 RESULTATER

4.1 Oppsummering av hovedfunnene i studien

Resultatene fra studien er beskrevet i artikkelen, og kapittelet vil derfor inneholde henvisninger til tekst og tabeller i artikkelen. I tillegg vil jeg vise et utdrag av data knyttet til forekomsten av ulike helseplager og mobbing, som ikke er vist på samme måte i artikkelen.

4.1.1 Bruk av skolehelsetjenesten

Det var 45 % av de 11178 som besvarte spørsmålet om bruk av skolehelsetjenesten, som svarte at de hadde brukt skolehelsetjenesten minst én gang i løpet av de siste 12 månedene. Det var 10 % av ungdommene som svarte at de hadde brukt skolehelsetjenesten tre ganger eller mer de siste 12 månedene (Artikkel, s.46; Tabell 1, s.67).

4.1.2 Forekomst av fysiske helseplager, depressive plager, angstplager og mobbing

I artikkelen vises deskriptiv statistikk av alle de uavhengige variablene fordelt på kjønn (Tabell 2, s.68). Her viser tabell 1 resultatet av en frekvensanalyse av de ulike plager og mobbing for begge kjønn.

Variabler	Total % (n)
Daglig fysisk plaget (n=10613)	12 (1242)
Depressive plager (høy grad) (n=11003)	13 (1471)
Angstplager (høy grad) (n=10942)	6 (672)
Blir mobbet min. månedlig (n=11515)	11(1309)

Tabell 1: Forekomst av fysiske helseplager, depressive plager, angstplager og mobbing.

4.1.3 Sammenheng mellom kjønn, egenrapportert fysisk, psykisk og sosial helse, og økt bruk av skolehelsetjenesten

Bivariate logistiske regresjonsanalyser ble gjort for å undersøke hvilken sammenheng kjønn og de ulike helsevariablene hadde hver for seg med økt bruk av skolehelsetjenesten. Disse analysene viste at det å være jente ga økt odds for økt bruk av skolehelsetjenesten (OR=2.017, KI=1.764-2.305), i tillegg viste utfordringer knyttet til alle de fysiske, psykiske og sosiale faktorene å gi økt odds for økt bruk av skolehelsetjenesten (Artikkel s.48; Tabell 3, s.69).

For å undersøke hvordan de ulike helsevariablene påvirket utfallet i den avhengige variabelen, ble det gjort en trinnvis multivariat logistisk regresjonsanalyse. På bakgrunn av kjønnsforskjellen påvist i artikkelens tabell 1 (s.67), ble kjønnsvariabelen inkludert alene i det første trinnet. Denne og andre studier har vist en kjønnsforskjell i egenrapporterte helseplager. I modell to ble derfor tilfredshet med egen helse, samt fysiske og psykiske helseplager inkludert for å undersøke om det er jenters økte rapportering av helseplager som forklarer den økte bruken av skolehelsetjenesten. I modell tre ble i tillegg variablene knyttet til de sosiale faktorene inkludert, noe som ga den endelige modellen hvor alle de uavhengige variabelenes forklaringssevne vurderes, kontrollert for hverandre (Pallant, 2013, s. 175). Analysen viste at etter å ha inkludert de ulike fysiske og psykiske helseplagene, var det selvstendige effekter av både det å være jente, og de ulike helseplagene. Med alle variablene inkludert i modellen er det allikevel det å være jente som viser seg å gi den sterkeste sammenheng (OR= 1.724, CI=1.473-2.018, $p < 0.001$), men det å ha ulike helseplager eller å være utsatt for mobbing gir i tillegg økt odds for økt bruk av skolehelsetjenesten. (Artikkel, s.49-50; Tabell 3, s.69).

4.1.4 Kjønnforskjeller

Til sist ble det gjort separate multivariate regresjonsanalyser for begge kjønn for å undersøke om det er ulik betydning av helse på økt bruk av skolehelsetjenesten for jenter og gutter. Analysene ble gjort i én modell, og resultatet viste at depressive plager og mobbing gir økt odds for økt bruk av skolehelsetjenesten for begge kjønn. Videre vises en tendens til at fysiske plager påvirker gutters økte bruk av skolehelsetjenesten i større grad enn jenters, mens krangel mellom de voksne i familien påvirker jenters økte bruk av skolehelsetjenesten i større grad enn gutters (Artikkel, s.50-51; Tabell 4, s.70).

4.1.5 Bakgrunnsvariabler

Som bakgrunnsvariabler ble foreldrenes utdanning og opplevelse av familiens økonomiske status inkludert i de logistiske regresjonsanalysene på bakgrunn av at de kunne tenkes å påvirke sammenhengen mellom helsevariablene og bruk av skolehelsetjenesten. Foreldrenes utdanning viste ingen signifikant sammenheng med økt bruk av skolehelsetjenesten i den bivariante logistiske regresjonsanalysen, mens opplevelse av familiens økonomiske status ikke viste en signifikant sammenheng med økt bruk av skolehelsetjenesten i den multivariate logistiske regresjonsanalysen (resultat ikke vist).

5 DISKUSJON

Dette kapittelet er en utvidelse av diskusjonen i artikkelen. Først en diskusjon av styrker og svakheter ved metoden brukt i studien, deretter følger en diskusjon av utvalgte funn.

5.1 Metodologiske aspekter

Metoden for denne studien er kvantitativ, og forskningsdesignet er en tverrsnittstudie. Jeg vil i denne delen diskutere noen av de sentrale metodologiske utfordringene for studien, og hva som er gjort for å styrke den. De metodologiske utfordringene knyttet til en studie er ifølge Johannessen et al. (2010) relatert til hvordan man skal frembringe mest mulig relevant og pålitelig kunnskap. For denne studien har tverrsnittdesignet gitt informasjon om forekomst av skolehelsetjenestebruk og ulike helseutfordringer, og det har vært mulig å undersøke kjønnsforskjeller. Designet har også gjort det mulig å undersøke sammenhengen mellom jenter og gutters egenrapporterte helse og bruk av skolehelsetjenesten blant ungdomsskoleelever i Oslo. Når det videre er antydnet en årsaksforklaring mellom ungdoms helse og bruk av skolehelsetjeneste, er dette noe som ikke kan påvises ved en tverrsnittsundersøkelse, som bare gir oss data fra ett tidspunkt (Johannessen et al., 2010). I en regresjonsanalyse omtales allikevel de uavhengige variablene som prediktorer eller forklaringer på den avhengige variabelen (Pallant, 2013, s. 178), men det er viktig å understreke at det er snakk om samvariasjon kun på et gitt tidspunkt, og at sammenhengen kan gå begge veier (Johannessen et al., 2010). Diskusjonen vil videre knyttes til begrepene reliabilitet, validitet og generalisering.

5.1.1 Reliabilitet og validitet

En studies reliabilitet, eller pålitelighet påvirkes av tilfeldige målefeil og er knyttet til empiriske spørsmål (Ringdal, 2013). Validitet betyr gyldighet, og betegner hvor godt man klarer å måle det man ønsker og har til hensikt å måle (Johannessen et al., 2010). Denne studien tar utgangspunkt i allerede innsamlede data, og prinsippet om at spørreskjema skal utformes med bakgrunn i undersøkelsens problemstilling (Johannessen et al., 2010) er dermed

ikke oppfylt. Reliabilitet knyttet til å benytte allerede innsamlede data, handler derfor i hovedsak om kildekritikk i forhold til å sette seg grundig inn i hvordan dataene ble samlet inn, og hvordan spørsmålene som skal benyttes er formulert. Den kvalitetsmessige kontrollen av data er det som i dette tilfelle er den vanligste måten å vurdere reliabilitet på (Ringdal, 2013). I denne studien er det benyttet data fra Ungdata, som er et standardisert og kvalitetssikret system for spørreundersøkelser (Ungdata, 2010), men det er ikke et validitet- og reliabilitetstestet spørreskjema. Ung i Oslo 2015 ble valgt som datagrunnlag, fordi skolehelsetjenestetilbudet har de samme retningslinjene å forholde seg til i hele kommunen, og fordi tallene var de helt nyeste. Noen svakheter som kan ha betydning for min studie er det imidlertid, og jeg vil idet følgende komme inn på noen av disse.

I forhold til spørreundersøkelser er det særlig begrepsvaliditeten man vurderer. Begrepsvaliditet knytter seg til operasjonaliseringen av begrepet. En operasjonalisering av teoretiske begrep reduserer ifølge (Ringdal, 2013) innholdet og gjør det empirisk målbart. Valideten knyttes dermed til om målet dekker de viktigste aspektene av begrepet. Studien ønsker å se på sammenhengen mellom ungdoms egenvurderte helse, knyttet til et utvidet helsebegrep som omfatter fysiske, psykiske og sosiale faktorer, og bruk av skolehelsetjenesten.

Bruk av skolehelsetjenesten

Bruk av skolehelsetjenesten inngår i et batteri av spørsmål om bruk av ulike helsetjenester hvor spørsmålet er: «Hvor mange ganger har du brukt følgende helsetjenester i løpet av de siste 12 månedene?», og hvor et av alternativene er: «Helsesøster eller skolelege». Svaralternativene har 4 verdier: «Ingen ganger», «1-2 ganger», «3-5 ganger», og «6 ganger eller mer». Bruk av variabelen har bydd på ulike utfordringer idet skolehelsetjenesten ikke er brukt som begrep i spørsmålet. Skolehelsetjenesten består imidlertid alltid av en helsesøster, og i tillegg skal skolelege og fysioterapeut være tilknyttet skolehelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2004). Det er også mulig for elevene å bruke helsesøster ved helsestasjon for ungdom eller lege ved fastlegekontor eller legevakt, men dette fanges opp av de andre svaralternativene. Vurderingen er dermed at spørsmålet måler bruk av skolehelsetjenesten. Det ble videre viktig å få frem de ungdommene som bruker skolehelsetjenesten utenom tilbudet alle elever i Oslo kommune tilbys, og svaralternativene ble dermed slått sammen og delt ved tre eller flere ganger siste 12 måneder.

For å dekke de tre komponentene i det utvidete helsebegrepet; fysisk, psykisk og sosialt (WHO, 1946), ble flere uavhengige variabler valgt. Noen er enkeltspørsmål, mens flere er såkalte indekser på bakgrunn av flere spørsmål. Om de er fornøyd med egen helse er både en fysisk og psykisk variabel. I tillegg måles fysiske helseplager; angst- og depresjonsplager utgjør psykiske variabler, mens de sosiale variablene omfatter venner, mobbing, skoletrivsel og konflikt i familien.

Psykiske og fysiske helsevariabler

I forhold til en overordnet vurdering av ungdommenes egen helse, er det stilt et spørsmål om hvor fornøyd eller misfornøyd de er med helsa si. Spørsmålet har svaralternativer med fem verdier: «Svært misfornøyd», «litt misfornøyd», «verken fornøyd eller misfornøyd», «litt fornøyd», «svært fornøyd». Når man stiller ett enkelt spørsmål av denne typen, får man et mål på egenvurdert helse, et mål som brukes mye i helseundersøkelser. Egenvurdert helse defineres av Folkehelseinstituttet (2008) som «en helhetsvurdering av helsetilstanden, både den psykiske og fysiske helsa». Samtidig vil det av den som svarer, vanligvis gjøres en vurdering og sammenligning av ens egen helsetilstand med helsetilstanden til jevnaldrende. Egenvurdert helse vurderes også som et godt mål på ungdommers velvære; hvordan de «har det».

Videre benyttes ulike indekser for psykiske plager. Skalaene Hopkins Symptom Checklist og Depressive Mood Inventory måler angst- og depresjonsplager. Skalaene er validerte og brukt i tidligere forskning (Frøyland, 2015). Ung i Oslo benytter en forkortet utgave, men tidligere studier har vist at validiteten er ivaretatt også ved færre spørsmål (Strand, Dalgard, Tambs & Rognerud, 2003; Tambs & Moum, 1993). I forhold til begrepet *psykisk helse*, måles det derfor med disse skalaene kun angst- og depresjonsplager. Dette er riktignok blant de vanligste psykiske plagene hos ungdom (Mykletun et al., 2009), men det dekker ikke hele begrepet. At spørsmålet om egenvurdert helse også omfatter en vurdering av psykisk helse kan være en styrke, da det å stille flere spørsmål for å måle et fenomen, er med på å styrke begrepsvaliditeten (Johannessen et al., 2010). I tillegg vil den interne konsistensen mellom de ulike indikatorene som inngår i en indeks være et mål på dataenes reliabilitet. Dette måles med Cronbachs alfa, hvor resultat over 0,7 indikerer en tilfredsstillende reliabilitet (Ringdal,

2013). I denne studien ble skalaen for depressive plager målt til en Cronbachs alfa verdi på 0,88, og for angstplager var resultatet 0,89, noe som indikerer god indre reliabilitet.

I forhold til fysisk helse er det ikke benyttet en validert skala for fysiske helseplager i denne studien. En studie av hvorvidt ungdommer er i stand til å svare på spørsmål som omfatter deres egen helse, viste imidlertid at de er i stand til å gi valide svar (Haugland & Wold, 2001). Egenrapportering er et viktig poeng i forhold til opplevelse av smerter og plager. Smerte er et subjektivt fenomen, og kan dermed kun måles ved egenrapportering, noe som styrker validiteten ved dataene. Skalaen ble målt til en Cronbachs alfa på 0,80, som viser at også den har en god indre reliabilitet.

Sosiale faktorer

Som mål på de sosiale faktorene knyttet til helse ble det i denne studien kartlagt venner, mobbing, skoletrivsel, samt konflikt i familien. De tre første er enkeltspørsmål, mens målet på konflikt i familien, er sammensatt av to spørsmål: krangel med foreldre og krangel mellom de voksne i familien.

Spørsmålet om ungdommene har minst én venn som de kan stole fullstendig på og kan betro seg til om alt mulig, er et vanlig formulert spørsmål i spørreundersøkelser, og måler sosial støtte (Folkehelseinstituttet, 2014). I forhold til mobbing kan dette kort defineres som «gjentatt negativ eller «ondsinnat atferd» fra en eller flere personer, rettet mot en person som har vanskelig for å forsvare seg» (Olweus, 2008, s. 129). Ofte rapporteres mobbetall i Norge fra Elevundersøkelsen (Utdanningsdirektoratet, udatert), hvor det er de som oppgir mobbing 2-3 ganger pr. måned som regnes som de som utsettes for mobbing, j.fr. «kravet» om gjentakelse. I elevundersøkelsen stilles spørsmålet slik: «Er du blitt utsatt for mobbing på skolen de siste månedene», med svaralternativene «ikke i det hele tatt», «en sjelden gang», «2-3 ganger i måneden», «Omtrent én gang i uka», «flere ganger i uken». I Ungdata er spørsmålet formulert slik «Blir du selv utsatt for plaging, trusler eller utfrysing av andre på skolen eller i fritiden?» med svaralternativene «Ja, flere ganger i uka», «ja, omtrent en gang i uka», «ja, omtrent hver 14.dag», «ja, omtrent en gang i måneden», «nesten aldri» og «aldri». Vurderingen er at spørsmålstillingen i Ungdata har en grad av gjentakelse i seg idet verbet «blir» benyttes. Dikotomiseringen er dermed gjort ved de som svarer «omtrent en gang i måneden».

Skoletrivsel blir målt med hvor godt ungdommene mener utsagnet «Jeg trives på skolen» stemmer. Svaralternativene var «stemmer svært dårlig», «stemmer nokså dårlig», «stemmer nokså godt» og «stemmer svært godt». Målet er brukt i tidligere forskning (Bakken, 2016), og en vurdering av validiteten til et tilsvarende enkeltspørsmål om elevene «liker seg på skolen», konkluderte med at det sannsynligvis presenterer et valid mål på skoletrivsel (Danielsen, 2012). I studien ble det laget dummy-variabler, og de som svarte «stemmer svært godt» sammenlignes med de som svarte de resterende alternativene.

Konfliktnivå i familien. Som et mål på dette, ble ungdommene bedt om å ta stilling til to ulike utsagn: «Jeg krangler ofte med foreldrene mine» og «Det er ofte krangling mellom de voksne i min familie.» Ungdommene fikk følgende svaralternativer: «Passer svært godt», «passer ganske godt», «passer ganske dårlig», og «passer svært dårlig». Dette er også et mål som er brukt i tidligere forskning (Sletten, 2015). Her ble det også laget dummy-variabler, hvor de som svarte «passer svært dårlig» sammenlignes med de øvrige.

Sosioøkonomisk bakgrunn

Som mål på sosioøkonomisk bakgrunn er det i denne studien brukt subjektive mål, dvs ungdommens egen oppfatning av foreldrenes utdanningsnivå og familiens økonomiske status. Det er grunn til å tro at ungdom har mangelfull kunnskap knyttet til eksakt inntekt og utdanning, og en studie med datagrunnlag hentet fra Ungdata viser at subjektive mål kun er delvis overlappende med resultat fra objektive mål (Sletten, 2007). Det er derfor usikkerhet knyttet til dette målet. Vurderingen er allikevel at det er viktig å ha denne faktoren med som en kontrollvariabel, men håndtere den som det den er: et mål på ungdommenes egne opplevelser. Dikotomiseringen er gjort i samsvar med en annen studie (Skarstein et al., 2014).

5.1.2 Svakheter ved bruk av kategoriske variabler

Å lage cut-offs og referanser for hva som skal anses for «normalt» og ikke, kan gi grunnlag for diskusjon og tolkninger. I denne studien er det allikevel gjort. For det første fordi det å kunne undersøke bruk av skolehelsetjenesten ved hjelp av logistisk regresjon forutsetter en dikotom variabel (Almquist, Ashir & Brännström, 2015), og for det andre fordi jeg ønsket å identifisere en gruppe ungdommer med behov for oppfølging av f.eks. skolehelsetjenesten. Kategoriseringen er, så langt det har vært mulig, gjort med bakgrunn i tidligere teori og

forskning. Det vil allikevel være en mulighet for at individer har blitt kategorisert feil, eller at individer i de ulike gruppene ikke skiller nevneverdig fra hverandre.

5.1.3 Generalisering

Ytre validitet og generaliserbarhet ivaretas gjennom et representativt utvalg av populasjonen man skal studere, og avgjør om man kan konkludere med at funnene også gjelder for populasjonen (Johannessen et al., 2010). Ung i Oslo 2015 vurderes å være representativ for ungdomsskoleelever i Oslo, idet nær samtlige Oslo-skoler er representert, og svarprosenten er på 86 %. Problemet med at enkelte elever kan gi useriøse svar i spørreskjemaet er løst ved feilsøking, og fjerning av disse besvarelsene (NOVA, 2015a). I tillegg vil det høye antall respondenter styrke generaliserbarheten. Idet jeg særlig undersøker ungdoms helsetilstand, er det viktig å bite seg merke i at noen av ungdommene ble fritatt fra undersøkelsen på grunn av dårlig helsetilstand. I tillegg er det nærliggende å tro at de som har det dårligst helsemessig ikke er på skolen, og dermed ikke blir kartlagt i denne studien.

5.2 Diskusjon av utvalgte funn

I artikkelen diskuteres hovedfunnene med bakgrunn i forskningsspørsmålene opp mot relevant teori, forskning og empiri. Her i kappen/refleksjonsnotatet vil derfor diskusjonen av resultatene kun være knyttet til utvalgte funn, og de vil diskuteres i lys av skolehelsetjenestens oppgaver og helsesøsters rolle, samt relateres til atferdsmodellen for helsetjenestebruk; «The Behavioral Model of Health Service Use» (Andersen, 1995; Andersen & Davidson, 2007). Modellen vil i tillegg til å belyse utvalgte funn fra studien, benyttes som et utvidet teoretisk rammeverk for å forstå bruk av skolehelsetjenesten som helhet.

Denne studien viser at 10 % av ungdomsskolelevne oppgir å ha brukt skolehelsetjenesten tre ganger eller mer de siste 12 månedene. Det er grunn til å tro at dette er ungdommer som har brukt skolehelsetjenesten utover det fastsatte programmet som i Oslo kommune begrenses til enkeltkontakter på henholdsvis 8. og 10. trinn (Oslo kommune, Udatert). Ungdom befinner seg i en fase hvor de orienterer seg vekk fra foreldre, og i økende grad oppsøker andre ved behov for hjelp og støtte (Kelly, 2014).

Ungdom som oppsøker skolehelsetjenesten selv eller er i kontakt med helsesøster på bakgrunn av et behov for hjelp, går under det sekundærforebyggende tilbudet på individuelt nivå (Helsedirektoratet, 2004). I følge Andersen og Davidson (2007) viser atferdsmodellen for helsetjenestebruk at man kan forstå ungdoms bruk av skolehelsetjenesten ut ifra predisponerende, muliggjørende og behovsrelaterte faktorer. Det er i denne studien kun kartlagt enkelte predisponerende og behovsrelaterte faktorer.

Som en predisponerende faktor, viste kjønn i denne studien, i samsvar med modellen, en sammenheng med skolehelsetjenestebruk, hvor det å være jente økte oddsen for økt bruk av skolehelsetjenesten. Kjønnforskjell i helsetjenestebruk finner vi igjen i den voksne befolkningen, hvor kvinner bruker allmennlege og spesialisthelsetjenesten mer enn menn (SSB, 2015a, 2015b). Denne studien bekrefter at kjønnforskjellen også er tilstede i ungdomstiden, og i bruk av skolehelsetjenesten.

Resultatene fra den samlede analysen for både jenter og gutter, viste videre at det er ungdom som rapporterer høy grad av fysiske plager, depressive plager, angstplager, eller som opplever mobbing som bruker skolehelsetjenesten i økt grad. I modellen for helsetjenestebruk, går dette under komponenten *behov*, og handler om ungdommens egen vurdering av generell helse, funksjonsnivå og symptomer (Andersen & Davidson, 2007).

Det var totalt 12 % av ungdommene som rapporterte minimum én daglig fysisk plage, i form av blant annet ulike typer smerter i denne studien. Dette er i samsvar med tidligere studier og kartlegginger (Aarø et al., 2001; NOVA, 2015b). Ulike smerteplager vil kunne ha konsekvenser og innvirkning på ungdommenes dagligliv (Haugland, 2014), og kan gjøre det vanskelig å følge opp skole og fritidsaktiviteter, samt gi søvnproblemer. (Haraldstad, Sorum, Eide, Natvig & Helseth, 2011)

I forhold til depressive plager var det i denne studien totalt 13 % av ungdommene som rapporterte høy grad av slike plager. De nasjonale Ungdata-resultatene på ungdomsskoletrinnet (NOVA, 2015a) fant tilsvarende omfang. Helland og Mathiesen (2009) fant i to landsomfattende undersøkelser blant 15-16 åringer, også en forekomst på 13 % av ungdom med betydelige emosjonelle plager, selv om et annet instrument ble benyttet. I forhold til angstplager viser denne studien en forekomst på totalt 6 % av høy grad av

angstplager. Det har ikke lyktes å finne andre studier som har identifisert høy grad av angstplager på samme måte. Helland og Mathiesen (2009) antar at om lag 10 % av barn og unge har funksjonstap som følge av høy grad av angstplager, dette kan indikere at denne studien fanger opp de som er aller mest plaget. Depressive plager og angstplager kjennetegnes av tristhet, likegladhet, bekymring og følelsesmessig uro (Helland & Mathiesen, 2009).

Totalt 11 % av ungdommene rapporterte å være utsatt for mobbing i denne studien. Ifølge Folkehelseinstituttet (2015) anslås det at om lag 8 % av elevene i grunnskolen er utsatt for mobbing. I en landsrepresentativ undersøkelse (Samdal et al., 2016) var det 7 % av guttene og 6 % av jentene som rapporterte å bli mobbet på 8. trinn, mens tallene var 5 % for begge kjønn på 10. trinn. At denne studien fant en høyere forekomst av mobbing kan ha sammenheng med at kriteriet for mobbing er satt ved én gang i måneden eller mer, mens de andre studiene har satt kriteriet ved minimum 2-3 ganger månedlig. Det er en stor belastning for den enkelte å være utsatt for mobbing (Folkehelseinstituttet, 2015; Haraldstad, Christophersen, Eide, Natvig & Helseth, 2011; Kvarme, Helseth, Sæteren & Natvig, 2010).

Funnene indikerer at fysiske og psykiske helseplager og opplevelse av mobbing hos ungdom fører til et opplevd behov for hjelp. At særlig dette er relatert til økt bruk av skolehelsetjenesten, kan ifølge atferdsmodellen for helsetjenestebruk forklares ut ifra den følelsesmessige belastningen eller bekymringen disse problemene medfører for ungdommen, da det er omfanget og betydningen for den enkelte som fører til en beslutning om å søke hjelp (Andersen & Davidson, 2007).

Denne studien identifiserer en gruppe med et relativt høyt nivå av plager, og det er av betydning at disse ungdommene blir identifisert og tatt på alvor, da konsekvensene kan bli alvorlige, eller utvikles til kroniske tilstander (Hetland et al., 2009). Olweus (2008) beskriver de som er utsatt for mobbing som en forsømt gruppe ved mange skoler. At denne studien avdekket at disse ungdommene i økt grad er i kontakt med skolehelsetjenesten viser helsesøsters mulighet til å kunne følge opp disse elevene. Helsesøsters rolle i møte med ungdommene som opplever slike utfordringer er knyttet til kartlegging og vurdering for å kunne kontrollere videreutvikling, og å henvise ungdom med behov for det videre (Helsedirektoratet, 2004). I forhold til de ulike plagene forutsetter det kunnskap for å kunne skille normale utfordringer knyttet til ungdommenes vekst og utvikling fra symptomer på

psykiske lidelser (Hvalstad, 2014). I forhold til mobbing, viser en norsk studie (Kvarme et al., 2010) at elever som utsettes for mobbing, opplever støtte i å snakke med helsesøster, og i tillegg fremheves viktigheten av å samarbeide med foreldre og skole om å stoppe mobbingen. Helsedirektoratet (2010) fremhever skolehelsetjenestens ansvar for å følge opp de som er involvert i mobbing, i samarbeid med skolen. I møte med ungdommene skal helsesøster videre benytte en tilnærming som fremmer helse, trivsel og mestring, og gi mulighet til å påvirke egen situasjon (Helsedirektoratet, 2004, s. 28). Veiledning og dialog er virkemidler helsesøster benytter for å nå dette (Kvarme, 2007). I følge Langaard (2006) understrekes et mestrings- og utviklingsfremmende perspektiv i samtalen, og ungdom selv fremhever omsorg, nøytralitet, fortrolighet og medbestemmelse som viktige faktorer (Langaard, 2006; Lightfoot & Bines, 2000).

Selv om denne studien viser at ungdom med ulike helseplager eller utsatt for mobbing bruker skolehelsetjenesten i økt grad, er det grunn til å tro at mange med disse utfordringene ikke søker hjelp selv. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal ha oversikt over målgruppens helsetilstand (Helsedirektoratet, 2004), og helsesøster kan etter å ha fått kunnskap om ulike helseutfordringer i elevgruppen, iverksette gruppebaserte tiltak rettet mot de med økt risiko for å utvikle et problem. Dette er også et tiltak på sekundærforebyggende nivå, men som når flere. I en gruppe hvor ungdommer diskuterer og reflekterer sammen, kan de enkelte oppnå en økt bevissthet rundt egen situasjon (Kvarme, 2007), og en opplevelse av mestring (Helsedirektoratet, 2004). Det å vite at man ikke er alene om ulike utfordringer er spesielt viktig i ungdomstiden, hvor man ikke ønsker å skille seg ut (Kelly, 2014). I atferdsmodellen for helsetjenestebruk (Andersen, 1995) går det en pil fra bruk av helsetjenester tilbake til de behovsrelaterte faktorene. Slik jeg forstår dette, kan et møte med helsesøster gi ungdom økt kunnskap og forståelse av sin egen situasjon, noe som kan føre til at bekymring og respons på ulike helseplager endres.

Individuell oppfølging på sekundærforebyggende nivå, er som tidligere nevnt et viktig tiltak i skolehelsetjenesten. På den andre siden skal skolehelsetjenesten jobbe avgrenset mot behandling (Helsedirektoratet, 2004). Studier har vist at helsesøstre er opptatt av de individuelle oppfølgingene, og av de som har spesielle behov (Dahl & Clancy, 2015; Sollesnes & Tønjum, 2008), og det hevdes at for helsesøstre kan omsorgsperspektivet komme i konflikt med forebyggingsperspektivet (Sollesnes & Tønjum, 2008), som i større grad

handler om kartlegging og videre henvisning. Haugland (2009) påpeker et etisk dilemma ved at en åpen dør til helsesøster hvor man kommer med sine plager, kan føre til en økt sykeliggjøring og medikalisering av en i utgangspunktet frisk gruppe.

Individuell oppfølging er tidkrevende, og i studien til Hjälmhult et al. (2002) blir det vist til en undersøkelse hvor mesteparten av tiden gikk til enkeltsaker. Sekundærforebyggende arbeid med individuell oppfølging av enkeltelever hvor diagnose og behandling får størst fokus kan dermed tenkes å gå på bekostning av skolehelsetjenestens primærforebyggende tiltak. Dette samsvarer med funn fra Rapport om helsestasjons- og skolehelsetjenesten fra 2015 som viser at satsningen har vært minst innenfor helsefremmende- og primærforebyggende arbeid og størst innenfor diagnose, behandling og rehabilitering (Landsgruppen av helsesøstre NSF, 2015).

Tiltak knyttet til å forebygge de ulike helseplagene og mobbing som er avdekket i denne studien på et primærforebyggende og universelt nivå, handler i hovedsak om helseopplysning eller helseundervisning til alle elever. Målet er å påvirke oppfatninger, holdninger og mestringsforventninger hos den enkelte (Aarø & Klepp, 2009). «Psykisk helse i skolen» er et nasjonalt satsningsområde med fokus på mobbing og psykisk helse (Helsedirektoratet, 2015), og ulike skoleprogrammer har sitt utspring fra dette. Helsesøster er en naturlig samarbeidspartner i gjennomføringen av slike programmer. Et eksempel er «Alle har en psykisk helse», som har som mål «å utfordre de unges holdninger og fordommer i forhold til psykisk helse, samt bidra til økt kunnskap om psykiske plager og om hvordan man kan få hjelp» (Lauritzen, 2012, s. 1).

Sett i lys av atferdsmodellen for helsetjenestebruk (Andersen & Davidson, 2007), er det da de predisponerende faktorene som omhandler holdninger, verdier og kunnskap om helse man intervensjonerer i forhold til. I følge modellen påvirker disse faktorene *helseatferd* som både er knyttet til ivaretagelse av egen helse, og til bruk av helsetjenester (Andersen, 1995, 2008). Helseopplysning til ungdom i denne alderen må ta hensyn til ungdommenes kognitive utvikling og manglende erfaring på ulike områder, og informasjon må tilpasses deres modenhetsnivå (Rajka, 2011). I følge Gelberg et al. (2000) vektlegger atferdsmodellen for helsetjenestebruk at også holdninger, verdier og kunnskap i familien og miljøet rundt

ungdommen, er av betydning. Her har helsesøster en viktig oppgave i forhold til veiledning og undervisning av foreldre og skolens ansatte (Helsedirektoratet, 2004).

Idet ulike plager og mobbing er belastninger som tilskrives omgivelsene, er det viktig med tiltak som reduserer effekten på barn og unges helse (Hetland et al., 2009). Helsefremmende tiltak må i tillegg å påvirke oppfatninger, holdninger og mestringsforventninger hos den enkelte, føre til endringer i det fysiske og sosiale miljøet (Aarø & Klepp, 2009). For at skolehelsetjenesten skal kunne bidra til å identifisere og løse problemer knyttet til skoleelevers hverdag er det ifølge atferdsmodellen for helsetjenestebruk (Andersen & Davidson, 2007) flere faktorer som har innvirkning, og går under såkalte *muliggjørende faktorer*. Tilgjengelighet er en viktig faktor her. En tilgjengelig skolehelsetjeneste bekreftes av Hjälmhult et al. (2002) som en forutsetning, i tillegg til at helsesøster må inkluderes av skolens ledelse, for å kunne lykkes med å jobbe for et helsefremmende skolemiljø. Denne type problemer blant ungdom er sammensatte og kompliserte, og en helhetlig vurdering forutsetter et tverrfaglig samarbeid (Glavin & Erdal, 2013). For det individuelle tilbudets tilgjengelighet spiller også ventetid og lokalisering en rolle for å muliggjøre bruk av skolehelsetjenesten (Andersen & Davidson, 2007), og i forhold til ungdom er det spesielt viktig at helsesøster er tilstede på skolen og har tid når ungdom opplever behov for hjelp (Barneombudet, 2013).

6 KONKLUSJON OG IMPLIKASJONER

Nær halvparten av ungdomsskoleelevene i denne studien oppgir å ha vært i kontakt med skolehelsetjenesten siste året, og én av ti oppsøker helsesøster i økt grad. Jenter bruker skolehelsetjenesten mer enn gutter, og det er påvist en kjønnsforskjell i de ulike faktorenes påvirkning på økt bruk av skolehelsetjenesten.

Sammenhengen mellom høy grad av ulike fysiske og psykiske plager, samt mobbing, og økt bruk av skolehelsetjenesten, er viktig kunnskap for praksis. Studien har ikke kartlagt hva som er årsak til at ungdommene oppsøker skolehelsetjenesten, og helsesøster bør derfor kartlegge fysiske, psykiske og sosiale faktorer rundt ungdommene som oppsøker henne. At det er de med høyest grad av plager og de som utsettes for mobbing som i økt grad benytter skolehelsetjenesten, viser at skolehelsetjenesten kommer i posisjon til å kunne intervensere overfor en gruppe som trenger det.

Med bakgrunn i atferdsmodellen for helsetjenestebruk (Andersen, 1995), ser vi at gjennom et økt fokus på gutter, styrking av kunnskap om helse hos ungdom, foresatte og lærere, holdningsarbeid knyttet til helse og hjelpesøking, samt en tilgjengelig helsetjeneste vil man kunne påvirke ungdoms helseatferd knyttet til ivaretagelse av egen helse og bruk av skolehelsetjenesten.

En tilgjengelig skolehelsetjeneste som følger opp og samarbeider om sårbare elever, i tillegg til å gjennomføre universelle tiltak rettet mot ungdom, foreldre og lærere er ressurskrevende. Den økte økonomiske satsningen på tjenesten for å kunne oppfylle den anbefalte bemanningsnormen, er dermed et steg i riktig retning for å kunne ivareta våre ungdommer. Ved videre forskning på skolehelsetjenesten vil det være nyttig å se på effekten av helsesøsters tiltak, samt hvordan kjønnsforskjellen i bruk av skolehelsetjenesten kan utjevnes.

REFERANSER

- Aarø, L. E., Haugland, S., Hetland, J., Torsheim, T., Samdal, O. & Wold, B. (2001). Psykiske og somatiske plager blant ungdom. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 121(25), 2923-2927.
- Aarø, L. E. & Klepp, K.-I. (2009). Helserelatert atferd og livsstil i kontekst. I L. E. Aarø, & K.-I. Klepp (Red.), *Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid* (3. utg., s. 19-42). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Almquist, Y. B., Ashir, S. & Brännström, L. (2015). A guide to quantitative methods, version 1.0.3. Hentet 5. januar 2016 fra <http://www.chess.su.se/education/a-guide-to-quantitative-methods-1.173478>
- Andersen, R. M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 1-10.
- Andersen, R. M. (2008). National health surveys and the behavioral model of health services use. *Medical Care*, 46(7), 647-653.
- Andersen, R. M. & Davidson, P. L. (2007). Improving access to care in America. Individual and contextual indicators. I R. M. Andersen, T. H. Rice, & E. F. Kominski (Red.), *Changing the US health care system: key issues in health services policy and management* (3. utg., s. 3-31). San Francisco: Jossey-Bass.
- Andersen, R. M. & Newman, J. F. (2005). Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Milbank Quarterly*, 83(4), 1-28.
- Babitsch, B., Gohl, D. & von Lengerke, T. (2012). Re-revisiting Andersen's Behavioral Model of Health Services Use: a systematic review of studies from 1998–2011. *GMS Psycho-Social-Medicine*, 9.
- Bakken, A. (2016). Endringer i skoleengasjement og utdanningsplaner blant unge med og uten innvandringsbakgrunn. Trender over en 18-årsperiode. *Tidsskrift for ungdomsforskning*, 16(1), 40-62.
- Barneombudet. (2013). *Barneombudets fagrapport 2013, Helse på barns premisser*. Oslo: Barneombudet. Hentet fra http://barneombudet.no/wp-content/uploads/2014/03/Helse_på_barns_premisser.pdf
- Breidablik, H.-J. (2012). Ungdomshelse - hvor og hvordan kan helsearbeidere bidra? *Utposten*, 41(5), 35-37.
- Dahl, B. M. & Clancy, A. (2015). Meanings of knowledge and identity in public health nursing in a time of transition: interpretations of public health nurses' narratives. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(4), 679-687.
- Dahm, K. T., Landmark, B., Kirkehei, I. & Reinart, L. M. (2010). *Effekter av skolehelsetjenesten på barn og unges helse og oppvekstvilkår*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- Danielsen, A. G. (2012). Hva henger sammen med skoletrivselen til norske ungdomsskoleelever? *Nordic Studies in Education*, 32(2), 115-125.
- Elstad, J. I. (2008). *Utdanning og helseulikheter: Problemstillinger og forskningsfunn*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Erikson, E. H. (2000). *Barndommen og samfunnet* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

- Folkehelseinstituttet. (2003). Depresjon - faktaark. Hentet 4. mai fra <http://www.fhi.no/tema/depresjon/fakta-om-depresjon>
- Folkehelseinstituttet. (2008). Egenvurdert helse - faktaark med statistikk. Hentet 15. april 2016 fra <http://www.fhi.no/tema/helse-i-norge/egenvurdert-helse>
- Folkehelseinstituttet. (2010). Norske barn er blant de friskeste i verden. Hentet 20. april 2016 fra http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Content_6496&Main_6157=6263:0:25,5813:1:0:0:::0:0&MainContent_6263=6496:0:25,5825:1:0:0:::0:0&Content_6496=6178:84202:25,5825:1:6220:18:::0:0
- Folkehelseinstituttet. (2014). Sosial støtte og ensomhet - faktaark. Hentet 25. april 2016 fra <http://www.fhi.no/tema/psykisk-helse/sosial-stotte-og-ensomhet>
- Folkehelseinstituttet. (2015). Fakta om mobbing blant barn og unge. Hentet 25. april 2016 fra <http://www.fhi.no/tema/psykisk-helse/mobbing>
- Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetj. (2003). *Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-04-03-450>
- Frøyland, L. R. (2015). *Ungdata – Lokale ungdomsundersøkelser. Dokumentasjon av variablene i spørreskjemaet*. Oslo: NOVA.
- Gelberg, L., Andersen, R. M. & Leake, B. D. (2000). The Behavioral Model for Vulnerable Populations: application to medical care use and outcomes for homeless people. *Health Services Research, 34*(6), 1273.
- Gini, G. & Pozzoli, T. (2013). Bullied Children and Psychosomatic Problems: A Meta-analysis. *Pediatrics, 132*(4), 720-729. doi:10.1542/peds.2013-0614
- Glavin, K. (2007). Kunnskapsbasert helsesøstertjeneste. I K. Glavin, S. Helseth, & L. G. Kvarme (Red.), *Fra tanke til handling: metoder og arbeidsmåter i helsesøstertjenesten* (s. 48-67). Oslo: Akribe.
- Glavin, K. & Erdal, B. (2013). *Tverrfaglig samarbeid i praksis: til beste for barn og unge i kommune-Norge* (3. utg.). Oslo: Kommuneforlaget.
- Haraldstad, K., Christophersen, K.-A., Eide, H., Natvig, G. K. & Helseth, S. (2011). Predictors of health-related quality of life in a sample of children and adolescents: a school survey. *Journal of Clinical Nursing, 20*(21/22), 3048-3056.
- Haraldstad, K., Sorum, R., Eide, H., Natvig, G. K. & Helseth, S. (2011). Pain in children and adolescents: prevalence, impact on daily life, and parents' perception, a school survey. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 25*(1), 27-36.
- Haugland, S. (2009). Skolehelsetjenesten - en unik posisjon. I L. E. Aarø, & K.-I. Klepp (Red.), *Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid* (3. utg., s. 305-319). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Haugland, S. (2014). Subjektive helseplager. I S. Haugland, & N. Misvær (Red.), *Håndbok for skolehelsetjenesten* (2. utg., s. 407-413). Oslo: Kommuneforlaget.
- Haugland, S. & Grimsmo, A. (2014). Skolehelsetjenesten i et samfunnsperspektiv. I S. Haugland, & N. Misvær (Red.), *Håndbok for skolehelsetjenesten* (2. utg., s. 27-44). Oslo: Kommuneforlaget.
- Haugland, S. & Wold, B. (2001). Subjective health complaints in adolescence—Reliability and validity of survey methods. *Journal of Adolescence, 24*(5), 611-624.
- Helland, M. J. & Mathiesen, K. S. (2009). *13–15 åringer fra vanlige familier i Norge – hverdagsliv og psykisk helse*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

- Helsedirektoratet. (2004). *Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons og skolehelsetjenesten. Veileder til forskrift av 3.april 2003 nr. 450*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2010). *Utviklingsstrategi for helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Rapport IS-1798*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2015). Psykisk helse i skolen. Hentet 25. april 2016 fra <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/psykisk-helse-i-skolen>
- Hetland, J., Torsheim, T. & Aarø, L. E. (2009). Subjektive helseplager i ungdomsårene. I L. E. Aarø, & K.-I. Klepp (Red.), *Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid* (3. utg., s. 74-88). Oslo: Gyldendal akademisk.
- HiOA. (2013). Forfatterveiledning Tidsskrift for ungdomsforskning. Hentet 7. mai 2016 fra <http://www.hioa.no/Om-HiOA/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/NOVA/Publikasjoner/Tidsskrift-for-ungdomsforskning/Forfatterveiledning-Tidsskrift-for-ungdomsforskning>
- Hjälmhult, E., Wold, B. & Samdal, O. (2002). Skolehelsetjenesten og helsefremmende arbeid: Samarbeid mellom helsesøstre og lærere ved de norske skolene i «Europeisk nettverk av Helsefremmende skoler». *Nordic Journal of Nursing Research*, 22(1), 42-46.
- Hoftun, G. B., Romundstad, P. R. & Rygg, M. (2012). Factors Associated With Adolescent Chronic Non-Specific Pain, Chronic Multisite Pain, and Chronic Pain With High Disability: The Young–HUNT Study 2008. *The Journal of Pain*, 13(9), 874-883.
- Hvalstad, M. (2014). Psykiske lidelser og vansker. I S. Haugland, & N. Misvær (Red.), *Håndbok for skolehelsetjenesten* (2. utg., s. 351-372). Oslo: Kommuneforlaget.
- Johannessen, A., Tufte, P. A. & Kristoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (4. utg.). Oslo: Abstract.
- Kelly, K. B. (2005). Ungdomsmedisin—en introduksjon. *Lakartidningen*, 102(23), 1815-1819.
- Kelly, K. B. (2014). *Ungdomars hälsa*. Lund: Studentlitteratur.
- Kvalem, I. L. & Wichstrøm, L. (2007). Utvikling i tenårene: pubertet, kognisjon, seksualitet, selvbilde og sosiale relasjoner. I L. Wichstrøm, & I. L. Kvalem (Red.), *Ung i Norge : psykososiale utfordringer* (s. 17-32). Oslo: Cappelen akademisk forlag.
- Kvarme, L. G. (2007). Forebyggende og helsefremmende arbeid. I K. Glavin, S. Helseth, & L. G. Kvarme (Red.), *Fra tanke til handling: metoder og arbeidsmåter i helsesøstertjenesten* (s. 28-34). Oslo: Akribe.
- Kvarme, L. G., Helseth, S., Sæteren, B. & Natvig, G. K. (2010). School children's experience of being bullied - and how they envisage their dream day. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(4), 791-798.
- Landsgruppen av helsesøstre NSF. (2015). *Trygg, tydelig og tilgjengelig: Rapport om helsestasjon- og skolehelsetjenesten* Oslo: Norsk sykepleierforbund. Hentet fra https://www.nsf.no/Content/2625631/Rapport_Helsestasjon-skolehelsetjenesten_web.pdf
- Langaard, K. (2006). Ungdom, psykisk helse og profesjonell hjelp. *Tidsskrift for ungdomsforskning*, 6(2), 25-40.
- Larsen, M. H. & Christiansen, B. (2015). Hvordan bidrar lærere til å fremme elevenes psykiske helse? *Tidsskriftet FoU i praksis*, 9(1), 133-150.
- Lauritzen, C. (2012). Beskrivelse og vurdering av tiltaket: Alle har en psykisk helse. Hentet 25. april 2016 fra <http://www.ungsinn.no/wp-content/uploads/Beskrivelse-og-vurdering-av-Alle-har-psykisk-helse-5.6.2012.pdf>
- Lien, L., Green, K., Thoresen, M. & Bjertness, E. (2011). Pain complaints as risk factor for mental distress: a three-year follow-up study. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 20(10), 509-516.

- Lightfoot, J. & Bines, W. (2000). Working to keep school children healthy: the complementary roles of school staff and school nurses. *Journal of Public Health*, 22(1), 74-80.
- Meld. St. 26 (2014-2015). (2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet*. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/>
- Moum, T., Falkum, E., Tambs, K. & Vaglum, P. (1991). Sosiale bakgrunnsfaktorer og psykisk helse. I T. Moum (Red.), *Helse i Norge. Sykdom, livsstil og bruk av helsetjenester*. Oslo: Gyldendal.
- Mykletun, A., Knudsen, A. K. & Mathiesen, K. S. (2009). *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V. & Reinart, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert! : en arbeidsbok* (2. utg.). Oslo: Akribe.
- NOVA. (2014). *Ungdata: Nasjonale resultater 2013. NOVA Rapport 10/14*. Oslo: NOVA.
- NOVA. (2015a). *Ung i Oslo 2015. NOVA rapport 8/15*. Oslo: NOVA.
- NOVA. (2015b). *Ungdata. Nasjonale resultater 2014. NOVA Rapport 7/15*. Oslo: NOVA.
- Olweus, D. (2008). Mobbing blant skolebarn - grunnleggende fakta og tiltaksprogram. I I. M. Helgeland (Red.), *Forebyggende arbeid i skolen : om barn med sosiale og emosjonelle vansker* (2. utg., s. 127-146). Oslo: Kommuneforlaget.
- Opplæringslova. (1998). *Lov om grunnskolen og den vidaregåande opplæringa (opplæringslova)*. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1998-07-17-61/KAPITTEL_11?q=opplæringsloven#KAPITTEL_11
- Oslo kommune. (Udatert). Skolehelsetjenesten. Hentet 12. april 2016 fra <https://www.oslo.kommune.no/skole-og-utdanning/elevenes-velferd/skolehelsetjenesten/>
- Pallant, J. (2013). *SPSS Survival Manual* (5. utg.). London: The McGraw-Hill Companies.
- Rajka, L.-G. K. (2011). Bare du ikke ligner læreren min! Tilrettelegging for læring hos ungdom som har kronisk sykdom. I A. Lerdal, & M. S. Fagermoen (Red.), *Læring og mestring: et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning* (s. 131-160). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Ringdal, K. (2013). *Enhet og mangfold - Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Samdal O., Mathisen, F. K. S., Torsheim, T., Diseth, Å., Fismen, A-S., Larsen, T., Wold, B. & Årdal, E. (2016). *Helse og trivsel blant barn og unge*. Bergen: HEMIL-senteret.
- Schei, B. & Sundby, J. (2007). Kjønn og helse - begreper og modeller. I B. Schei, & L. S. Bakketeig (Red.), *Kvinner lider - menn dø: Folkehelse i et kjønnsperspektiv*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Skarstein, S., Rosvold, E. O., Helseth, S., Kvarme, L. G., Holager, T., Smastuen, M. C. & Lagerlov, P. (2014). High-frequency use of over-the-counter analgesics among adolescents: reflections of an emerging difficult life, a cross-sectional study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(1), 49-56.
- Sletten, M. A. (2007). Utsatt familieliv - dårlig råd og problematferd blant ungdom. *Tidsskrift for ungdomsforskning*, 7(1), 53-75.
- Sletten, M. A. (2015). Psykiske plager blant ungdom: sosiale forskjeller og historien om de flinke pikene. *Barn i Norge*, 8-25.
- Sollesnes, R. & Tønjum, L. (2008). "Så var det alle disse jeg hadde i øyekroken": En studie av helsesøsters arbeid i skolehelsetjenesten fra rundt 1960 til i dag. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 4(2), 1-16.
- SSB. (2015a). Allmennlegetjenesten 2014. Hentet 26. februar 2016 fra <http://www.ssb.no/helse/statistikker/fastlegetj>

- SSB. (2015b). Pasienter på somatisk sykehus, 2014 Hentet 26. februar 2016 fra <http://www.ssb.no/helse/statistikker/pasient>
- Strand, B. H., Dalgard, O. S., Tambs, K. & Rognerud, M. (2003). Measuring the mental health status of the Norwegian population: A comparison of the instruments SCL-25, SCL-10, SCL-5 and MHI-5 (SF-36). *Nordic Journal of Psychiatry*, 57(2), 113-118.
- Tambs, K. & Moum, T. (1993). How well can a few questionnaire items indicate anxiety and depression? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87(5), 364-367.
- Torvik, F. A., Welander-Vatn, A., Ystrom, E., Knudsen, G. P., Czajkowski, N., Kendler, K. S. & Reichborn-Kjennerud, T. (2015). Longitudinal Associations Between Social Anxiety Disorder and Avoidant Personality Disorder: A Twin Study. *Journal of Abnormal Psychology*. doi:10.1037/abn0000124
- Ungdata. (2010). Om Ungdata. Hentet fra <http://www.ungdata.no/id/22558.0>
- Ursin, H. (1997). Sensitization, somatization, and subjective health complaints. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(2), 105-116. doi:10.1207/s15327558ijbm0402_1
- Utdanningsdirektoratet. (udatert). Elevundersøkelsen. Hentet 25. april 2016 fra <https://skoleporten.udir.no/rapportvisning?enhetsid=00&vurderingsomrade=6&underomrade=48&skoletype=0&skoletypemenuid=0>
- Waldum-Grevbo, K. S. & Haugland, T. (2015). En kartlegging av helsesøsterbemanningen i skolehelsetjenesten. *Sykepleien Forskning*, 10(4), 352-360.
- WHO. (1946). Constitution of WHO: principles. Hentet 24. februar 2016 fra <http://www.who.int/about/mission/en/>
- WHO. (2015). Gender. Hentet 2. februar 2016 fra <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs403/en/>

Hvem går ofte til helsesøster?

Sammendrag/ingress:

Ungdomstiden er en sårbar tid med utfordringer knyttet til fysisk, psykisk og sosial helse. Skolehelsetjenesten betegnes som den viktigste helsetjenesten for ungdom. Denne studien kartlegger sammenheng mellom ungdoms egenrapporterte helse og økt bruk av skolehelsetjenesten. Datagrunnlaget er fra Ung i Oslo 2015, ungdomsskoletrinnet (N=12449). Studien viser at det er jenter som i hovedsak bruker skolehelsetjenesten, men både gutter og jenter med utfordringer særlig knyttet til depressive plager og mobbing benytter tjenesten i økt grad. Resultatene viser også at fysiske plager er viktigere for gutters økte bruk av skolehelsetjenesten enn jenters, og konflikt i hjemmet er viktigere for jenters økte bruk.

Abstract:

Who visit the school nurse often?

Adolescence is a vulnerable period related to physical, mental and social health. The school health service is considered the most important health service targeting children and adolescents. This cross-sectional study examines the association between adolescents' self-reported physical, mental and social health in relation to increased use of the school health service. Data are taken from the "Young in Oslo study" (N=12449). One in ten adolescents reports having used the school health service three times or more during the last 12 months, but girls and boys use it to different extents. Self-reported health challenges increase the odds of more frequent use of the school health service, as well as being female gender. For both genders, depressive symptoms and being bullied are factors that increase the odds for more frequent use. The results also show that physical complaints are more important for boys than

for girls, while conflicts at home are more important for girls than boys. The study confirms the importance of the school health service. The results also underline the importance of school nurses having sufficient qualifications to meet the adolescents struggling with these challenges and the need for evaluated measures for intervention.

Gjennom FNs barnekonvensjon pålegges samfunnet å sikre barn og unges helse og velferd (FN 1989). I Stortingsmelding 26 (2014-2015): *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*, betegner regjeringen helsestasjons- og skolehelsetjenesten som den viktigste helsetjenesten rettet mot barn og unge (2015:95). Skolehelsetjenesten er den første helsetjenesten barn og ungdom kan oppsøke på eget initiativ, og tjenesten besitter dermed en unik posisjon til å kunne hjelpe barn og unge som trenger det (Stortingsmelding nr. 19 (2014-2015) 2015:43). Skolehelsetjenesten har imidlertid vært preget av store ressursutfordringer, og vi har i media sett og hørt politikere, fagfolk og ungdom etterlyse tjenesten (Waldum-Grevbo og Haugland 2015). Det er dermed de siste årene, gjennom flere regjeringer, bevilget økonomiske midler til kommunene for å styrke tilbudet, til sammen 650 millioner kroner fra 2014-2016 (Stortingsmelding nr. 26 (2014-2015) 2015). Nå sist i 2016 med øremerking av 100 millioner kroner til kommuner som ønsker å øke bemanningen i helsestasjons og skolehelsetjenesten (Det kongelige helse- og omsorgsdepartement og Det kongelige kommunal- og moderniseringsdepartement 2015), slik at tjenesten kan fungere etter intensjonen om å være en tjeneste som er enkel å oppsøke for barn og unge, og hvor man skal bli «tatt på alvor med sine små og store helseproblemer og utfordringer» (Helsedirektoratet 2004:7). God helse for barn og unge er ifølge Barneombudet (2013) å sikre deres psykiske, fysiske og sosiale trivsel.

Forskning på helse- og omsorgstjenestetilbudet til ungdom generelt, og på skolehelsetjenesten spesielt, er mangelfull og etterspurt (Dahm mfl. 2010, Stortingsmelding nr. 26 (2014-2015) 2015, Waldum-Grevbo og Haugland 2015). Skolehelsetjenesten er et lovpålagt tilbud som skal fremme psykisk og fysisk helse og gode sosiale og miljømessige forhold (Helse- og omsorgstjenesteloven 2011). Et viktig mål for ungdomshelsen er opplevelsen av det gode liv, knyttet til fysiske, psykiske og sosiale dimensjoner (Det Kongelige Helse- og

omsorgsdepartement 2015). Et utvidet helsebegrep i tråd med Verdens helseorganisasjons definisjon av helse som omfatter fysisk, psykisk og sosialt velvære er valgt som grunnlag for denne studien (WHO 1946). Begrepet «ungdom» benyttes her om ungdom i ungdomsskolealder (13-16 år). Jenter og gutter i ungdomsalderen opplever og vurderer sin egen helse ulikt, kjønn er dermed et viktig og ønsket perspektiv i forskning på helse (Schei og Bakketeig 2007, WHO 2015). I forhold til sykepleieforskning knyttet til barn og unges helse, har kjønnsperspektivet vært lite undersøkt (Taylor og Green 2008). Kjønn er ifølge WHO (2015) knyttet til roller som formes og konstrueres sosialt, og rammene er de ulike normene som samfunnet tillegger det mannlige og kvinnelige kjønn.

I denne artikkelen undersøkes sammenhengen mellom ungdoms egenrapporterte helse knyttet til fysiske, psykiske og sosiale faktorer, og bruk av skolehelsetjenesten, med fokus på de som bruker skolehelsetjenesten i økt grad. I tillegg vil den undersøke hvilken betydning kjønn har for denne sammenhengen. Datagrunnlaget er fra Ung i Oslo 2015, ungdomsskoletrinnet.

I artikkelen vil det først redegjøres for teori og forskning knyttet til skolehelsetjenesten, ungdom, helse og hjelpsøking. Deretter presenteres undersøkelsens metode og resultat. Så følger en diskusjon av funnene, samt styrker og svakheter, og til sist en drøfting av hvilke implikasjoner studien vil kunne ha for praksis.

Skolehelsetjenesten

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er lovregulert av Helse- og omsorgstjenesteloven (2011). Formålet er ifølge Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetj (2003§1-1, §1-2), «å fremme psykisk og fysisk helse, fremme gode sosiale og miljømessige forhold, og forebygge sykdommer og skader», og virkeområdet er «i helse- og omsorgstjeneste i grunnskoler og

videregående skoler som omfattes av opplæringsloven og privatskoleloven».

Skolehelsetjenesten skal være et lavterskeltilbud det er enkelt å oppsøke (Helsedirektoratet 2004:7). I følge *Veileder til Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- skolehelsetjenesten* (Helsedirektoratet 2004), skal skolehelsetjenesten gjennom samarbeid med hjem, skole og annet hjelpeapparat identifisere og løse helsemessige problemer. Tiltakene som iverksettes kan gjelde både enkeltelever og hele skolemiljøet, og omfatter dermed både det universelle og individuelle nivå. Skolehelsetjenesten jobber avgrenset mot behandling, og skal henvise ungdom til utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten ved behov. Tilbudet ved skolehelsetjenesten skal være forankret i kunnskapsbasert praksis. Videre skal det være helsesøster ansatt i skolehelsetjenesten, i tillegg skal det være tilknyttet skolelege og fysioterapeut. Helsesøster er den i skolehelsetjenesten som er tilstede på skolen og treffer elevene. Helsesøsters rolle i skolen har gjennomgått en endring de senere årene, fra å være knyttet til ernæring og smittsomme sykdommer, er det nå psykisk helse og trivsel som har fått et økende fokus (Borg mfl. 2014). Helsedirektoratet (2010) har utarbeidet et forslag til bemanningsnorm for helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Her gis det anbefaling om helsesøsterdekning pr. elevtall som skal ivareta faglige, anbefalte oppgaver.

Det finnes lite forskning på bruk av skolehelsetjenesten slik den er organisert i Norge (Dahm mfl. 2010, Stortingsmelding nr. 26 (2014-2015) 2015, Waldum-Grevbo og Haugland 2015), og litteratursøk viser få studier som har sett på sammenheng mellom ungdom, helse, kjønn og bruk av skolehelsetjenesten. En eldre litteraturgjennomgang av studier fra USA og New Zealand (Mathias 2002) viser at de som i hovedsak benytter den skolebaserte tjenesten er ungdom med helseutfordringer, lav sosioøkonomisk bakgrunn, risikoatferd, og det er særlig jenter. En nyere studie, også fra USA (Koenig mfl. 2016) bekrefter denne kjønnsforskjellen.

Amaral mfl. (2011) fant en signifikant sammenheng mellom ulike psykiske helseutfordringer og kontakt med den skolebaserte helsetjenesten i delstaten California, USA. Den amerikanske skolehelsetjenestens organisering og innhold skiller seg imidlertid fra den norske ved at den legger større vekt på medisinske forhold og behandling, og det er dermed metodiske utfordringer knyttet til overførbarhet (Dahm mfl. 2010).

I Norge har ulike ungdomsundersøkelser kartlagt skolehelsetjenestebruk, og i Helseprofil for barn og ungdom i Akershus fra 2001 oppga 23 prosent av elever i ungdomsskolen at de hadde vært i kontakt med skolehelsetjenesten det siste året, med små kjønnsforskjeller (Rødje mfl. 2004). I 2013 viste Ungdataundersøkelsen i Vestfold at 29 prosent av jentene og 16 prosent av guttene i ungdomsskolen oppga å ha brukt skolehelsetjenesten de siste 12 månedene. (Vardheim 2013). Tall fra Ungdatas nasjonale ungdomsundersøkelse i 2015 (NOVA 2015b), viser at på landsbasis oppgir 40 prosent av jentene og 29 prosent av guttene at de har brukt skolehelsetjenesten de siste 12 månedene. Men vi mangler kunnskap om hva som kjennetegner de ungdommene som oppgir å ha brukt skolehelsetjenesten. Norske enkeltstudier har imidlertid sett på ungdoms bruk av helsetjenester generelt, inkludert skolehelsetjenesten, relatert til psykisk helse (Zachrisson mfl. 2006), negative livshendelser (Haavet mfl. 2005), og skolefravær (Askeland mfl. 2015). Resultatene viser en sammenheng mellom disse utfordringene og kontakt med skolehelsetjenesten. Resultatene viser også at sammenhengen er ulik for jenter og gutter.

Norske kvalitative studier har sett på innholdet og tilbudet i skolehelsetjenesten (Helseth mfl. 2007, Langaard 2006). Begge studiene understreker viktigheten av et utvidet perspektiv på helse som omfatter psykisk helse og livskvalitet, i tillegg til sosiale faktorer (Kvarme mfl. 2010) i helsesøsters tilnærming i skolehelsetjenesten. Langaard (2006) og Sollesnes (2010)

hevder at det er kjønnsforskjeller i bruk av helsesøster og konkluderer med at gutter og jenter krever ulike tilnæringsformer i møte med helsesøster.

Ungdom, helse og hjelpsøking

Det er ungdom i ungdomsskolealder, dvs. 13-16 åringer, som er målgruppen for denne studien. Alderen kjennetegnes av store endringer og utfordringer, både fysiske, psykiske, kognitive, og sosiale (Bunkholdt 2000, Tønnesson og Svartdal 2013). Løsrivelse fra foreldrene, og det å ta ansvar for eget liv står sentralt, og venner og arenaer utenfor hjemmet får større betydning når ungdommen skal utvikle sin identitet (Bunkholdt 2000). Erikson (2000:254) omtaler puberteten og kjønnsmodningen som en «fysiologisk indre revolusjon» som ungdommen må møte, samtidig som omgivelsene forventer at ungdommene skal løse økte krav og oppgaver. Ungdommene er på dette stadiet mest sårbare i forhold til hvordan de fremstår i andres øyne, og opplevelse av identitet oppstår når dette samsvarer med ens egen følelse av hvordan en er. Motsatt utfall er rolleforvirring og identitetsproblemer. Videre hevder Erikson (2000) at utvikling av vennskap og intimitet kommer som det neste stadium i ungdommenes psykologiske utvikling. På dette trinnet prøves evnen til nærhet og til å danne vennskap og partnerforhold. Ved frykt og unngåelse av disse forpliktelsene, er faren for isolasjon tilstede (Erikson 2000:257). Utfordringer og påkjenninger knyttet til ungdoms løsning av disse utviklingsoppgavene ansees som en normal prosess som de fleste kommer godt ut av. Likevel viser forskning at ungdomstiden er en sårbar fase med tanke på at påkjenninger kan nå et nivå som blir en trussel mot ungdommens helse og trivsel (Moksnes og Haugan 2015).

Ungdomstiden er også en kritisk periode med tanke på utvikling av helse. Helsevaner som etableres i ungdomstiden, tas med inn i voksenlivet, og flere fysiske og psykiske plager har

sin debut i ungdomstiden (Kelly 2005, Samdal mfl. 2012). Når man skal studere ungdomshelse, vil imidlertid et tradisjonelt biomedisinsk syn på helse være utilstrekkelig, idet ungdommer definerer sin helse mer bredt og holistisk (Breidablik 2012). Et utvidet helsebegrep, relatert til fysiske, psykiske og sosiale faktorer (WHO 1946) gir et bredere og mer dekkende perspektiv for helsetjenesten som skal møte ungdommene (Kvarme mfl. 2010, Langaard 2006). I det folkelige perspektivet på helse, viser det seg at helse, trivsel og livskvalitet er begreper som henger nøye sammen (Fugelli og Ingstad 2001).

Norsk ungdom er blant de friskeste i verden når det kommer til deres fysiske helse (Grøholt 2014). De aller fleste unge, rundt 80 prosent, rapporterer god eller svært god helse, og ca. 85 prosent rapporterer høy livstilfredshet (Samdal mfl. 2009). Likevel oppgir norske barn og unge et høyt nivå av ulike fysiske helseplager, i form av blant annet smerteplager (Haraldstad og Sørnum mfl. 2011, Haugland mfl. 2001, Rødje mfl. 2004). I forhold til psykisk helse, antas det på bakgrunn av ulike kartlegginger at mellom 15 og 20 prosent av barn og unge har nedsatt funksjon på grunn av psykiske plager (Mykletun mfl. 2009). Psykiske plager blant barn og unge er dermed en stor folkehelseutfordring i Norge i dag (Stortingsmelding nr. 26 (2014-2015) 2015). Angst- og depresjonsplager er de vanligste psykiske plagene blant barn og unge (Mykletun mfl. 2009). Det er jenter som rapporterer flest psykiske plager og smerteplager i ungdomsalderen (Grøholt 2014, Mykletun mfl. 2009, NOVA 2015b).

Når det kommer til hvordan ungdom oppgir å ha det sosialt, er det flere faktorer som har innvirkning. Ungdom selv oppgir at venner og et godt forhold til foreldre er viktig for deres livskvalitet (Helseth og Misvær 2010). Kvantitative studier har vist at blant annet skoletilhørighet, skoletrivsel og gode relasjoner til jevnaldrende og i familien har sammenheng med deres selvopplevde trivsel og livstilfredshet (Danielsen 2012, Huebner mfl.

2014, Oberle mfl. 2011). Mobbing rammer rundt 10 prosent av den norske ungdomspopulasjonen (NOVA 2015b), og er en trussel mot ungdoms livskvalitet (Haraldstad og Christophersen mfl. 2011), da det å være utsatt for mobbing gir en følelse av å være ensom og ekskludert (Kvarme mfl. 2010). I tillegg er mobbing sterkt assosiert med ulike helseplager (Gini og Pozzoli 2013).

I denne studien undersøkes ungdom som oppgir å ha brukt skolehelsetjenesten. Det å søke hjelp når problemene overskrider ens egen kapasitet til å håndtere de, betegnes som en distal mestringsstrategi, hvor antakelsen er at utfordringene ligger hos individet, og hvor andre kan benyttes for hjelp, støtte og informasjon. (Berg mfl. 1998). Det skilles mellom formell og uformell hjelp. Formell hjelpsøking for et helseproblem defineres av Cornally og McCarthy (2011:280) som en problemfokuset, planlagt handling, som involverer mellommenneskelig samhandling med en valgt helsearbeider (egen oversettelse¹), og er dermed en aktiv mestringsstrategi. Manglende hjelpsøking hos ungdom betegnes som en folkehelseutfordring (Mykletun mfl. 2009). Forskning på hva som har betydning for ungdoms hjelpsøking har vist at særlig kunnskap om helse og symptomer, såkalt health literacy (Andersen mfl. 2010, Gulliver mfl. 2010, O'Connor mfl. 2014, Rickwood mfl. 2007), er en viktig faktor. Begrepet health literacy er på norsk oversatt til helsefremmende allmenndannelse, og omfatter «å forstå, få tilgang til, vurdere, og anvende helseinformasjon for å fremme og ivareta sin egen helse» (Olander mfl. 2014:58). I tillegg er symptombelastning (Zachrisson mfl. 2006), tidligere erfaring med hjelpeapparatet (Gulliver mfl. 2010, Rickwood mfl. 2007) og sosial støtte (Gulliver mfl. 2010, O'Connor mfl. 2014) viktige faktorer for om ungdom søker hjelp eller ikke. Det er påvist kjønnsforskjeller i bruk av helsetjenester i den voksne befolkningen, hvor kvinner er de som bruker helsetjenesten mest (Mæland og Haugland 2007).

¹ «a problem focused, planned behaviour, involving interpersonal interaction with a selected health-care professional» (Cornally og McCarthy 2011:280),

Hensikt

Som vist har forskning gitt oss mye kunnskap om ungdoms helse knyttet til fysiske, psykiske og sosiale faktorer, og det er avdekket kjønnsforskjeller i deres vurdering av egen helse.

Hvordan disse utfordringene blir håndtert, vil kunne ha stor betydning for den enkeltes helse i framtiden. Mange av ungdommenes helseutfordringer kan forebygges gjennom en tilgjengelig skolehelsetjeneste, men vi mangler kunnskap om sammenhengen mellom ungdoms egenrapporterte helse knyttet til fysiske, psykiske og sosiale faktorer, og bruk av skolehelsetjenesten.

Hensikten med denne studien er å beskrive sammenhengen mellom ungdoms egenrapporterte helse knyttet til fysiske, psykiske og sosiale faktorer, og økt bruk av skolehelsetjenesten, og se på hvilken betydning kjønn har for denne sammenhengen. Studien har tatt utgangspunkt i følgende forskningsspørsmål:

- I hvilken grad har jenter og gutter i ungdomsskolen brukt skolehelsetjenesten de siste 12 månedene?
- Hvilken sammenheng er det mellom ungdoms egenrapporterte helse og det å bruke skolehelsetjenesten tre ganger eller mer siste 12 måneder, og hvilken betydning har kjønn for denne sammenhengen?
- Er det kjønnsforskjeller i hvordan ungdommenes egenrapporterte helse påvirker bruk av skolehelsetjenesten?

Metode

Denne studien benytter tverrsnittstudie som design for å besvare forskningsspørsmålene.

Datamaterialet er basert på svar fra Ungdatas spørreskjemaundersøkelse Ung i Oslo, vinteren 2015. Ungdata er et samarbeid mellom de syv regionale kompetansesentrene innen rusfeltet

(KoRus), forskningsinstituttet NOVA og Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon (KS)¹. Hensikten med ungdataundersøkelsen er å kartlegge ungdommers hverdag og levekår, og å undersøke endringer over tid (Frøyland 2015).

Med unntak av enkelte spesialskoler, ble alle skoler med ungdomstrinn i Oslo, både offentlige og private, invitert til å delta i undersøkelsen Ung i Oslo 2015. Det var 51 offentlige skoler og 11 privatskoler som ble invitert. Av disse samtykket alle de offentlige, og de fleste av de private skolene til at undersøkelsen kunne gjennomføres. Prosjektet er finansiert av Oslo kommune ved Velferdsetaten og Byrådsavdelingen for eldre og sosiale tjenester, og de ulike skolene v/ rektor ble oppfordret pr. epost til å delta, via utdanningsetaten. Ung i Oslo 2015 er en av de største ungdomsundersøkelsene som er gjennomført i Norge. Det er tidligere gjennomført tre lignende Ung i Oslo-studier (1996, 2006 og 2012) (NOVA 2015a).

Denne studien tar utgangspunkt i svarene gitt av 12449 ungdommer på ungdomsskoletrinnet fordelt på 58 ulike skoler, hvorav syv av disse var private. Spørreundersøkelsen har en svarprosent på 86 %. Spørreskjemaet har spørsmål om ressurser rundt ungdommene, skole og framtid, fritid, helse og trivsel, tobakk og rus, lovbrudd, vold og annen risikoatferd. Spørreskjemaet er prekodet, og besvares anonymt og elektronisk i en skoletime. Hver skole oppnevner en kontaktperson som leder timen hvor undersøkelsen gjennomføres. (Frøyland 2015).

Etikk

Ungdata-undersøkelsen Ung i Oslo er på ungdomsskoletrinnet en anonym spørreundersøkelse, og det er umulig å identifisere enkeltpersoner i svarene som gis.

¹ Ungdata er finansiert av Helsedirektoratet, Barne-, likestillings-, og inkluderingsdepartementet og Justis- og beredskapsdepartementet. NOVA er ikke ansvarlig for analyser eller fortolkninger av resultatene.

Ungdommene får utdelt et tilfeldig brukernavn for å logge seg inn i undersøkelsen, og det finnes ingen koplinger mellom brukernavn og person. (HiOA 2015). De etiske prinsippene om å ivareta informantenes konfidensialitet og anonymitet er dermed ivaretatt (WMA 1964). Før undersøkelsen gjennomføres leser kontaktpersonen for skolen opp et standardisert informasjonsbrev som blant annet omhandler hensikten med undersøkelsen, at deltakelse er frivillig, at de når som helst kan trekke seg, eller la være å svare på enkeltspørsmål. I og med at undersøkelsen er anonym, er det ikke innhentet skriftlig samtykke fra foresatte. Alle foresatte er informert om gjennomføringen av undersøkelsen minimum to uker før oppstart, med mulighet til å reservere sine barn fra å delta, ved å kontakte skolen. For noen kan spørsmål om f.eks. mobbing eller psykisk helse oppleves vanskelig. Alle elever får derfor både i forkant og under spørreundersøkelsen, oppgitt kontaktinformasjon til Røde Kors-telefonen for barn og ungdom, og beskjed om at de kan ta kontakt med helsesøster på skolen dersom de har behov for å prate med noen etter spørreundersøkelsen. Skolene ble bedt om å informere skolehelsetjenesten om gjennomføringen (HiOA 2015).

Variablene i studien

Denne studien har bruk av skolehelsetjenesten som utfallsmål. De uavhengige variablene er kjønn, og indikatorer for egenrapportert helse knyttet til fysiske, psykiske og sosiale faktorer. De uavhengige variablene er relatert til følgende domener: helse, jevnaldrende, skole og hjem. Foreldrenes utdanning, og familiens økonomiske status er valgt ut som bakgrunnsvariabler. Ung i Oslo inneholder ikke opplysninger fra foreldre, og bakgrunnsvariablene måler derfor ungdommens egen oppfatning av foreldrenes utdanningsnivå og familiens økonomiske status.

(Figur 1 omtrent her)

Figur 1 viser variablene i studien med kodinger. Helsevariablene som omfatter fysiske og psykiske plager, er omkodet og dikotomisert for å få frem de individene som rapporterer helseutfordringer som går utover det man normalt opplever i ungdomstiden (se figur 1). I forhold til fysiske plager er dette gjort ved minimum én daglig plage, dette er i samsvar med Aarø mfl. (2001) sin studie av psykiske og somatiske plager hos ungdom. De psykiske plagene kartlegges i form av symptomer på depresjon og angst, og er hentet fra Hopkins Symptom Checklist og Depressive Mood Inventory. Dette er to velbrukte skalaer i tidligere forskning (Frøyland 2015). Skalaene er nedkortet, men validiteten er ivaretatt (Tambs og Moum 1993). I Ungdata brukes svarene på de depressive plagene for å identifisere en gruppe som har et depressivt stemningsleie, det vil si de som oppgir at de er ganske eller veldig mye plaget av samtlige seks symptomer. Det fanger ikke nødvendigvis opp de som ut fra kliniske kriterier betegnes som depressive eller har depressive lidelser (NOVA 2015b). Her er det valgt å benytte samme metode for å identifisere en gruppe som har høy grad av angstplager: de som svarer at de er ganske eller veldig mye plaget av samtlige seks symptomer.

Alle skoler i Oslo kommune har skolehelsetjeneste med helsesøster, noen har i tillegg lege og fysioterapitilbud. Skolehelsetjenesten oppgis å være et samtaletilbud elever kan oppsøke uten avtale, og ved grunnskolen i Oslo gir helsesøster tilbud om vekt-, og høydemåling, råd og veiledning på 8. trinn, og tilbud om vaksine i forhold til anbefalt vaksinasjonsprogram på 10. trinn (Oslo kommune Udatert). Man kan dermed anta at de som svarer at de har brukt helsesøster eller skolelege inntil to ganger, fanges opp av det ordinære tilbudet. For å finne de som bruker skolehelsetjenesten mer, og utover tilbudet til alle elever, er derfor variabelen omkodet i krysstabell og regresjonsanalysene (se figur 1).

Beskrivelse av analysene

Dataene er analysert ved hjelp av analyseverktøyet IBM SPSS statistics, versjon 23. Først er det gjort deskriptive analyser for å gi en oversikt over ungdoms bruk av skolehelsetjenesten og deres egenrapporterte helse fordelt på kjønn. Dette er gjort ved krysstabellanalyser med khikvadrattest. Videre er det gjort bivariat og multivariat logistisk regresjon, for å vise sammenheng mellom kjønn, egenrapportert helse, og økt bruk av skolehelsetjenesten. Til sist er det er kjørt separate multivariate logistiske regresjonsanalyser for gutter og jenter.

I regresjonsanalysene er bruk av skolehelsetjenesten den avhengige variabelen, og har 2 verdier: brukt skolehelsetjenesten 0-2 ganger siste 12 måneder (0), og brukt skolehelsetjenesten 3 ganger eller mer siste 12 måneder (1)¹. Kjønn, fornøyd med egen helse, fysiske plager, depressive plager, angstplager, venner, mobbing, skoletrivsel, krangel med foreldre og krangling mellom de voksne i familien er uavhengige variabler. I tillegg ble det kontrollert for foreldrenes utdanning og vurdering av økonomisk status. Disse variablene ble imidlertid tatt ut av modellene, da de i analyseprosessen ikke viste en signifikant sammenheng med bruk av skolehelsetjenesten tre ganger eller mer siste 12 måneder. Det ble kontrollert for multikolaritet mellom alle de uavhengige variablene, da problemer med analysene kan oppstå ved korrelasjoner over 0,9 (Ringdal 2013). Ingen av variablene i denne studien oversteg dette. Regresjonsmodellenes egnethet ble testet med The Hosmer and Lemeshow test, resultatet var $p > 0,005$, noe som indikerer egnethet (Pallant 2013:183).

I denne studien ble ujusterte og justerte oddsratioer med 95 % konfidensintervall estimert ved logistisk regresjon. Signifikansnivået er satt til $p < 0,05$. Odds ratioen forteller hvor mye

¹ Det ble gjort analyser både med brukt skolehelsetjenesten siste 12 måneder, og brukt skolehelsetjenesten 3 ganger eller mer siste 12 måneder som avhengig variabel. Bruk av skolehelsetjenesten delt mellom brukt/ikke brukt tjenesten siste 12 måneder ga mindre sterke sammenhenger med de uavhengige variablene, enn brukt skolehelsetjenesten delt mellom mer eller mindre enn 3 ganger siste 12 måneder – resultater ikke vist).

oddsen øker eller minker for at ungdommer har brukt skolehelsetjenesten tre ganger eller mer siste 12 måneder når verdien på de uavhengige variablene øker. Resultatene beskrives og tolkes i henhold til Almquist mfl. (2015) som at noen individer har høyere eller lavere odds for bruk av skolehelsetjenesten tre ganger eller mer siste 12 måneder, enn andre individer. Den eksakte odds ratioen vil der det er hensiktsmessig, oppgis med tallverdi i parentes (OR=).

Resultat

Svarene fra 12 449 ungdomsskoleelever i Oslo kommune er utgangspunktet for analysene i denne studien. Prosentandel missing på de ulike variablene i studien varierer mellom 1-10 %, og analysene inkluderer kun de som har svart på alle de inkluderte variablene. Det var 49 % gutter og 51 % jenter. Ungdommene var jevnt fordelt på de ulike trinnene: 34 % fra 8. trinn, 35 % fra 9. trinn og 31 % fra 10. trinn.

(Tabell 1 omtrent her)

Tabell 1 viser ungdommenes bruk av skolehelsetjenesten (frekvensanalyse).

Det var 11 178 ungdommer som svarte på spørsmålet om bruk av skolehelsetjenesten de siste 12 månedene. Blant disse, svarte 45 % at de hadde brukt skolehelsetjenesten minst én gang, mens 10 % hadde brukt skolehelsetjenesten tre ganger eller mer i løpet av de siste 12 månedene. Vi ser en klar kjønnsforskjell blant de som oppgir å ha brukt skolehelsetjenesten tre ganger eller mer, hvor dette ble oppgitt av 12 % av jentene, og 7 % av guttene. Denne kjønnsforskjellen ble så undersøkt nærmere, ved å se hvordan de ulike variablene som kunne tenkes å ha en sammenheng med økt bruk av skolehelsetjenesten, fordelte seg på kjønn.

(Tabell 2 omtrent her)

Tabell 2 viser hvordan alle ulike uavhengige variablene fordelte seg på kjønn. Dette ble gjort ved hjelp av deskriptiv analyse (krystabell, khikvadrattest).

Det er klare kjønnsforskjeller i hvordan ungdommene vurderer sin fysiske og psykiske helse. Flere jenter er generelt mer misfornøyd med helsa, og flere jenter rapporterer høy grad av plager, særlig depressive plager. Analysen viser imidlertid ingen signifikante forskjeller mellom jenter og gutter i forhold til å mangle venner, og å oppleve mobbing, og kun en ubetydelig kjønnsforskjell knyttet til skoletrivsel. I forhold til konflikt i hjemmet ser vi at en høyere andel jenter oppgir at de ofte krangler med foreldrene, mens kjønnsforskjellen er mindre blant de som oppgir at det ofte er konflikt mellom de voksne i familien. I forhold til bakgrunn, er det kjønnsforskjeller knyttet til hvordan ungdommene opplever familiens økonomiske status, hvor flere jenter enn gutter opplever familiens økonomiske status som middels eller dårlig, mens det ikke er signifikante kjønnsforskjeller i hvordan foreldrenes utdanningsnivå vurderes av ungdommene.

Den videre analysen ble gjort i tre trinn. Først ble det gjort bivariate analyser for å finne ut hvilken sammenheng kjønn og de ulike variablene har med økt bruk av skolehelsetjenesten hver for seg. På bakgrunn av at jenter generelt er mer misfornøyd med egen helse, og rapporterer flere helseplager enn gutter, ble disse variablene inkludert i modell 2 for å finne svar på om det var det som kunne forklare den økte bruken av skolehelsetjenesten. I modell 3 ble de sosiale faktorene inkludert i tillegg. På bakgrunn av at jenter og gutter er forskjellig, og for å se om betydningen av helse på bruk av skolehelsetjenesten er ulik for kjønnene, ble det til sist gjort separate analyser for jenter og gutter.

(Tabell 3 omtrent her)

I tabell 3, vises først resultatene fra de bivarierte analysene. Denne ujusterte logistiske regresjonsanalysen viser at det å være jente øker oddsen signifikant for økt bruk av skolehelsetjenesten (OR=2,017), noe som var forventet ut ifra tabell 1. Vi ser også at det å ha ulike helseplager gir en signifikant økning i odds for økt bruk, hvor særlig det å ha høy grad av angstplager øker oddsen relativt mye (OR=4,522). Høy grad av depressive plager gir også økt odds for å ha brukt skolehelsetjenesten tre ganger eller mer siste 12 måneder (OR=3,327), i tillegg til det å ha minimum én daglig fysisk plage (OR=2,524). Det å være generelt misfornøyd med helsa viser i mindre grad en økning i odds for økt bruk av skolehelsetjenesten (OR=2,099).

Det å være utsatt for mobbing (OR=2,586) øker også signifikant oddsen for økt bruk av skolehelsetjenesten, i tillegg til det å mangle venner (OR=1,536). I tillegg viser nedsatt skoletrivsel, det å krangle ofte med foreldrene eller ofte oppleve konflikt mellom de voksne i familien, også signifikant sammenheng med økt bruk av skolehelsetjenesten. For hver økning i verdien på disse variablene, øker oddsen for økt bruk av skolehelsetjenesten. Det er imidlertid vanskelig å sammenligne betydningen av de ulike variablene, da de har ulik utbredelse, se tabell 2. Mer marginale fenomen slik som for eksempel høy grad av angstplager i denne studien, vil representere en liten gruppe som skiller seg mye fra de øvrige, og vil kunne gi sterke utslag på denne type utfall. Tendensen er imidlertid at utfordringer knyttet til alle de ulike fysiske, psykiske og sosiale faktorene, ser ut til å ha en signifikant sammenheng med økt bruk av skolehelsetjenesten.

Videre viser tabell 3 resultatene fra den trinnvise multivariate logistiske regresjonen som undersøker hva som kan forklare kjønnsforskjellene i økt bruk av skolehelsetjenesten. I modell 1 hvor kjønn alene er inkludert, vises utgangspunktet: det å være jente gir økt odds for økt bruk av skolehelsetjenesten (OR=2,109). I modell 2 inkluderes den generelle oppfattelsen av egen helse, og de ulike helseplagene, og vi ser da at kjønnsforskjellen minker (OR=1,647). Dette kan indikere at det at jenter bruker skolehelsetjenesten mer, til en viss grad skyldes at de opplever helsen sin som dårligere, og rapporterer om mer plager enn gutter. Resultatet viser også at det er høy grad av angstplager og høy grad av depressive plager som viser høyest odds for økt bruk av skolehelsetjenesten, i tillegg til at det å være misfornøyd med egen helse, og ha minimum én daglig fysisk helseplage fortsatt har en signifikant sammenheng med økt bruk av skolehelsetjenesten. Så langt viser altså analysen at det er selvstendig effekt av både helseplager og kjønn, men at de psykiske helseplagene er viktigere for økt bruk av skolehelsetjenesten enn kjønn.

I modell 3 kontrolleres det i tillegg for de sosiale faktorene knyttet til skole, jevnaldrende og foreldre, og vi ser at igjen er det det å være jente som gir høyest odds for økt bruk av skolehelsetjenesten (OR=1,724) i denne sammenhengen. Videre viser fortsatt høy grad av angstplager en signifikant økning i odds for økt bruk av skolehelsetjenesten (OR=1,644), og det samme for de som er utsatt for mobbing (OR=1,589). Å ha høy grad av depressive plager (OR=1,497), fysiske helseplager (OR=1,325), og være generelt misfornøyd med egen helse (OR=1,256) viser seg også i denne modellen å ha signifikant sammenheng med økt bruk av skolehelsetjenesten. I forhold til trivsel på skolen, er det for de som oppgir størst mistrivsel ikke en signifikant sammenheng med økt bruk av skolehelsetjenesten. Det samme gjelder for de som mangler venner, og for de som ofte krangler med foreldrene. Det å oppleve det høyeste konfliktnivået mellom de voksne i familien viser heller ikke lenger en statistisk

signifikant sammenheng med økt bruk av skolehelsetjenesten. Resultatet av denne multivariate analysen viser altså at det er selvstendige effekter både av kjønn, de ulike helseplagene, og mobbing, for økt bruk av skolehelsetjenesten. Det at oddsratioen for de ulike helseplagene reduseres i den siste modellen, kan forklares av at mobbing er en bakenforliggende variabel, og at noe av effekten av det å være utsatt for mobbing går via de ulike helseplagene. Likevel ser vi en selvstendig effekt av det å bli mobbet på økt bruk av skolehelsetjenesten.

(Tabell 4 omtrent her)

Det var også et mål med denne studien å se om det var kjønnsforskjeller i de ulike variabelenes betydning for økt bruk av skolehelsetjenesten. Tabell 4 viser resultatene fra separate multivariate analyser for gutter og jenter. Analysen viser at det er kjønnsforskjeller. For gutter viser høy grad av depressive plager (OR=1,870), det å bli mobbet (OR=1,828), og fysiske helseplager (OR= 1,594) signifikante sammenhenger med økt bruk av skolehelsetjenesten. Høy grad av angstplager, som var av de variablene som ga høyest odds for økt bruk av skolehelsetjenesten i den foregående analysen, viser her en ikke signifikant sammenheng for gutter. Dette kan imidlertid forklares av at høy grad av angstplager definert etter cut-offet i denne studien, gir svært lav forekomst hos gutter (2 %). På bakgrunn av foregående analyser er det grunn til å tro at det også ville gitt signifikant sammenheng med økt bruk av skolehelsetjenesten for gutter hvis forekomsten hadde vært større, men at sammenhengen ville vært sterkere for jenter. Blant jentene ser vi at i likhet med guttene gir høy grad av depressive plager (OR=1,384) og mobbing (OR=1,482) en signifikant sammenheng med økt bruk av skolehelsetjenesten, i tillegg til høy grad av angstplager (OR=1,721), og det å være generelt misfornøyd med egen helse (OR=1,345). Blant jenter gir også krancling mellom de voksne i

familien en økning i odds (OR=1,649) for økt bruk av skolehelsetjenesten for de som opplever dette i middels grad, mens det å ha minimum en fysisk plage daglig, ikke gir en signifikant sammenheng med økt bruk av skolehelsetjenesten for jenter. De separate analysene viser at det er kjønnsforskjeller i de ulike variablenes betydning for økt bruk av skolehelsetjenesten, og at selv om jenter rapporterer flere plager enn gutter, så er det å ha ulike plager, i tillegg til å oppleve mobbing, minst like viktig for økt bruk av skolehelsetjenesten for gutter.

Diskusjon

Hovedfunnene i denne studien er at jenter og gutter i ungdomsskolen bruker skolehelsetjenesten i ulik grad, jenter i større grad enn gutter. Det er selvstendige effekter både av kjønn, fysiske og psykiske helseplager, og mobbing, for økt bruk av skolehelsetjenesten. Egenrapportert helse knyttet til fysiske, psykiske og sosiale faktorer har ulik betydning for økt bruk av skolehelsetjenesten for jenter og gutter, men det blir vanskelig å sammenligne betydningen direkte, fordi ulike variabler presenterer ulik utbredelse blant kjønnene. Depressive plager og mobbing viser en signifikant sammenheng med økt bruk av skolehelsetjenesten for begge kjønn, mens resultatene synes å indikere en tendens til at fysiske plager er viktigere for gutters økte bruk av skolehelsetjenesten enn for jenters, og konflikt i hjemmet er viktigere for jenters økte bruk enn for gutters.

Bruk av skolehelsetjenesten

Resultatene fra denne studien viser at ca. halvparten av jentene og 40 % av guttene oppgir å ha brukt skolehelsetjenesten i løpet av de siste 12 måneder. Dette er høyere tall enn hva tidligere kartlegginger lokalt og nasjonalt har vist (NOVA 2015a, Rødje mfl. 2004, Vardheim 2013). En forklaring kan være at det har skjedd en økt satsning på skolehelsetjenesten de siste

årene med økte ressurser til bemanning (Stortingsmelding nr. 26 (2014-2015) 2015), noe som kan ha ført til økt tilgjengelighet. I tillegg viser en kartlegging av helsesøsterbemanningen i Norge (Waldum-Grevbo og Haugland 2015) at det er relativt store geografiske forskjeller i helsesøsterbemanningen i de enkelte kommunene. Studien til Waldum-Grevbo og Haugland (2015) viste videre at median elevtall per helsesøster på ungdomskoler i Oslo er lavere og nærmere normtallet fastsatt av helsedirektoratet, enn i andre store norske kommuner. Tallene for bruk av skolehelsetjenesten kunne forventes å være enda høyere, da Oslo kommune oppgir at de følger fastsatt program for skolehelsetjenesten som tilsier at samtlige skulle hatt kontakt med helsesøster både på 8. og på 10. trinn for henholdsvis vekstkontroll og vaksine (Oslo kommune Udatert). At dette ikke kommer til uttrykk i resultatene, kan skyldes at spørsmålsformuleringen «*brukt* helsesøster eller skolelege» gir rom for ulike tolkninger av kontakt med skolehelsetjenesten. I tillegg til at denne studien viser økt bruk av skolehelsetjenesten enn det som har kommet fram i tidligere studier, viser den også en kjønnsforskjell som ikke i lik grad var tilstede i undersøkelsen til Rødje mfl. (2004). En forklaring på dette kan være at rapportering av psykiske helseplager har økt blant jenter de siste årene, og særlig for Oslo (Øia 2012). Sammenligner man de nasjonale tallene med Oslo for 2015, har disse forskjellene nå utjevnet seg for ungdomsskoletrinnet (NOVA 2015a).

Sammenheng mellom egenrapportert helse og økt bruk av skolehelsetjenesten.

Denne studien viser at særlig utfordringer knyttet til psykiske helseplager og mobbing gir økt odds for økt bruk av skolehelsetjenesten. Studien støtter dermed tidligere forskning som viser at skolehelsetjenesten er i kontakt med, og er et tilbud for ungdom som opplever ulike utfordringer og belastninger i livet sitt (Mathias 2002, Amaral mfl. 2011, Haavet mfl. 2005, Homlong mfl. 2013, Zachrisson mfl. 2006). I forhold til mobbing fant en annen norsk studie at sammenhengen mellom mobbing og økt bruk av skolehelsetjenesten kun var signifikant for

jenter (Haavet mfl. 2005), her var imidlertid mobbing identifisert ved å ha blitt utsatt for dette «noen ganger» siste 12 måneder, og økt skolehelsetjenestebruk identifisert ved fire ganger eller mer siste 12 måneder, noe som kan forklare et annet resultat. Tidligere studier har vist at stor belastning hos individet gir økt bruk av helsetjenester (O'Connor mfl. 2014, Zachrisson mfl. 2006). Skolehelsetjenestens fokus på og markedsføring knyttet til psykisk helse og trivsel (Borg mfl. 2014) kan dermed ha ført til at ungdom ser på tjenesten som et sted å henvende seg med utfordringer knyttet til dette. Langaard (2006) fant at ungdom ser på skolehelsetjenesten som en tilgjengelig tjeneste som det er forbundet lite stigma med å oppsøke, og en kvalitativ studie (Kvarme mfl. 2010) viste at skoleelever som opplever mobbing, ønsker hjelp av helsesøster.

En av helsesøsters oppgaver og ansvar er å henvise ungdom med betydelige helseplager videre til utredning og behandling hos andre instanser (Helsedirektoratet 2004). Funnene fra denne studien kan indikere at disse ungdommene likevel bruker skolehelsetjenesten i økt grad. Det kan være flere forklaringer på det. Først av alt: dataene i denne studien forteller oss ikke noe om årsaken til at de har oppsøkt skolehelsetjenesten tre ganger eller mer, og vi vet derfor ikke om de har presentert plagene eller belastningene sine for helsesøster når de har oppsøkt henne. En forutsetning for å kunne åpne seg for en hjelper, er ifølge Dyregrov (2004) tillit og fortrolighet, noe som bygges opp over tid. Det kan tenkes at ungdommene trenger å komme flere ganger før de åpner seg for helsesøster. Ventelister i spesialisthelsetjenesten og manglende samarbeid med psykiske helsetjenester kan muligens også føre til at helsesøster i større grad gjør oppfølgingen av ungdommene selv (Clancy mfl. 2013). Flere helsesøstre har også tilleggsutdanning innenfor psykisk helsearbeid, og ulike verktøy er utarbeidet for at blant annet helsesøstre kan gi tilbud til barn med angst og depresjon, f.eks. Depresjonsmestring for Ungdom og Mestringskatten (Ungsinn, udatert). Norske studier viser at det å fokusere på

individuell oppfølging av brukere med særskilte behov er noe helsesøstre er opptatt av å bruke mye tid på (Dahl og Clancy 2015, Sollesnes og Tønjum 2008). En siste forklaring på at denne sårbare gruppen bruker skolehelsetjenesten i økt grad, kan også være at ungdommene får oppfølging både hos helsesøster og i spesialisthelsetjenesten. Sammenheng mellom bruk av skolehelsetjenesten og bruk av andre helsetjenester bekreftes av Dahm mfl. (2010).

Særegent for denne studien er at den har tatt utgangspunkt i et utvidet helsebegrep knyttet til fysiske, psykiske og sosiale faktorer, og har dermed gitt kunnskap om sammenhenger som ikke tidligere er undersøkt i forhold til bruk av skolehelsetjenesten. Den samlede analysen for begge kjønn viser at det å oppleve daglige fysiske helseplager også har sammenheng med økt bruk av skolehelsetjenesten. Det har ikke lyktes å finne andre studier som har sett på denne sammenhengen for ungdom, men studier av voksne har vist at et høyt nivå av såkalte subjektive helseplager gir økt kontakt med helsevesenet (Ihlebak mfl. 2002).

I forhold til skoletrivsel viser denne studien at det er de med moderat skoletrivsel som har økt odds for økt bruk av skolehelsetjenesten, mens de som oppgir størst mistrivsel ikke viser en signifikant sammenheng med økt bruk av skolehelsetjenesten. Det kan tenkes at skoletrivsel og skolefravær henger sammen. Studien til Askeland mfl. (2015) fant at en stor andel (40 %) av de med høyt fravær, ikke er i kontakt med noen av helsetjenestene. Det kan tenkes at de som rapporterer størst mistrivsel med skolen, er mindre på skolen, og heller ikke ønsker å benytte seg av tilbud som er lokalisert der.

Krangel med foreldrene viser heller ikke en signifikant sammenheng med økt bruk av skolehelsetjenesten, mens det å oppleve moderat konflikt mellom de voksne i familien viste en signifikant sammenheng med økt bruk av skolehelsetjenesten. Det å krangle ofte med

foreldrene viste seg i denne studien å være av de mer vanlige utfordringene ungdommene rapporterte. Krangel og konflikt mellom ungdommer og deres foreldre har i vestlige land blitt sett på som noe normalt og et tegn på ungdommenes utvikling av autonomi og selvstendighet (Steinberg 2001), noe som kan bidra til å forklare den manglende sammenhengen med økt bruk av skolehelsetjenesten. Funnet om at de som opplever mest konflikt i hjemmet ikke har en signifikant sammenheng med økt bruk av skolehelsetjenesten kan sees i sammenheng med funnene i studien til Persike og Seiffge-Krenke (2016) om at ungdommer viser en tendens til å benytte mindre aktive mestringsstrategier i forhold til å håndtere stress knyttet til foreldrene. Og at det dermed er mindre sannsynlig at de oppsøker skolehelsetjenesten når de opplever dette i høy grad.

Betydningen av kjønn.

Denne studien viser at kontrollert for fysiske, psykiske og sosiale faktorer, så er det altså det å være jente som gir høyest odds for økt bruk av skolehelsetjenesten. Kjønnforskjellen i bruk av helsetjenester, hvor kvinner er de som bruker helsetjenester mest, bekreftes av tall fra den voksne befolkningen (SSB 2015a, 2015b), og denne studien viser altså at kjønnforskjellen allerede er tilstede i ungdomsskolealder og i bruk av skolehelsetjenesten. Kjønnforskjeller i bruk av helsetjenester har blant annet blitt forklart av ulike roller knyttet til kjønnene, og at rollen som hjelpetrengende ofte er forbundet med det kvinnelige kjønn, mens det å ta sjanser og risiko ansees som typisk mannlige (Schei og Sundby 2007). Det kan tenkes at som gutt i ungdomstiden, hvor identitetsutviklingen står så sentralt (Erikson 2000), vil det kunne oppleves svært belastende å ikke handle i tråd med omgivelsenes krav knyttet til hva som forventes av den kjønnsrollen du har. Bakketeig og Nordhagen (2007) beskriver de maskuline trekkene knyttet til den mannlige kjønnsrollen som en risikofaktor og barriere knyttet til helse og hjelpebehov, idet de ikke vil innrømme sykdom, eller be om hjelp. En

annen forklaring på denne kjønnsforskjellen kan være hvordan skolehelsetjenesten fremstår. Ofte fremstår denne type helsetilbud med en feminin profil (Dyregrov 2004, Langaard 2006), hvor helsesøster - nær alltid en kvinne, benytter samtalen som tilnærming. Den mellommenneskelige interaksjonen som hjelpsøkingen innebærer (Cornally og McCarthy 2011) med fokus på samtale, vil kunne appellere mer til jenter enn gutter, idet samtale ofte er en mer foretrukket mestringsform blant jenter enn blant gutter (Dyregrov 2004, Langaard 2006).

En siste forklaring jeg ønsker å se på i denne sammenheng er betydningen av health literacy. Flere studier har vist at det er kjønnsforskjeller i health literacy blant ungdom (Burns og Rapee 2006, Coles mfl. 2016, Cotton mfl. 2006), hvor jenter viser seg å ha høyere health literacy, særlig knyttet til psykisk helse enn gutter. I det health literacy har betydning for om ungdom søker hjelp for sine problemer, vil dette kunne bidra til å forklare kjønnsforskjellen i økt bruk av skolehelsetjenesten.

Denne studien undersøker kun et utvalg variablers sammenheng med økt bruk av skolehelsetjenesten. Andre undersøkelser har vist at spørsmål og bekymring knyttet til pubertet, kropp og seksualitet er temaer ungdom oppsøker skolehelsetjenesten i forhold til (Rødje mfl. 2004, Vardheim 2013). Det kan tenkes at jenter i større grad bruker helsesøster til denne typen spørsmål og rådgivning (Sollesnes 2010), og dette kan dermed være en medvirkende forklaring på kjønnsforskjellen avdekket i denne studien.

Kjønnsforskjeller i betydningen av egenrapportert helse for økt bruk av skolehelsetjenesten.

Psykiske og fysiske helseplager hos ungdom viser i denne studien, i likhet med andre studier og kartlegginger, ulik utbredelse blant jenter og gutter (Haraldstad og Sørnum mfl. 2011,

Mykletun mfl. 2009, NOVA 2015b). Å sammenligne betydningen av de ulike plagene for økt bruk av skolehelsetjenesten direkte, er dermed ikke hensiktsmessig.

Tendensen er imidlertid at det å ha høy grad av helseplager er like viktig for økt bruk av skolehelsetjenesten for gutter som for jenter. Tendensen er også en kjønnsforskjell i hvordan utfordringer knyttet til fysiske helseplager viser sammenheng med økt bruk av skolehelsetjenesten, hvor fysiske plager kun viser en signifikant sammenheng for gutter. En forklaring på dette kan være at gutter vektlegger mer de fysiske dimensjonene knyttet til helse (Sollesnes 2010), og at skolehelsetjenesten for dem er et hensiktsmessig sted å oppsøke for hjelp knyttet til fysiske plager. Det kan også tenkes at jenter benytter andre helsetjenester knyttet til fysiske plager, som for eksempel fastlege, og i forhold til smerteplager, viser en studie (Haraldstad og Sørnum mfl. 2011) at flere jenter enn gutter bruker smertestillende legemidler. I forhold til konflikt i hjemmet vises det i denne studien økt odds for økt bruk av skolehelsetjenesten kun blant jenter. En forklaring på dette kan være at jenter opplever stress knyttet til foreldre mer belastende enn gutter, og benytter seg av mer aktive mestringsstrategier knyttet til dette (Persike og Seiffge-Krenke 2016, Rudolph 2002).

Styrker og svakheter

Det høye antall respondenter og den høye svarprosenten på 86 %, styrker denne studiens validitet. Gjennomføringen er imidlertid gjort blant ungdomsskoleelever i Oslo, og generalisering til ungdomspopulasjonen for øvrig kan dermed være vanskelig. På den annen side skiller ikke variablene brukt i denne studien seg nevneverdig fra resten av landet (NOVA 2015a), men vi vet fra kartlegging av skolehelsetjenesten at tilbudet varierer på landsbasis (Waldum-Grevbo og Haugland 2015). Idet denne studien benytter et tverrsnittdesign, kan den

ikke si noe om årsakssammenhenger. Bruk av skolehelsetjenesten er et retrospektivt spørsmål, og kartlegger bruken de siste 12 månedene. Dette sees her i sammenheng med hvordan ungdommene rapporterer å ha hatt det den siste måneden, uka, eller her og nå. Man kan dermed ikke si noe om den tidsmessige rekkefølgen av variablene. I tillegg er ikke årsaken for bruk av skolehelsetjenesten kartlagt. Disse faktorene understreker at det ikke er mulig å trekke kausale slutninger. Å skille mellom å ha brukt skolehelsetjenesten mer eller mindre enn tre ganger siste år, kan også ha gitt falske ikke-signifikante sammenhenger mellom helse og skolehelsetjenestebruk.

Denne studien baseres på selvrapporterte data. En svakhet knyttet til selvrapportert bruk av helsetjenester, er at det kan forekomme upresise anslag av bruken knyttet til forglemmelser (Dahl mfl. 2014). På den annen side gir selvrapportering et bilde av hvordan ungdommene selv vurderer ulike sider av helsa si, noe som var et ønske med denne studien. Studien til Haugland og Wold (2001) viste at ungdom klarer å benytte spørreskjema til selvrapportering av egen helse. Det er ikke tatt med variabler som omhandler rus, vold og kriminalitet i denne studien. Såkalte eksternaliserte problemer er ansett for å ha større utbredelse blant gutter enn blant jenter (Mykletun mfl. 2009). Inkludering av disse variablene ville kunne gitt et annet bilde av guttenes bruk av skolehelsetjenesten. I tillegg administrerer helsesøster ved mange skoler urinprøvetaking av ungdommer på ruskontrakt, dog unntaksvis i ungdomsskolealder, men det kan forekomme ned til 13 års alder, med en sterk overvekt av gutter (Lien og Larsen 2015). I denne studien er det benyttet såkalte "cut-offs" i svaralternativene for å identifisere en gruppe ungdommer med problemer eller utfordringer som overgår et nivå som ansees som "normalt". En slik tilnærming er en forenkling av dataene, og vurderinger av hvor grensen skal settes vil kunne være gjenstand for diskusjon og fortolkning.

Implikasjoner for praksis

Denne studien viser at skolehelsetjenesten er en tjeneste som benyttes av nær halvparten av ungdomsskoleelevene, og at en av ti har brukt den tre ganger eller mer det siste året.

Ungdommer med utfordringer knyttet til fysiske og psykiske helseplager eller mobbing bruker skolehelsetjenesten i økt grad, og jenter benytter tjenesten i økt grad mer enn gutter.

Det er dermed viktig at skolehelsetjenesten har nok ressurser til å jobbe på det universelle nivå, for å fremme helse og trivsel for alle, og med tiltak som når de som ikke oppsøker helsesøster selv. For å lykkes med dette forutsetter det et samarbeid hvor skolehelsetjenesten inkluderes i skolemiljøet, og hvor skolehelsetjenesten er tilgjengelig for elever, foreldre og lærere (Hjälmhult mfl. 2002). Mange av elevene som oppsøker helsesøster har psykiske plager eller opplever mobbing. Det er viktig at helsesøster opplever seg kompetent på hvordan hun skal møte disse ungdommene. Videre forskning vil kunne bidra med å utvikle og evaluere kartleggingsspørsmål eller screeningverktøy knyttet til psykisk helse og mobbing, slik at dette kan avdekkes tidlig, og tiltak iverksettes raskt. Tidlig avdekking og behandling av angst og depresjon i skolehelsetjenesten, vil kunne redusere plagene (Dahm mfl. 2010). I forhold til mobbing viser en norsk studie (Kvarme mfl. 2016) at støttegrupper administrert av helsesøster kan bidra til å stanse mobbingen. Denne studien avdekker viktigheten av å gjøre skolehelsetjenesten mer attraktiv for gutter. Kvalitative studier vil kunne gi svar på hvordan dette kan gjøres.

Litteratur

- Aarø, L. E. mfl. (2001). Psykiske og somatiske plager blant ungdom. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 121(25):2923-2927.
- Almquist, Y. B., S. Ashir & L. Brännström (2015). A guide to quantitative methods, version 1.0.3. Nedlastet fra <http://www.chess.su.se/education/a-guide-to-quantitative-methods-1.173478>
- Amaral, G. mfl. (2011). Mental health characteristics and health-seeking behaviors of adolescent school-based health center users and nonusers. *Journal of School Health*, 81(3), 138-145.
- Andersen, B. J., R. Johansen & E. Nord (2010). Undervisningsprogram i videregående skoler om psykiske plager: Effekter på elevers hjelpesøking og psykiske helse. *Norsk epidemiologi*, 20(1):23-32.
- Askeland, K. G. mfl. (2015). Adolescent school absenteeism and service use in a population-based study. *BMC Public Health*, 15: 626.
- Bakketeig, L. S. & R. Nordhagen (2007). Hva feiler menn? I Schei, B. & L. S. Bakketeig (red.): *Kvinner lider - menn dør: Folkehelse i et kjønnsperspektiv* (s. 88-96). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Barneombudet. (2013). *Barneombudets fagrapport 2013, Helse på barns premisser*. Oslo: Barneombudet.
- Berg, C. A., S. P. Meegan & F. P. Deviney (1998). A social-contextual model of coping with everyday problems across the lifespan. *International Journal of Behavioral Development*, 22(2):239-261.
- Borg, E. mfl. (2014). *Et lag rundt læreren*. Rapport 2014:8. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet.
- Breidablik, H.-J. (2012). Ungdomshelse - hvor og hvordan kan helsearbeidere bidra? *Utposten*, 41(5): 35-37.
- Bunkholdt, V. (2000). *Utviklingspsykologi* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Burns, J. R. & R. M. Rapee (2006). Adolescent mental health literacy: Young people's knowledge of depression and help seeking. *Journal of Adolescence*, 29(2):225-239.
- Clancy, A., T. Gressnes & T. Svensson (2013). Public health nursing and interprofessional collaboration in Norwegian municipalities: a questionnaire study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(3):659-668.
- Coles, M. E. mfl. (2016). Adolescent mental health literacy: young people's knowledge of depression and social anxiety disorder. *Journal of Adolescent Health*, 58(1):57-62.
- Cornally, N. & G. McCarthy (2011). Help-seeking behaviour: A concept analysis. *International Journal of Nursing Practice*, 17(3):280-288.
- Cotton, S. M. mfl. (2006). Influence of gender on mental health literacy in young Australians. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(9):790-796.
- Dahl, B. M. & A. Clancy (2015). Meanings of knowledge and identity in public health nursing in a time of transition: interpretations of public health nurses' narratives. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(4):679-687.
- Dahl, E., H. Bergsli & K. van der Wel (2014). *Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt*. Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus.
- Dahm, K. T. mfl. (2010). *Effekter av skolehelsetjenesten på barn og unges helse og oppvekstvilkår*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- Danielsen, A. G. (2012). Hva henger sammen med skoletrivselen til norske ungdomsskoleelever? *Nordic Studies in Education*, 32(2):115-125.
- Det kongelige helse- og omsorgsdepartement & Det kongelige kommunal- og moderniseringsdepartement (2015). *Til landets ordførere – Midler til oppbygging av*

- helsetjenester til barn og unge i kommunene*. Oslo. Nedlastet 26. februar 2016 fra <https://www.nsf.no/Content/2792203/Til%20landets%20ordf%C3%B8rere%20om%20%C3%B8remerkede%20midler.pdf>
- Det Kongelige Helse- og omsorgsdepartement. (2015). *Tillegg til tildelingsbrevet for 2015 nr. 4 - Ungdomshelsestrategi - oppdrag til Helsedirektoratet*. Oslo. Nedlastet 26. februar 2016 fra <https://helsedirektoratet.no/Documents/Oppdragsbrev.pdf>
- Dyregrov, A. (2004). De tause behandlerne-Hvordan få bedre kontakt med ungdommer. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 41(9):723-724.
- Erikson, E. H. (2000). *Barndommen og samfunnet* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- FN. (1989). FNs konvensjon om barnets rettigheter av 20. november 1989. Nedlastet fra <http://www.fn.no/Bibliotek/Avtaler/Menneskerettigheter/FNs-konvensjon-om-barnets-rettigheter-Barnekonvensjonen>
- Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetj. (2003). *Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. Nedlastet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-04-03-450>
- Frøyland, L. R. (2015). *Ungdata – Lokale ungdomsundersøkelser. Dokumentasjon av variablene i spørreskjemaet*. Oslo: NOVA.
- Fugelli, P. & B. Ingstad (2001). Helse-slik folk ser det. *Tidsskrift for den Norske Legeforening*, 121(30):3600-3604.
- Gini, G. & T. Pozzoli (2013). Bullied Children and Psychosomatic Problems: A Meta-analysis. *Pediatrics*, 132(4):720-729.
- Grøholt, E. K. (2014). *Folkehelse rapporten 2014*. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Gulliver, A., K. M. Griffiths & H. Christensen (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC Psychiatry*, 10(1):113-121.
- Haavet, O. R. mfl. (2005). Do negative life experiences predict the health-care-seeking of adolescents? A study of 10th-year students in Oslo, Norway. *Journal of Adolescent Health*, 37(2):128-134.
- Haraldstad, K. & K.-A Christophersen mfl. (2011). Predictors of health-related quality of life in a sample of children and adolescents: a school survey. *Journal of Clinical Nursing*, 20(21/22):3048-3056.
- Haraldstad, K. & R. Sørnum mfl. (2011). Pain in children and adolescents: prevalence, impact on daily life, and parents' perception, a school survey. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(1):27-36.
- Haugland, S. & B. Wold (2001). Subjective health complaints in adolescence—Reliability and validity of survey methods. *Journal of Adolescence*, 24(5):611-624.
- Haugland, S. mfl. (2001). Subjective health complaints in adolescence. A cross-national comparison of prevalence and dimensionality. *European Journal of Public Health*, 11(1):4-10.
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*. Nedlastet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helsedirektoratet. (2004). *Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons og skolehelsetjenesten. Veileder til forskrift av 3.april 2003 nr. 450*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2010). *Utviklingsstrategi for helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. Rapport IS-1798. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helseth, S. & N. Misvær (2010). Adolescents' perceptions of quality of life: what it is and what matters. *Journal of Clinical Nursing*, 19(9-10):1454-1461.

- Helseth, S., K.-A. Christophersen & T. Lund (2007). Helse relatert livskvalitet hos ungdom
Kunnskap om helse relatert livskvalitet hos ungdom som grunnlag for tilnærming i
skolehelsetjenesten. *Nordic Journal of Nursing Research*, 27(1):15-21.
- HiOA. (2015). *HiOA - Ung i Oslo 2015*. Nedlastet 26.02.2016 fra <http://www.hioa.no/Om-HiOA/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/NOVA/Prosjekter/Ungdom/Ung-i-Oslo-2015>
- Hjälmhult, E., B. Wold & O. Samdal (2002). Skolehelsetjenesten og helsefremmende arbeid:
Samarbeid mellom helsesøstre og lærere ved de norske skolene I "Europeisk nettverk
av Helsefremmende skoler". *Nordic Journal of Nursing Research*, 22(1):42-46.
- Homlong, L., E. O. Rosvold & O. R. Haavet (2013). Can use of healthcare services among
15-16-year-olds predict an increased level of high school dropout? A longitudinal
community study. *BMJ Open*, 3(9):e003125.
- Huebner, E. S. mfl. (2014). Schooling and children's subjective well-being *Handbook of child
well-being* (s. 797-819). Dordrecht: Springer.
- Ihlebak, C., H. R. Eriksen & H. Ursin (2002). Prevalence of subjective health complaints
(SHC) in Norway. *Scandinavian Journal of Public Health*, 30(1), 20-29.
- Kelly, K. B. (2005). Ungdomsmedisin—en introduksjon. *Lakartidningen*, 102(23):1815-1819.
- Koenig, K. T. mfl. (2016). A Statewide Profile of Frequent Users of School Based Health
Centers: Implications for Adolescent Health Care. *Journal of School Health*,
86(4):250-257.
- Kvarme, L. G. mfl. (2010). School children's experience of being bullied - and how they
envisage their dream day. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(4):791-798.
- Kvarme, L. G., L. S. Aabø & B. Sæteren (2016). From Victim to Taking Control. Support
Group for Bullied Schoolchildren. *The Journal of School Nursing*, 32(2):112-119
- Langaard, K. (2006). Ungdom, psykisk helse og profesjonell hjelp. *Tidsskrift for
ungdomsforskning*, 6(2):25-40.
- Lien, M. I. & Y. Larsen (2015). *Flinkiser og "dropouts": Erfaringer med ungdom på frivillig
ruskontrakt*. Oslo: KoRus Oslo og KoRus Øst.
- Mathias, K. (2002). *Youth-specific primary health care—access, utilisation and health
outcomes*. Christchurch: New Zealand Health Technology Assessment.
- Moksnes, U. K. & G. Haugan (2015). Stressor experience negatively affects life satisfaction
in adolescents: the positive role of sense of coherence. *Quality of Life Research*,
24(10):2473-2481.
- Mykletun, A., A. K. Knudsen & K. S. Mathiesen (2009). *Psykiske lidelser i Norge: Et
folkehelseperspektiv*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Mæland, J. G. & S. Haugland (2007). Det syke kjønn? I Schei, B. & L. S. Bakketeig (red.):
Kvinner lider - menn dør: Folkehelse i et kjønnsperspektiv (s. 69-87). Oslo: Gyldendal
Akademisk.
- NOVA. (2015a). *Ung i Oslo 2015*. NOVA rapport 8/15. Oslo: NOVA.
- NOVA. (2015b). *Ungdata. Nasjonale resultater 2014*. NOVA Rapport 7/15. Oslo: NOVA.
- Næss, Ø., M. Rognerud & B. H. Strand (2007). *Sosial ulikhet i helse: en faktarapport*. Oslo:
Folkehelseinstituttet.
- Oberle, E., K. A. Schonert-Reichl & B. D. Zumbo (2011). Life satisfaction in early
adolescence: Personal, neighborhood, school, family, and peer influences. *Journal of
Youth and Adolescence*, 40(7):889-901.
- O'Connor, P. J. mfl. (2014). Factors that influence young people's mental health help-seeking
behaviour: a study based on the Health Belief Model. *Journal of Advanced Nursing*,
70(11):2577-2587.

- Olander, E., K. C. Ringsberg & P. Tillgren (2014). Health literacy - ett dynamiskt begrepp. I Ringsberg, K. C., E. Olander, & P. Tillgren (red.): *Health literacy : Teori och praktik i hälsofrämjande arbete* (s. 47-74). Lund: Studentlitteratur.
- Oslo kommune. (Udatert). Skolehelsetjenesten. Hentet 12. april 2016 fra <https://www.oslo.kommune.no/skole-og-utdanning/elevenes-velferd/skolehelsetjenesten/>
- Pallant, J. (2013). *SPSS Survival Manual* (5. utg.). London: The McGraw-Hill Companies.
- Persike, M. & I Seiffge-Krenke (2016). Stress with parents and peers: how adolescents from 18 nations cope with relationship stress. *Anxiety, Stress, & Coping*, 29(1):38-59.
- Rickwood, D. J., F. P. Deane & C. J. Wilson (2007). When and how do young people seek professional help for mental health problems? *Medical Journal of Australia*, 187(7):35-39.
- Ringdal, K. (2013). *Enhet og mangfold - Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Rudolph, K. D. (2002). Gender differences in emotional responses to interpersonal stress during adolescence. *Journal of Adolescent Health*, 30(4):3-13.
- Rødje, K. mfl. (2004). *Helseprofil for barn og ungdom i Akershus - ungdomsrapporten*. Lørenskog: Kunnskapssenteret.
- Samdal, O. mfl. (2009). *Trender i helse og livsstil blant barn og unge 1985-2005*. Bergen: HEMIL-senteret.
- Samdal, O. mfl. (2012). *Sosial ulikhet i helse og læring blant barn og unge*. Bergen: HEMIL-senteret.
- Schei, B. & L. S. Bakketeig (2007). Kjønnsperspektivet kan gjøre folkehelsen bedre. I Schei, B. & L. S. Bakketeig (red.): *Kvinner lider - menn dør: Folkehelse i et kjønnsperspektiv* (s. 15-32). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Schei, B. & Sundby, J. (2007). Kjønn og helse - begreper og modeller. I Schei, B. & L. S. Bakketeig (red.): *Kvinner lider - menn dør: Folkehelse i et kjønnsperspektiv* (s. 33-49). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Sollesnes, R. & L. Tønjum (2008). "Så var det alle disse jeg hadde i øyekroken": En studie av helsesøsters arbeid i skolehelsetjenesten fra rundt 1960 til i dag. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 4(2):1-16.
- Sollesnes, R. (2010). Exploring issues that motivate contact with adolescent health clinics. *Nordic Journal of Nursing Research*, 30(2):4-7.
- SSB. (2015a). Allmennlegetjenesten 2014. Hentet 26. februar 2016 fra <http://www.ssb.no/helse/statistikker/fastlegetj>
- SSB. (2015b). Pasienter på somatisk sykehus, 2014 Hentet 26. februar 2016 fra <http://www.ssb.no/helse/statistikker/pasient>
- Steinberg, L. (2001). We know some things: Parent-adolescent relationships in retrospect and prospect. *Journal of Research on Adolescence* 11(1):1-19.
- Stortingsmelding nr. 19 (2014-2015) (2015). *Folkehelsemeldingen - Mestring og muligheter*. Oslo: Det kongelige helse- og omsorgsdepartement.
- Stortingsmelding nr. 26 (2014-2015) (2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet..* Oslo: Det kongelige helse- og omsorgsdepartement.
- Tambs, K. & T. Moum (1993). How well can a few questionnaire items indicate anxiety and depression? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87(5):364-367.
- Taylor, J. & L. Green (2008). Children, health and gender: recognition in nursing research? *Journal of Clinical Nursing*, 17(23):3226-3237.
- Tønnesson, Ø. & F. Svartdal (2013). Ungdom. Nedlastet 2. februar 2016 fra <https://snl.no/ungdom>

- Ungsinn. (udatert). Liste over alle tiltak i Ungsinn. Nedlastet 26. februar 2016 fra <http://www.ungsinn.no/tiltak-liste/>
- Vardheim, I. (2013). *Ung i Vestfold 2013*. Bø: Telemarksforskning.
- Waldum-Grevbo, K. S. & T. Haugland (2015). En kartlegging av helsesøsterbemanningen i skolehelsetjenesten. *Sykepleien Forskning*, 10(4):352-360.
- WHO. (1946). Constitution of WHO: principles. Nedlastet 24. februar 2016 fra <http://www.who.int/about/mission/en/>
- WHO. (2015). Gender. Nedlastet 2. februar 2016 fra <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs403/en/>
- WMA. (1964). WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for medical Research Involving Human Subjects. Nedlastet 28. april 2016 fra <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>
- Zachrisson, H. D., K. Rodje & A. Mykletun (2006). Utilization of health services in relation to mental health problems in adolescents: a population based survey. *BMC Public Health*, 6:34-41.
- Øia, T. (2012). *Ung i Oslo 2012–Nøkkeltall*. Oslo: NOVA.

Figur 1: Variabler i studien med kodinger.

Variabler i studien knyttet til fysiske, psykiske og sosiale faktorer

- Hvor fornøyd er du med helsa di? ¹
- Fysiske plager (siste måneder.) ²
 - Hodepine, nakke og skuldersmerter, ledd og muskelsmerter, magesmerter, kvalme, hjertebank.
- Depressive plager (siste uke) ³
 - Følt at alt er et slit; hatt søvnproblemer; følt deg ulykkelig, trist eller deprimeret; følt håpløshet med tanke på framtida; følt deg stiv eller anspent; bekymret deg for mye om ting.
- Angstplager (siste uke) ⁴
 - Plutselig redd uten grunn; stadig redd eller engstelig; matthet eller svimmelhet; nervøsitet eller indre uro; lett for å gråte; lett for å klandre deg selv.
- Minst en venn som du kan stole fullstendig på og kan betro deg til om alt mulig? ⁵
- Utsatt for plaging, trusler eller utfrysing av andre på skolen eller i fritiden? ⁶
- Trives på skolen ⁷
- Konflikt i hjemmet ⁸
 - Krangler ofte med foreldrene mine
 - Ofte krangling mellom de voksne i min familie
- Kjønn ⁹
- Foreldrenes utdanning ¹⁰
- Familiens økonomiske status ¹¹
- Bruk av skolehelsetjenesten (siste 12 måneder)
 - Helsesøster eller skolelege ¹²

¹ Dikotomisert i dataanalysene: Svært misfornøyd; litt misfornøyd; (1) // verken fornøyd eller misfornøyd; litt fornøyd; svært fornøyd (0)

² Lagd totalskår og dikotomisert i dataanalysene: ingen ganger; noen ganger; mange ganger; (0) // daglig (1)

³ Lagd totalskår og dikotomisert i dataanalysene: ikke plaget i det hele tatt; lite plaget; (0) // ganske mye plaget; veldig mye plaget (1)

⁴ Lagd totalskår og dikotomisert i dataanalysene: ikke plaget i det hele tatt; lite plaget; (0) // ganske mye plaget; veldig mye plaget (1)

⁵ Dikotomisert i dataanalysene: Ja, helt sikkert; ja, det tror jeg; (0) // det tror jeg ikke; har ingen jeg vil kalle venner nå for tiden (1)

⁶ Dikotomisert i dataanalysene: Ja, flere ganger i uka; ja, omtrent en gang i uka; ja, omtrent hver 14.dag; ja, omtrent en gang i måneden; (1) // nesten aldri; aldri (0)

⁷ Dummy i dataanalysene: Stemmer svært dårlig; stemmer nokså dårlig; stemmer nokså godt; stemmer svært godt (ref.)

⁸ Dummy i dataanalysene: Passer svært godt; passer ganske godt; passer ganske dårlig; passer svært dårlig (ref.)

⁹ Gutt (0); Jente (1)

¹⁰ Dikotomisert i dataanalysene: ingen har høyere utdanning; // én har høyere utdanning; begge har høyere utdanning

¹¹ Dikotomisert i dataanalysene: Vi har hatt god råd hele tiden; vi har stort sett hatt god råd; vi har verken hatt god råd eller dårlig råd; (0) // vi har stort sett hatt dårlig råd; vi har hatt dårlig råd hele tiden (1)

¹² Svaralternativer: Ingen ganger; 1-2 ganger; 3-5 ganger; 6 ganger eller mer

Tabell 1: Ungdoms bruk av skolehelsetjenesten *

Antall ganger siste 12 måneder.	Gutt	Jente	Total n (%)
Ingen ganger	60	51	6202 (56)
1-2 ganger	33	37	3913 (35)
3-5 ganger	5	8	735 (7)
6 ganger eller mer	2	4	328 (3)
Total n (%)	5382 (100)	5796 (100)	11178 (100)

* Prosentandeler etter kjønn. Khikvadrattest. P-verdi <0,001

Tabell 2: Variabler i studien *

Variabler	Gutt	Jente	Total n (%)	p-verdi
Bruk av skolehelsetjenesten 3 ganger eller mer siste 12 måneder. (n=11178)	7	12	1063 (10)	<0,001
Misfornøyd med egen helse (n=10598)	10	17	1420 (13)	<0,001
Daglig fysisk plaget (n=10613)	8	16	1242 (12)	<0,001
Depressive plager (høy grad) (n=11003)	7	19	1471 (13)	<0,001
Angstplager (høy grad) (n=10942)	2	10	672 (6)	<0,001
Mangler venner (n=11472)	11	11	1219 (11)	NS
Blir mobbet min. månedlig (n=11515)	11	11	1309 (11)	NS
Trives på skolen (n=11734)				
Stemmer svært godt	59	57	6827 (58)	0,038
Stemmer nokså godt	36	38	4313 (37)	
Stemmer nokså dårlig	3	4	391 (3)	
Stemmer svært dårlig	2	2	203 (2)	
Ofte krangel med foreldre (n=11604)				
Passer svært dårlig	44	38	4731 (41)	<0,001
Passer ganske dårlig	38	39	4491 (38)	
Passer ganske godt	13	17	1760 (15)	
Passer svært godt	5	6	622 (5)	
Ofte krangling mellom de voksne i familien (n=11545)				
Passer svært dårlig	60	58	6838 (59)	0,001
Passer ganske dårlig	27	26	3073 (27)	
Passer ganske godt	9	11	1140 (10)	
Passer svært godt	4	5	494 (4)	
Ingen av foreldrene høyere utdanning (n=10028)	15	15	1519 (15)	NS
Opplevd middels/dårlig økonomisk status (n=11502)	17	20	2099 (18)	<0,001

* Prosentandeler etter kjønn. Khikvadrattest. NS= ikke signifikant

Tabell 3: Sammenheng mellom kjønn, egenrapportert helse, og bruk av skolehelsetjenesten tre ganger eller mer siste 12 måneder.*

	Bivariat			Modell 1 (n=9469)			Modell 2 (n=9469)			Modell 3 (n=9469)		
	OR	95 % KI	p-verdi	OR	95 % KI	p-verdi	OR	95 % KI	p-verdi	OR	95 % KI	p-verdi
Kjønn (jente=1)	2,017	(1,764-2,305)	<0,001	2,109	(1,815 - 2,449)	<0,001	1,647	(1,432-1,956)	<0,001	1,724	(1,473-2,018)	<0,001
Egenvurdert helse (misfornøyd med egen helse =1)	2,099	(1,794-2,455)	<0,001				1,326	(1,098-1,601)	0,003	1,256	(1,038-1,519)	0,019
Fysiske helseplager (min. 1 daglig plage =1)	2,524	(2,153-2,958)	<0,001				1,404	(1,155-1,708)	0,001	1,325	(1,088-1,613)	0,005
Depressive helseplager (høy grad=1)	3,327	(2,883-3,839)	<0,001				1,826	(1,486-2,245)	<0,001	1,497	(1,209-1,852)	<0,001
Angstplager (høy grad=1)	4,522	(3,785-5,403)	<0,001				1,899	(1,476-2,444)	<0,001	1,644	(1,272-2,125)	<0,001
Venner (usikkert/nei=1)	1,536	(1,286-1,836)	<0,001							1,056	(0,849-1,313)	NS
Mobbet (min. månedlig =1)	2,586	(2,213-3,021)	<0,001							1,589	(1,298-1,946)	<0,001
Skoletrivsel (svært godt=ref)												0,024
Nokså godt	1,759	(1,534-2,005)	<0,001							1,233	(1,053-1,444)	0,009
Nokså dårlig	3,392	(2,593-4,438)	<0,001							1,464	(1,032-2,078)	0,033
Svært dårlig	3,236	(2,221-4,714)	<0,001							0,981	(0,567-1,698)	NS
Krangler ofte med foreldre (ikke=ref)												NS
Passer ganske dårlig	1,465	(1,260-1,703)	<0,001							1,177	(0,982-1,412)	NS
Passer ganske godt	2,129	(1,781-2,545)	<0,001							1,228	(0,975-1,545)	NS
Passer svært godt	2,941	(2,317-3,733)	<0,001							1,306	(0,941-1,814)	NS
Ofte krangling mellom de voksne (ikke=ref)												0,011
Passer ganske dårlig	1,416	(1,223-1,639)	<0,001							1,204	(1,008-1,437)	0,040
Passer ganske godt	2,072	(1,717-2,500)	<0,001							1,469	(1,163-1,855)	0,001
Passer svært godt	2,484	(1,922-3,210)	<0,001							1,215	(0,856-1,723)	NS
Konstant				0,065		<0,001	0,056		<0,001	0,039		<0,001

* Logistisk regresjon. Ujusterte og justerte OR med 95% konfidensintervall. NS = ikke signifikant

Tabell 4: Sammenheng mellom egenrapportert helse og bruk av skolehelsetjenesten ≥ 3 ganger siste 12 måneder.*

	Justert modell. Jenter n=5037			Justert modell. Gutter n=4432		
	OR	95 % KI	p-verdi	OR	95 % KI	p-verdi
Kjønn (jente=1)						
Egenvurdert helse (misfornøyd med egen helse =1)	1,345	(1,080-1,676)	0,008	1,033	(0,697-1,532)	NS
Fysiske helseplager (min. 1 daglig plage =1)	1,241	(0,989-1,556)	NS	1,594	(1,076-2,362)	0,020
Depressive helseplager (høy grad=1)	1,384	(1,083-1,768)	0,009	1,870	(1,216-2,874)	0,004
Angstplager (høy grad=1)	1,721	(1,301-2,277)	<0,001	1,467	(0,733-2,939)	NS
Venner (usikkert/nei=1)	1,033	(0,790-1,352)	NS	1,089	(0,744-1,593)	NS
Mobbet (min. månedlig =1)	1,482	(1,148-1,914)	0,003	1,828	(1,304-2,564)	<0,001
Skoletrivsel (svært godt=ref)			NS			NS
Nokså godt	1,264	(1,042-1,534)	0,017	1,175	(0,892-1,547)	NS
Nokså dårlig	1,441	(0,937-2,216)	NS	1,561	(0,853-2,856)	NS
Svært dårlig	0,987	(0,503-1,936)	NS	0,996	(0,388-2,557)	NS
Krangler ofte med foreldre (ikke=ref)			NS			NS
Passer ganske dårlig	1,222	(0,973-1,535)	NS	1,124	(0,829-1,524)	NS
Passer ganske godt	1,229	(0,927-1,629)	NS	1,266	(0,845-1,896)	NS
Passer svært godt	1,392	(0,948-2,044)	NS	1,126	(0,580-2,184)	NS
Ofte krangling mellom de voksne (ikke=ref)			0,001			NS
Passer ganske dårlig	1,391	(1,121-1,727)	0,003	0,905	(0,661-1,240)	NS
Passer ganske godt	1,649	(1,246-2,182)	<0,001	1,150	(0,748-1,769)	NS
Passer svært godt	1,451	(0,973-2,163)	NS	0,782	(0,368-1,666)	NS
Konstant	0,063		<0,001	0,045		<0,001

* Separat multivariat logistisk regresjon for jenter og gutter. OR med 95 % konfidensintervall. NS = ikke signifikant