

Hvem går til helsesøster?

TORUNN GAMMELSRUD FINPÅ¹⁾,
LISBETH GRAVDAL KVARME²⁾ & NINA MISVÆR²⁾

¹⁾Sykehuset Østfold, ²⁾ Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, Høgskolen i Oslo og Akershus

Ungdomstiden er for mange en sårbar tid med utfordringer knyttet til fysisk, psykisk og sosial helse, og skolehelsetjenesten betegnes som den viktigste helsetjenesten. Artikkelen kartlegger sammenhengen mellom ungdoms egenvurderte helse og bruk av skolehelsetjenesten. Datagrunnlaget er fra Ung i Oslo 2015, ungdomsskoletrinnet (N=12449).

Resultatene viser at én av ti har brukt tjenesten tre ganger eller mer siste 12 måneder. Det er flest jenter som bruker tjenesten, men både gutter og jenter med utfordringer, særlig knyttet til depressive plager og mobbing, benytter tilbudet. Fysiske plager synes viktigere for gutters bruk av skolehelsetjenesten enn jenters, og konflikt i hjemmet synes viktigere for jenters bruk.

Skolehelsetjenesten er den første helsetjenesten barn og ungdom kan oppsøke på eget initiativ, og deres erfaring med denne tjenesten vil legge grunnlag for deres videre relasjon til helsevesenet. Skolehelsetjenesten har imidlertid vært preget av store ressursutfordringer. Media har beskrevet hvordan politikere, fagfolk og ungdom har etterlyst helsesøsters tilstedeværelse i skolen (Waldum-Grevbo og Haugland 2015). De siste årene er det bevilget økte statlige midler for å styrke skolehelsetjenestetilbudet, og intensjonen er en skolehelsetjeneste 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). Vi mangler imidlertid kunnskap om i hvilken grad ungdom bruker skolehelsetjenesten, og hva som kjennetegner de ungdommene som bruker den. I den voksne befolkningen er det kjent at kvinner bruker helsetjenesten mest, men vi vet ikke nok om det også er kjønnsforskjeller i ungdoms bruk av skolehelsetjenesten.

Denne artikkelen undersøker sammenhengen mellom ungdoms egenvurderte helse knyttet til fysiske, psykiske og sosiale faktorer, og bruk av skolehelsetjenesten. Studien omfatter ungdom som oppgir å ha brukt skolehelsetjenesten tre ganger eller mer i løpet av et år. I tillegg undersøkes hvilken betydning kjønn har for denne sammenhengen. Sosioøkonomiske faktorer er kjent for å påvirke helseatferd, og denne studien inkluderer foreldrenes utdanningsnivå og økonomisk status som bakgrunnsvariabler.

Datagrunnlaget består av svar fra 12 449 ungdomsskoleelever hentet fra spørreundersøkelsen Ung i Oslo 2015 (NOVA 2015a).

Tilbudet ved skolehelsetjenesten skal være forankret i kunnskapsbasert praksis, som innebærer å integrere forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og kunnskap fra brukerne i utforming av tjenesten (Nordtvedt mfl. 2012). Forskningen på helse- og omsorgstjenestetilbudet til ungdom generelt, og på skolehelsetjenesten spesielt, er imidlertid mangelfull - og mer kunnskap er etterspurt (Dahm mfl. 2010, Waldum-Grevbo og Haugland 2015). Målet med denne artikkelen er derfor å bidra med forskningsbasert kunnskap om utbredelse og sammenhenger knyttet til skolehelsetjenestens ansvarsområder.

Et viktig mål for ungdomshelsen er opplevelsen av det gode liv, og i denne studien av ungdoms helse, undersøkes både fysiske, psykiske og sosiale aspekter ved deres livssituasjon. Ungdom refererer her til elever i ungdomskolen, i alderen 13–16 år. Forskning viser at jenter og gutter opplever og vurderer sin egen helse ulikt, derfor undersøkes det i denne artikkelen om det er kjønnsforskjeller også i bruk av skolehelsetjenesten.

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

Skolehelsetjenesten

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er lovregulert av Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) og formålet er «å fremme psykisk og fysisk helse, å fremme gode sosiale og miljømessige forhold, og å forebygge sykdom og skade» (Helsedirektoratet 2004:11). Skolehelsetjenesten skal være et lavterskeltilbud, og skal gjennom samarbeid med hjem, skole og annet hjelpeapparat identifisere og løse helsemessige problemer. Tiltakene som iverksettes kan gjelde både enkeltelever og hele skolemiljøet, og er dermed både individuelt og universelt innrettet. I følge anbefalt skolehelsetjenesteprogram for ungdomsskolen, skal alle elever på 8. trinn tilbys måling av vekt og høyde, og alle elever på 10. trinn skal få tilbud om vaksiner (Helsedirektoratet 2004). Skolehelsetjenesten skal jobbe avgrenset mot behandling og henvise elever videre til utredning og behandling ved behov. Helsedirektoratet (2010) har utarbeidet en anbefaling til bemanningsnormer som for ungdomsskolen innebærer 100 prosent helsesøsterstilling, 20 prosent legestilling og 38 prosent fysioterapeutstilling per 550 elever. Ved alle ungdomsskolene i Oslo kommune, ble det i 2016 registrert tilsammen 0,3 legestilling, 2,5 fysioterapistilling og 32,6 helsesøsterstillinger (Helsedirektoratet

2016). Det innebærer at skolehelsetjenesten ved ungdomsskolene i Oslo har ansatt 1,7 helsesøsterstilling over normen, noe som er likt landsgjennomsnittet. Oslos tilbud av skolehelsetjeneste er likevel mangelfullt, grunnet alt for få ansatte leger og fysioterapeuter. Helsesøster er således den i skolehelsetjenesten som er på skolen og treffer elevene.

Tall fra Ungdatas nasjonale ungdomsundersøkelse (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 som bruker skolehelsetjenesten utover det anbefalte programmet. Noen enkeltstudier har sett på ungdoms bruk av helsetjenester generelt, inkludert skolehelsetjenesten, relatert til psykisk helse. Zachrisson mfl. (2006) fant at bare en tredjedel av ungdom med de aller høyeste symptomnivåene av psykiske plager hadde oppsøkt helsehjelp siste året, men her ble det ikke undersøkt om det var forskjell på jenter og gutter. Haavet mfl. (2005) studerte negative livshendelser hos 10-klassinger og fant blant annet at jenter, men ikke gutter, som rapporterte å bli mobbet oppsøkte helsevesenet mer enn sine jevnaldrende. Videre fant de at gutter som var blitt seksuelt misbrukt siste året hadde nesten fire ganger større sannsynlighet for å oppsøke skolehelsetjenesten. Askeland mfl. (2015) fant at elever i videregående skole med høyt fravær hadde økt bruk av helsetjeneste, men 40 prosent av elevene med høyt fravær hadde ikke hatt slik kontakt - heller ikke her ble det undersøkt om det var ulikhet i bruk av helsetjeneste mellom jenter og gutter.

To norske kvalitative studier (Helseth mfl. 2007 og Langaard 2006) har undersøkt innholdet og tilbudet i skolehelsetjenesten, og understreker viktigheten av et utvidet perspektiv på helse som omfatter psykisk helse og livskvalitet. Kvarme mfl. (2010) understreker at hvordan ungdom har det sosialt, er et viktig perspektiv i møte med ungdom i skolehelsetjenesten. Langaard (2006) og Sollesnes (2010) fant i sine studier at det er kjønnsforskjeller i bruk av helsesøster. Ungdommene selv forklarer dette ifølge Langaard (2006) med at gutter og jenter forholder seg ulikt når de opplever vanskelige situasjoner, og at det å snakke med noen som en mestringsstrategi er lettere for jenter, mens gutter heller vil greie seg selv. Sollesnes (2010) fant at gutter har et mer begrenset syn på helse, at de venter lengre med å oppsøke hjelp, og at de ikke har kunnskap om hvor de skal henvende seg hvis de trenger profesjonell hjelp.

Ungdom og helse

Ungdomstiden er en viktig 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. Forskning på helsebegrepet viser at ungdoms

oppfatninger av egen helse har sterke sammenhenger med et bredt spektrum av medisinske, psykiske og sosiale faktorer samt faktorer knyttet til livsstil (Breidablik 2012). Et holistisk syn på helse er derfor vektlagt i denne artikkelen.

Helsemessig er norske barn og ungdommer blant de friskeste i verden målt ut ifra objektive mål på sykelighet og dødelighet (Grøholt 2014). Likevel oppgir norske barn og unge et høyt nivå av ulike fysiske helseplager, blant annet smerteplager (Haraldstad og Sørnum mfl. 2011). Angående psykisk helse antas det at 15 - 20 prosent av barn og unge har nedsatt funksjon på grunn av psykiske plager (Mykletun mfl. 2009). Det er angst- og depresjonsplager som er de vanligste, og dette anses som en folkehelseutfordring i Norge. Jenter rapporterer flest psykiske plager og smerteplager i ungdomsalderen (Grøholt 2014, Mykletun mfl. 2009, NOVA 2015b), noe som kan bidra til å forklare deres hyppigere bruk av skolehelsetjenesten.

Flere faktorer innvirker på hvordan ungdom har det sosialt. Selv oppgir de at det å ha venner og et godt forhold til foreldre er viktigst for deres livskvalitet (Helseth og Misvær 2010). Også skoletilhørighet, skoletrivsel, gode relasjoner i familien og til jevnaldrende har sammenheng med deres selvopplevde trivsel og livstilfredshet (Danielsen 2012, Huebner mfl. 2014, Oberle mfl. 2011). Det å bli utsatt for mobbing kan være ødeleggende for ungdoms helse og livskvalitet. Forskning på konsekvenser av mobbing viser et bredt spekter av helseproblemer som psykosomatiske plager, angst, depresjon, selvskadning og selvmordsforsøk (Breivik mfl. 2017). Konsekvensene av å bli mobbet varer lenge, ofte livet ut (Folkehelseinstituttet 2015). En tilgjengelig skolehelsetjeneste kan bidra både til å forebygge mobbing, og å avdekke det tidlig gjennom samtaler med elever og samarbeid med skole og foreldre.

Hjelpsøking

Denne studien omfatter ungdom som oppgir å ha brukt skolehelsetjenesten tre ganger eller mer det siste året. Det å søke hjelp når problemene overskrider ens egen kapasitet til å håndtere dem, er en aktiv mestringsstrategi, hvor man benytter andre for informasjon og støtte til problemløsning (Berg mfl. 1998). Å søke hjelp 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). Av betydning for om ungdom søker hjelp, er særlig kunnskap om helse og symptomer såkalt *health literacy* (Gulliver mfl. 2010, O'Connor mfl. 2014, Rickwood mfl. 2007). Begrepet oversettes 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), erfaring med hjelpeapparatet (Gulliver mfl. 2010, Rickwood mfl.

2007) og sosial støtte (Gulliver mfl. 2010, O'Connor mfl. 2014) vesentlige faktorer for om ungdom søker hjelp eller ikke. Manglende hjelpsøking hos ungdom betegnes som en folkehelseutfordring (Mykletun mfl. 2009). Breivik mfl. (2017) fant at rundt 70 prosent av guttene som blir mobbet lar være å si fra, og ett foreslått tiltak er tilstrekkelig tilgang til helsepersonell. Selv oppgir ungdom at de ønsker seg en tilgjengelig helsesøster på skolen som samtalepartner, og at dette vil kunne bidra til bedre livsmestring (Barneombudet 2013, Landsrådet for Norges barne- og ungdomsorganisasjoner 2017).

Flere rapporter viser at det er en klar sosial gradient i ungdoms helse, hvor ungdommer fra hjem med lav sosioøkonomisk bakgrunn rapporterer dårligere helse (se for eksempel Næss mfl. 2007, Samdal mfl. 2012). Når det gjelder sosial ulikhet i bruk av helsetjenester blant barn og unge, vises ikke ulikhet i bruk av fastlege, men flere barn av foreldre med høyere utdanning har vært i kontakt med spesialisthelsetjenesten (Dahl mfl. 2014, Næss mfl. 2007, Samdal mfl. 2012). Skolehelsetjenesten er imidlertid ikke tatt med i disse rapportene.

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 og bruk av helsetjenester. Mange av disse helseutfordringene kan både forebygges og håndteres gjennom en tilgjengelig skolehelsetjeneste. Det er derfor viktig å finne ut i hvilken grad ungdom bruker tjenesten, og hvilke helseutfordringer ungdom som benytter tjenesten vurderer at de har.

Hensikten med denne studien er å beskrive sammenhengen mellom ungdoms egenvurderte helse knyttet til fysiske, psykiske og sosiale faktorer, og bruk av skolehelsetjenesten tre ganger eller mer i løpet av de siste 12 månedene. Studien vil i tillegg se på hvilken betydning respondentenes 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 egenvurderte helse og det å bruke skolehelsetjenesten?
- Hvilken betydning har kjønn for sammenhengen mellom egenvurdert helse og bruk av skolehelsetjenesten?

Metode

Denne tverrsnittstudien er basert på spørreskjemaundersøkelsen Ung i Oslo, som ble gjennomført januar-mars 2015. Undersøkelsen er et samarbeid mellom Oslo kommune og forskningsinstituttet NOVA, og er gjennomført på bestilling fra kommunen. Med unntak av enkelte spesialskoler, ble 51 offentlige skoler og 11 privatskoler med ungdomstrinn i Oslo, invitert til å delta. Av disse takket alle de offentlige og 7 av privatskolene ja til invitasjonen. Ung i Oslo 2015 er en av de største ungdomsundersøkelsene gjennomført i Norge, og det er tidligere gjennomført tre lignende Ung i Oslo-studier (1996, 2006 og 2012) (NOVA 2015a).

På ungdomsskoletrinnet svarte 12 449 ungdomsskoleelever på undersøkelsen, noe som ga en svarprosent på 86 prosent. Av de som ikke deltok, var det fire privatskoler som ikke ønsket å delta, i tillegg var det noen elever 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 selv ikke ønsket å delta, eller at foreldrene fritok dem. Spørreundersøkelsen var anonym, og ble gjennomført elektronisk i en skoletime. Spørreskjemaet hadde spørsmål om ressurser rundt ungdommene, skole og framtid, fritid, helse og trivsel, tobakk og rus, lovbrudd, vold og annen risikoatferd.² I det følgende vil vi beskrive variablene som anvendes i studien.

Avhengig variabel: Bruk av skolehelsetjenesten

Bruk av skolehelsetjenesten måles med spørsmålet: «Hvor mange ganger har du brukt følgende helsetjenester i løpet av de siste 12 månedene?», «Helsesøster eller skolelege», med svaralternativene: «Ingen ganger», «1–2 ganger», «3–5 ganger», og «6 ganger eller mer». Vår vurdering er at spørsmålet måler bruk av skolehelsetjenesten. For å få frem de som bruker skolehelsetjenesten utover tilbudet alle elever i Oslo kommune tilbys, ble svaralternativene slått sammen og delt ved tre eller flere ganger siste 12 måneder.

Psykiske og fysiske helsevariabler

Som mål på egenvurdert helse brukes spørsmålet «Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med helsa di?». I denne studien slås sammen de som svarer «Svært misfornøyd» eller «Litt misfornøyd», og sammenlignes med de som svarer «Verken/eller», «Litt fornøyd» og «Svært fornøyd». Egenvurdert helse vurderes som et godt mål på ungdommers velvære; hvordan de «har det» (Folkehelseinstituttet, 2008).

Videre benyttes skalaene Hopkins Symptom Checklist og Depressive Mood Inventory, som er validerte indekser for angst- og depresjonsplager. Depressive plager

måles med følgende spørsmål: «Har du i løpet av den siste uka vært plaget med noe av dette?» «Følt at alt er et slit», «Hatt søvnproblemer», «Følt deg ulykkelig, trist eller deprimert», «Følt håpløshet med tanke på framtida», «Følt deg stiv eller anspent», og «Bekymret deg for mye om ting». Angstplager måles slik: «Har du i løpet av den siste uka vært plaget med noe av dette?» «Plutselig redd uten grunn», «Stadig redd eller engstelig», «Matthet eller svimmelhet», «Nervøsitet, indre uro», «Lett for å gråte», «Lett for å klandre deg selv», med svaralternativene: «Ikke plaget i det hele tatt», «Lite plaget», «Ganske mye plaget», og «Veldig mye plaget». Terskelverdien for depressivt stemningsleie er satt ved de som oppgir at de er ganske eller veldig mye plaget av samtlige seks symptomer (NOVA 2015b). Samme terskelverdi benyttes for å identifisere en gruppe som har høy grad av angstplager.

Spørsmålet om fysiske helseplager er: «Har du hatt noen av disse plagene i løpet av siste måned?» «Hodepine», «Nakke- og skuldresmerter», «Ledd- og muskelsmerter», «Magesmerter», «Kvalme», og «Hjertebank», med svaralternativene: «Ingen ganger»; «Noen ganger», «Mange ganger», og «Daglig». Studien tar utgangspunkt i de som svarer at de har minimum én daglig plage, i samsvar med Aarø mfl. (2001). En studie av hvorvidt ungdommer er i stand til å svare på spørsmål som omfatter deres egen helse, viste at de er i stand til å gi valide svar (Haugland og Wold 2001). Skalaen ble målt til en Cronbachs alfa på 0,80 som tilsier at den har en god intern konsistens.

Sosiale helsevariabler

Spørsmål om man har minst én venn som en kan stole fullstendig på og kan betro seg til om alt mulig, er vanlig i spørreundersøkelser og måler sosial støtte. Svaralternativene er: «Ja, helt sikkert», «Ja, det tror jeg», «Det tror jeg ikke», og «Har ingen jeg vil kalle venner nå for tiden». Svarene er slått sammen, og delt mellom «Ja, det tror jeg» og «Det tror jeg ikke».

Mobbing blir gjerne definert som «gjentatt negativ eller «ondsinnert atferd» fra en eller flere personer, rettet mot en person som har vanskelig for å forsvare seg» (Olweus 2008:129). Her 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 fanger opp ungdommenes opplevelse av fenomener forbundet med mobbing, og med en grad av gjentakelse i seg. Vi skiller mellom de som svarer aldri eller nesten aldri, og de som opplever det oftere.

Skoletrivsel måles med utsagnet: «Jeg trives på skolen». Svaralternativene er «Stemmer svært dårlig», «Stemmer nokså dårlig», «Stemmer nokså godt» og

«Stemmer svært godt». En vurdering av valideten til enkeltspørsmål om elevene «liker seg på skolen», konkluderte med at det sannsynligvis presenterer et valid mål på skoletrivsel (Danielsen 2012).

Konflikt i familien

Konflikt i familien måles med utsagnene: «Jeg krangler ofte med foreldrene mine» og «Det er ofte krangling mellom de voksne i min familie», med svaralternativene: «Passer svært godt», «Passer ganske godt», «Passer ganske dårlig», og «Passer svært dårlig». Målet er brukt i tidligere forskning (Sletten 2015).

Sosioøkonomisk bakgrunn

Sosioøkonomisk bakgrunn måles med spørsmål om foreldrenes utdanningsnivå og familiens økonomiske status. Spørsmålet om utdanning er: «Har faren og moren din utdanning på universitet eller høyskole?» Med «Ja» eller «Nei» som svaralternativer for henholdsvis far og mor. De som svarer at verken mor eller far har høyere utdanning, sammenlignes med de som har minst én forelder med høyere utdanning. Spørsmålet om økonomisk status er: «Har familien din hatt god eller dårlig råd/økonomi de siste to årene?», med svaralternativene: «Vi har hatt god råd hele tiden», «Vi har stort sett hatt god råd», «Vi har verken hatt god råd eller dårlig råd» «Vi har stort sett hatt dårlig råd», «Vi har hatt dårlig råd hele tiden». Det er grunn til å tro at ungdom har mangelfull kunnskap knyttet til eksakt inntekt og utdanning, og subjektive mål viser seg kun å være delvis overlappende med resultat fra objektive mål (Sletten 2007).

Statistiske analyser

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

I regresjonsanalysene er bruk av skolehelsetjenesten den avhengige variabelen (1)³. Kjønn, fornøydhet 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. Foreldrenes utdanning viste ikke

signifikant sammenheng med bruk av skolehelsetjenesten i den bivariate analysen, mens økonomisk status ble ikke-signifikant i den multivariate analysen. Det ble kontrollert for multikolinearitet mellom alle de uavhengige variablene. Hosmer Lemeshow testen tilsier at alle modellene var godt tilpasset data ($p > .05$).

I denne studien ble ujusterte og justerte oddsratioer med 95 prosent konfidensintervall estimert ved logistisk regresjon. Signifikansnivået er satt til $p < .05$. Oddsratioen (OR) forteller hvor mye oddsen øker eller minker for at ungdommer har brukt skolehelsetjenesten tre ganger eller mer siste 12 måneder når verdien på de uavhengige variablene øker. Dersom OR er 2, eksempelvis for jenter, betyr det at jenters odds for å ha brukt skolehelsetjenesten er dobbelt så høy som gutters odds. Hadde OR vært 1 ville jenters odds tilsvart gutters odds, og hadde OR vært 0,5, så ville jenters odds vært halvparten av gutters odds. Det er vanlig å benytte begreper som odds, sannsynlighet, risiko eller sjanse for, når man tolker oddsratioer (Almquist 2015:237). Resultatene i denne studien beskrives og tolkes i henhold til Almquist mfl. (2015) som at noen ungdommer har større eller mindre sannsynlighet for bruk av skolehelsetjenesten tre ganger eller mer siste 12 måneder, sammenlignet med andre ungdommer. Den eksakte odds ratioen vil der det er hensiktsmessig, oppgis med tallverdi i parentes (OR =).

Resultat

Andelen som ikke har svart på de ulike variablene i studien varierer mellom 1-10 prosent, og analysene inkluderer kun de som har svart på alle de inkluderte variablene. Det var 49 prosent gutter og 51 prosent jenter som besvarte spørreskjemaet. Ungdommene var jevnt fordelt på de ulike trinnene: 34 prosent fra 8. trinn, 35 prosent fra 9. trinn og 31 prosent fra 10. trinn.

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. Kjikvadrattest. P-verdi < 0.001

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 prosent at de hadde brukt skolehelsetjenesten minst én gang, mens 10 prosent 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 prosent av jentene, og 7 prosent av guttene. Denne forskjellen ble så undersøkt nærmere, ved å se hvordan de ulike variablene som kunne tenkes å ha en sammenheng med bruk av skolehelsetjenesten fordelte seg på kjønn.

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)	<.001
Misfornøyd med egen helse (n=10598)	10	17	1420 (13)	<.001
Daglig fysisk plaget (n=10613)	8	16	1242 (12)	<.001
Depressive plager (høy grad) (n=11003)	7	19	1471 (13)	<.001
Angstplager (høy grad) (n=10942)	2	10	672 (6)	<.001
Mangler venner (n=11472)	11	11	1219 (11)	IS
Blir mobbet min. månedlig (n=11515)	11	11	1309 (11)	IS
Trives på skolen (n=11734)				
Stemmer svært godt	59	57	6827 (58)	.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)	<.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)	.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)	IS
Opplevd middels/dårlig økonomisk status (n=11502)	17	20	2099 (18)	<.001

* Prosentandeler etter kjønn. Kjikvadrattest. IS= ikke signifikant

Tabell 2 viser hvordan alle ulike uavhengige variablene fordelte seg på kjønn. Dette ble gjort ved hjelp av deskriptiv analyse (krysstabell og kjikvadrattest).

Det er klare forskjeller i hvordan gutter og jenter vurderer sin fysiske og psykiske helse. Flere jenter er generelt mer misfornøyd med helsa (jenter: 17 prosent, gutter: 10 prosent), og flere jenter rapporterer høy grad av plager, særlig depressive plager (jenter: 19 prosent, gutter: 7 prosent). Analysen viser imidlertid ingen signifikante forskjeller mellom jenter og gutter når det gjelder det å mangle venner (begge 11 prosent), og å oppleve mobbing minimum månedlig (begge 11 prosent). Når det gjelder

konflikt i hjemmet ser vi at en høyere andel jenter oppgir at de ofte krangler med foreldrene (jenter: 23 prosent, gutter: 18 prosent).

I tabell 3 vises først resultatene fra de bivariate analysene. Denne ujusterte logistiske regresjonsanalysen viser at jenter (OR = 2,017) har større sannsynlighet for bruk av skolehelsetjenesten tre ganger eller mer siste 12 måneder, enn gutter. Dette var forventet ut ifra tabell 1. Vi ser også at det å ha ulike helseplager, særlig høy grad av angstplager (OR = 4,522), og høy grad av depressive plager (OR = 3,327) også øker sannsynligheten for å ha brukt skolehelsetjenesten tre ganger eller mer siste 12 måneder, i tillegg til det å ha minimum én daglig fysisk plage (OR = 2,524). De som er generelt misfornøyd med helsa (OR = 2,099) har en høyere sannsynlighet for å ha brukt skolehelsetjenesten enn de som er generelt fornøyd med helsa.

Når det gjelder de sosiale utfordringene, gir mobbing (OR = 2,586) større sannsynlighet for bruk av skolehelsetjenesten for de som oppgir dette. Og de som mangler venner (OR = 1,536) har også større sannsynlighet for bruk av skolehelsetjenesten enn de som oppgir å ha venner. Nedsatt skoletrivsel, det å krangle ofte med foreldrene eller å ofte oppleve konflikt mellom de voksne i familien, viser også signifikant sammenheng med bruk av skolehelsetjenesten. For hver økning i verdien på disse variablene, øker sannsynligheten for å ha brukt skolehelsetjenesten. Tendensen er videre at ungdommer med utfordringer knyttet til alle de ulike fysiske, psykiske og sosiale faktorene, ser ut til å ha en større sannsynlighet for bruk av skolehelsetjenesten enn ungdom som ikke oppgir disse utfordringene

Videre viser tabell 3 resultatene fra den trinnvise multivariate logistiske regresjonen som undersøker hva som kan forklare at jenter bruker skolehelsetjenesten mer. I modell 1 hvor kjønn alene er inkludert, vises utgangspunktet: det å være jente (OR = 2,109) gir større sannsynlighet for bruk av skolehelsetjenesten. 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 enn gutter. Resultatet viser også at det er høy grad av angstplager og høy grad av depressive plager som gir størst sannsynlighet for bruk av skolehelsetjenesten. Det å være misfornøyd med egen helse og å ha minimum én daglig fysisk helseplage, har fortsatt en signifikant sammenheng med bruk av skolehelsetjenesten. Så langt viser altså analysen at både det å ha helseplager og det å være jente øker sannsynligheten for bruk av skolehelsetjenesten, men at psykiske helseplager er viktigere for bruk av skolehelsetjenesten enn kjønn.

Tabell 3: Sammenheng mellom kjønn, egenvurdert 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)	< .001	2.109	(1.815-2.449)	< .001	1.647	(1.432-1.956)	< .001	1.724	(1.473-2.018)	< .001
Egenvurdert helse (misfornøyd med egen helse =1)	2.099	(1.794-2.455)	< .001				1.326	(1.098-1.601)	.003	1.256	(1.038-1.519)	.019
Fysiske helseplager (min. 1 daglig plage =1)	2.524	(2.153-2.958)	< .001				1.404	(1.155-1.708)	.001	1.325	(1.088-1.613)	.005
Depressive helseplager (høy grad=1)	3.327	(2.883-3.839)	< .001				1.826	(1.486-2.245)	< .001	1.497	(1.209-1.852)	< .001
Angstplager (høy grad=1)	4.522	(3.785-5.403)	< .001				1.899	(1.476-2.444)	< .001	1.644	(1.272-2.125)	< .001
Venner (usikkert/nei=1)	1.536	(1.286-1.836)	< .001							1.056	(0.849-1.313)	IS
Mobbet (min. månedlig =1)	2.586	(2.213-3.021)	< .001							1.589	(1.298-1.946)	< .001
Skoletrivsel (svært godt=ref)												.024
Nokså godt	1.759	(1.534-2.005)	< .001							1.233	(1.053-1.444)	.009
Nokså dårlig	3.392	(2.593-4.438)	< .001							1.464	(1.032-2.078)	.033
Svært dårlig	3.236	(2.221-4.714)	< .001							0.981	(0.567-1.698)	IS
Krangler ofte med foreldre (ikke=ref)												IS
Passer ganske dårlig	1.465	(1.260-1.703)	< .001							1.177	(0.982-1.412)	IS
Passer ganske godt	2.129	(1.781-2.545)	< .001							1.228	(0.975-1.545)	IS
Passer svært godt	2.941	(2.317-3.733)	< .001							1.306	(0.941-1.814)	IS
Ofte krangling mellom de voksne (ikke=ref)												.011
Passer ganske dårlig	1.416	(1.223-1.639)	< .001							1.204	(1.008-1.437)	.040
Passer ganske godt	2.072	(1.717-2.500)	< .001							1.469	(1.163-1.855)	.001
Passer svært godt	2.484	(1.922-3.210)	< .001							1.215	(0.856-1.723)	IS
Konstant				0.065		< .001	0.056		< .001	0.039		< .001

* Logistisk regresjon. Ujusterte og justerte OR med 95prosent konfidensintervall. IS = ikke signifikant

I modell 3 kontrolleres det i tillegg for de sosiale faktorene knyttet til skole, jevnaldrende og foreldre, og vi ser igjen at jenter (OR = 1,724) har høyere sannsynlighet for bruk av

skolehelsetjenesten enn gutter. Videre viser modellen fortsatt at det å ha høy grad av angstplager (OR = 1,644) gir større sannsynlighet for bruk av skolehelsetjenesten, enn det å ikke ha slike angstplager. Det samme gjelder for de som er utsatt for mobbing (OR = 1,589) i forhold til de som ikke er utsatt for mobbing. 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 bruk av skolehelsetjenesten. Angående trivsel på skolen, er det for de som oppgir størst mistriivsel ikke en signifikant sammenheng med 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 bruk av skolehelsetjenesten.

Resultatet av denne multivariate analysen viser altså at det å være jente, ha ulike helseplager, eller oppleve mobbing, gir større sannsynlighet for bruk av skolehelsetjenesten. En mulig forklaring på at oddsratioen for de ulike helseplagene reduseres i den siste modellen, er at mobbing er en bakenforliggende variabel, og at noe av effekten av det å være utsatt for mobbing går via de ulike helseplagene. En annen mulighet er at mobbing representerer en mellomliggende variabel, ved at helseplager øker utsattheten for mobbing, som igjen bidrar til økt bruk av helsesøster. Likevel ser vi at det å oppleve mobbing, selv når nivået av helseplager er likt, er relatert til høyere sannsynlighet for bruk av skolehelsetjenesten.

Det var også et mål med denne studien å se om det var forskjell på gutter og jenter i hvilken betydning de ulike variablene har for bruk av skolehelsetjenesten. Tabell 4 viser resultatene fra separate multivariate analyser for begge kjønn. Analysen viser at det er en viss forskjell på gutters og jenters bruk av skolehelsetjenesten. 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 bruk av skolehelsetjenesten. Høy grad av angstplager, som indikerer høy sannsynlighet for bruk av skolehelsetjenesten i den foregående analysen, viser i denne analysen en ikke signifikant sammenheng for gutter. 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 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 krangling mellom de voksne i familien (OR = 1,649) en større sannsynlighet for bruk av skolehelsetjenesten for de som opplever dette i middels grad, mens det å ha minimum én fysisk plage daglig, ikke gir en signifikant sammenheng med bruk av skolehelsetjenesten for jenter. De separate analysene viser at det er forskjeller på gutter og jenter i hvordan de ulike helseplagene påvirker bruk av skolehelsetjenesten. 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 bruk av skolehelsetjenesten for gutter.

Tabell 4: Sammenheng mellom egenvurdert 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)	.008	1.033	(0.697-1.532)	IS
Fysiske helseplager (min. 1 daglig plage =1)	1.241	(0.989-1.556)	IS	1.594	(1.076-2.362)	.020
Depressive helseplager (høy grad=1)	1.384	(1.083-1.768)	.009	1.870	(1.216-2.874)	.004
Angstplager (høy grad=1)	1.721	(1.301-2.277)	<.001	1.467	(0.733-2.939)	IS
Venner (usikkert/nei=1)	1.033	(0.790-1.352)	IS	1.089	(0.744-1.593)	IS
Mobbet (min. månedlig =1)	1.482	(1.148-1.914)	.003	1.828	(1.304-2.564)	<.001
Skoletrivsel (svært godt=ref)			IS			IS
Nokså godt	1.264	(1.042-1.534)	.017	1.175	(0.892-1.547)	IS
Nokså dårlig	1.441	(0.937-2.216)	IS	1.561	(0.853-2.856)	IS
Svært dårlig	0.987	(0.503-1.936)	IS	0.996	(0.388-2.557)	IS
Krangler ofte med foreldre (ikke=ref)			IS			IS
Passer ganske dårlig	1.222	(0.973-1.535)	IS	1.124	(0.829-1.524)	IS
Passer ganske godt	1.229	(0.927-1.629)	IS	1.266	(0.845-1.896)	IS
Passer svært godt	1.392	(0.948-2.044)	IS	1.126	(0.580-2.184)	IS
Ofte krangling mellom de voksne (ikke=ref)			.001			IS
Passer ganske dårlig	1.391	(1.121-1.727)	.003	0.905	(0.661-1.240)	IS
Passer ganske godt	1.649	(1.246-2.182)	<.001	1.150	(0.748-1.769)	IS
Passer svært godt	1.451	(0.973-2.163)	IS	0.782	(0.368-1.666)	IS
Konstant	.063		<.001	.045		<.001

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

Diskusjon

Hovedfunnene i denne studien er at jenter og gutter i ungdomsskolen bruker skolehelsetjenesten i ulik grad, jenter i større grad enn gutter. I tillegg gir fysiske og psykiske helseplager, samt mobbing, større sannsynlighet for bruk av tjenesten, enn om man ikke har slike plager eller ikke blir mobbet. Egenvurdert helse knyttet til fysiske, psykiske og sosiale faktorer har ulik betydning for bruk av skolehelsetjenesten for jenter og gutter. Depressive plager og mobbing viser en signifikant sammenheng med bruk av skolehelsetjenesten for begge kjønn, mens resultatene synes å indikere en tendens til at fysiske plager er viktigere for gutters bruk av skolehelsetjenesten enn for jenters, og konflikt i hjemmet er viktigere for jenters bruk enn for gutters.

Bruk av skolehelsetjenesten

Resultatene fra denne studien viser at omtrent halvparten av jentene og 40 prosent av guttene oppgir å ha brukt skolehelsetjenesten i løpet av de siste 12 månedene. Dette er høyere tall enn hva tidligere kartlegginger lokalt og nasjonalt har vist (NOVA 2015b, Vardheim 2013). En forklaring kan være at den økte satsningen på skolehelsetjenesten de siste årene med økte ressurser til bemanning, kan ha ført til økt tilgjengelighet. I tillegg viser en kartlegging av helsesøsterbemanningen i Norge (Waldum-Grevbo og Haugland 2015) at helsesøsterdekningen i ungdomsskolene i Oslo er litt over normtallet fastsatt av Helsedirektoratet (2010). Oslo kommune oppgir på sine nettsider at de følger anbefalt program for skolehelsetjenesten med kontakt med samtlige elever på 8. og på 10. trinn. Tallene for bruk av skolehelsetjenesten kunne dermed forventes å være enda høyere. At dette ikke kommer til uttrykk i resultatene, kan skyldes at spørsmålsformuleringen «*brukt helsesøster eller skolelege*» gir rom for ulike tolkninger blant respondene av hvordan de har vurdert sin kontakt med skolehelsetjenesten. I tillegg kan måletidspunktet; januar–mars være en forklaring her, samt at det erfaringsmessig er høyst usikkert om skolehelsetjenesten overalt i Oslo iverksetter det programmet som er anbefalt.

Videre viser denne studien ingen signifikant sammenheng mellom sosioøkonomisk bakgrunn og bruk av skolehelsetjenesten tre ganger eller mer. Målene for sosioøkonomisk bakgrunn i denne studien er, som nevnt, et noe usikkert mål som kartlegger ungdommenes egen oppfatning av foreldrenes utdanning, og familiens økonomiske status. En rapport fra NOVA (Bakken mfl. 2016) som benytter et mål på sosioøkonomiske ressurser som ungdom har tilgang til gjennom familien sin, viser at bruk av skolehelsetjenesten er høyest blant ungdom fra familier med lav sosioøkonomisk status og da særlig blant jenter. Her er det imidlertid ikke differensiert mellom lite og mye bruk, og det er heller ikke kontrollert for ulike plager.

Sammenheng mellom egenvurdert helse og bruk av skolehelsetjenesten

Denne studien viser at særlig utfordringer knyttet til psykiske helseplager og mobbing gir større sannsynlighet for bruk av skolehelsetjenesten tre ganger eller mer de siste 12 månedene. 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, Zachrisson mfl. 2006). Når det gjelder mobbing fant en annen norsk studie at sammenhengen mellom mobbing og 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 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 en økning i bruk av helsetjenester (O'Connor mfl. 2014, Zachrisson mfl. 2006). Langaard (2006) fant at ungdom ser på skolehelsetjenesten som en tilgjengelig tjeneste som det er forbundet lite stigma med å oppsøke, og Kvarme mfl. (2010) fant at skoleelever som opplever mobbing ønsker hjelp av helsesøster.

En av helsesøsters ansvarsoppgaver er å henvise ungdom med betydelige helseplager videre til utredning og behandling hos andre instanser (Helsedirektoratet 2004). Våre funn kan indikere at disse ungdommene bruker skolehelsetjenesten i stor grad. Det kan være flere forklaringer på det. Først av alt: dataene i denne studien forteller oss ikke noe om årsaken til at ungdommene har brukt skolehelsetjenesten tre ganger eller mer, og vi vet derfor ikke om de har presentert plagene eller belastningene sine for helsesøster. Forutsetninger 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 tar opp vanskelige saker med helsesøster. Det at det tar tid å få time til utredning og behandling hos andre instanser, kan også føre til at helsesøster må følge opp ungdommene selv. En del helsesøstre har i tillegg videreutdanning i psykisk helsearbeid, og det er utarbeidet ulike verktøy helsesøstre kan ta i bruk overfor barn og unge med angst- og/eller depressive plager. Dahl og Clancy (2015) fant at det å fokusere på individuell oppfølging av brukere med særskilte behov, er noe helsesøstre er opptatte av og bruker mye tid på. En siste forklaring på at denne sårbare gruppen bruker skolehelsetjenesten i stor grad, kan også være at ungdommene får oppfølging både hos helsesøster og hos andre instanser. 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 dermed har gitt kunnskap om sammenhenger som ikke tidligere er undersøkt når det gjelder bruk av skolehelsetjenesten. Den samlede analysen for begge kjønn viser at det å oppleve daglige fysiske helseplager også har sammenheng med 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.

Når det gjelder skoletrivsel finner vi at det er de som oppgir moderat skoletrivsel som har større sannsynlighet for bruk av skolehelsetjenesten, mens det ikke er påvist en signifikant sammenheng med bruk av skolehelsetjenesten hos de som oppgir størst mistrivsel. Dette kan muligens skyldes at nedsatt skoletrivsel og skolefravær henger sammen. Askeland mfl. (2015) fant at en stor andel (40 prosent) av de med høyt fravær ikke er i kontakt med noen helsetjeneste. Det kan være grunn til å tro at de som

rapporterer størst mistriivsel med skolen, er mindre tilstede på skolen og heller ikke benytter seg av tilbud som er lokalisert der.

Krangel med foreldre viser heller ikke en signifikant sammenheng med bruk av skolehelsetjenesten, mens det å oppleve moderat konflikt mellom de voksne i familien viste en signifikant sammenheng. 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 tegn på ungdommenes utvikling av autonomi og selvstendighet. Dette kan bidra til å forklare at ungdommer som erfarer slike konflikter ikke opplever behov for ekstra kontakt med skolehelsetjenesten. Funnet om at de som opplever mest konflikt i hjemmet ikke har en signifikant sammenheng med bruk av skolehelsetjenesten, kan relateres til Persike og Seiffge-Krenke (2016) sine funn om at ungdommer viser en tendens til å benytte mindre av aktive mestringsstrategier når det gjelder å håndtere stress knyttet til foreldrene. Følgelig er det mindre sannsynlig at ungdommer bruker skolehelsetjenesten ved høy grad av konflikter hjemme.

Betydningen av kjønn

Denne studien viser at når det er kontrollert for fysiske, psykiske og sosiale faktorer, så er det altså det å være jente som gir størst sannsynlighet for 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 at kjønnforskjellen allerede er tilstede i ungdomsskolealder og i bruk av skolehelsetjenesten. Kjønnforskjeller i bruk av helsetjenester har blant annet blitt forklart med ulike roller knyttet til kjønnene, og at rollen som hjelpetrequende 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 sentralt, vil det kunne oppleves svært belastende å ikke handle i tråd med omgivelsenes krav knyttet til hva som forventes av den kjønnsrollen en 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 kjønnforskjellen kan være hvordan skolehelsetjenesten fremstår. Ofte fremstår denne type helsetilbud med en feminin profil (Dyregrov 2004, Langaard 2006), hvor helsesøster, som nærmest alltid er 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). Langaard (2006) foreslår at ved å ansette menn vil man kunne «maskulinisere» skolehelsetjenesten, og bidra til en kulturell tillatelse for gutter til å snakke om sin situasjon.

En siste forklaring på forskjellen på jenter og gutter i denne sammenheng er betydningen av helsefremmende allmenndannelse (health literacy). Jenter viser seg å ha et høyere nivå av helsefremmende allmenndannelse særlig knyttet til psykisk helse enn gutter (Coles mfl. 2016). Idet helsefremmende allmenndannelse har betydning for om ungdom søker hjelp for sine problemer, vil dette kunne bidra til å forklare forskjell på jenter og gutter i bruk av skolehelsetjenesten.

Denne studien undersøker kun et utvalg variablers sammenheng med bruk av skolehelsetjenesten. Andre undersøkelser har vist at spørsmål og bekymring knyttet til pubertet, kropp og seksualitet er temaer ungdom oppsøker skolehelsetjenesten for å få hjelp til (Vardheim 2013). Det kan tenkes at jenter i større grad bruker helsesøster til denne typen spørsmål og rådgivning enn gutter (Sollesnes 2010), i og med at de kommer tidligere i pubertet, og dette kan dermed være en medvirkende forklaring på at jenter bruker tjenesten mer enn gutter.

Kjønnsforskjeller i betydningen av egenvurdert helse for 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 mfl. 2011, Mykletun mfl. 2009, NOVA 2015b). Høy grad av angstplager er etter definisjonen i denne studien et mye mer marginalt fenomen enn for eksempel å ha minimum en fysisk plage daglig. Tendensen er imidlertid at det å ha høy grad av helseplager er like viktig for bruk av skolehelsetjenesten for gutter som for jenter, men det synes å være en forskjell mellom gutter og jenter i hvordan utfordringer knyttet til fysiske helseplager viser sammenheng med bruk av skolehelsetjenesten. For gutter viser fysiske plager en signifikant sammenheng med bruk av skolehelsetjenesten, men ikke for jenter. 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 helse-tjenester knyttet til fysiske plager, som for eksempel fastlege, og når det gjelder smertepleger fant Haraldstad mfl. (2011) at flere jenter enn gutter bruker smertestillende legemidler. Når det gjelder konflikt i hjemmet vises det i denne studien større sannsynlighet for bruk av skolehelsetjenesten kun blant jenter. En forklaring kan være at jenter opplever stress knyttet til foreldre mer belastende enn gutter, og benytter seg av mer aktive mestringsstrategier (Persike og Seiffge-Krenke 2016, Rudolph 2002).

Styrker og svakheter ved studien

Høyt antall respondenter og høy svarprosent 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, Helsedirektoratet 2016). Idet denne studien benytter et tverrsnittdesign kan den ikke si noe om årsakssammenhenger. Den kan heller ikke alltid si noe sikkert om tidsrekkefølge, altså hva som kommer først og sist av variablene. Studien ser kun på samvariasjon. 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. Det å skille mellom å ha brukt skolehelsetjenesten mer eller mindre enn tre ganger siste år, kan resultere i at vi overser noen reelle sammenhenger mellom helse og skolehelsetjenestebruk, eksempelvis kan ungdommer som opplever helseutfordringer ha vært hos helsesøster to ganger siste året uten at dette fanges opp her.

I tabellene har vi ikke inkludert mål på ungdommenes sosioøkonomiske bakgrunn og deres innvandrerbakgrunn. I tillegg analyser fant vi imidlertid at sammenhengene vi presenterer i tabell 3 og 4 kun endret seg marginalt når vi inkluderte disse variablene.

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. 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. Når det gjelder mobbing, definerer og kategoriserer denne studien dette annerledes enn andre studier, noe som gir en høyere forekomst enn f.eks. Elevundersøkelsen. Det er ikke tatt med variabler som omhandler rus, vold og kriminalitet i denne studien. Såkalte eksternaliserende 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 fra 13 års alder, med en sterk overvekt av gutter (Lien og Larsen 2015). I denne studien er det benyttet definerede terskelverdier 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 benyttes av nær halvparten av ungdoms-skoleelevene, og at én av ti har brukt den tre ganger eller mer siste året. Resultatene våre viser blant annet viktigheten av at skolehelsetjenesten har nok ressurser til å jobbe universelt rettet, for å fremme helse og trivsel for alle og med tiltak som når dem som ikke oppsøker helsesøster selv. Ett eksempel er å bidra til gjennomføring av undervisningsprogrammet *Alle har en psykisk helse* (Ungsinn 2012) som kan påvirke ungdomskolelevers holdninger, og bidra til økt kunnskap om psykiske plager og hvordan man kan få hjelp.

Ungdommer med utfordringer knyttet til fysiske og psykiske helseplager eller mobbing bruker skolehelsetjenesten. Det er derfor avgjørende at helsesøstre har kompetanse på hvordan det er hensiktsmessig å møte disse ungdommene. Videre forskning vil kunne bidra med å utvikle og evaluere ulike intervensjoner, slik som kartleggingsspørsmål eller screeningverktøy knyttet til psykisk helse og mobbing, slik at dette kan avdekkes tidlig, og kunnskapsbaserte tiltak iverksettes raskt. Tidlig avdekking og behandling av angst- og depresjonsplager, vil kunne redusere disse før de får utvikle seg videre (Dahm mfl. 2010).

Når det gjelder mobbing må man ha både universelle og selektive tiltak, og det er viktig at helsesøster inkluderes i skolemiljøet og bidrar i samarbeid med lærere, elever og foreldre om å forebygge mobbing. Kvarme mfl. (2016) fant at støttegrupper administrert av helsesøster kan bidra til å redusere mobbing for dem som har vært utsatt. Videre viser våre funn at jenter benytter skolehelsetjenesten mer enn gutter. Helse-søsteryrket utøves av drøyt 99.5 prosent kvinner og det er behov for mer forskning om hvordan dette i minst mulig grad skal påvirke gutters bruk av skolehelsetjenesten, særlig i ungdomsalder.

Abstract

Who visits the school nurse?

In adolescence, many youth face physical, mental and social health challenges. The school health services are the most important health care providers for this age group. This article examines the relationship between adolescents' self-reported health and their use of school health services, using data from the cross-sectional study "Young in Oslo" 2015 (N=12449).

One in ten of the adolescents reported having used the school health services three or more times during the last 12 months. More girls than boys used these services. Reporting health challenges, especially depressive symptoms and being bullied, increased the odds of having visited the school health services more frequently. Important factors related to increased frequency of visits to the school health services seems to be physical complaints among boys and conflicts at home among girls.

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.
- Askeland, K. G. mfl. (2015). Adolescent school absenteeism and service use in a population-based study. *BMC Public Health*, 15: 626.
- Bakken, A, L. R., Frøyland & M. Aa Sletten (2016). *Sosiale forskjeller i unges liv*. NOVA rapport 3/16. Oslo: NOVA.
- 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.
- Breidablik, H.-J. (2012). Ungdomshelse - hvor og hvordan kan helsearbeidere bidra? *Utposten*, 41(5): 35-37.
- Breivik, K., Bru, E., Hancock, C., Idsøe, E. C., Idsøe, T., & Solberg, M. E. (2017). *Å bli utsatt for mobbing. En kunnskapsoppsummering om konsekvenser og tiltak*. Stavanger: Læringsmiljøsentret.
- 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.
- 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., Bergsli, H., & van der Wel, K. (2014). *Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt*. Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus, Fakultet for samfunnsfag/Sosialforsk.
- 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.
- Dyregrov, A. (2004). De tause behandlerne-Hvordan få bedre kontakt med ungdommer. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 41(9):723-724.
- Folkehelseinstituttet. (2008). *Egenvurdert helse - faktaark med statistikk*. Nedlastet fra <http://www.fhi.no/tema/helse-i-norge/egenvurdert-helse>
- Folkehelseinstituttet. (2015). *Fakta om mobbing blant barn og unge*. Nedlastet 25.04.2016 fra <http://www.fhi.no/tema/psykisk-helse/mobbing>
- 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. & 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.
- 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 (2016) *Kartlegging av årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. Nedlastet 04.02.2017 fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1239/Kartlegging%20av%20årsverk%20i%20helsestasjons-%20og%20skolehelsetjenesten.pdf>
- 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). Helserelatert livskvalitet hos ungdom Kunnskap om helserelatert livskvalitet hos ungdom som grunnlag for tilnærming i skolehelsetjenesten. *Nordic Journal of Nursing Research*, 27(1):15-21.
- Huebner, E. S. mfl. (2014). Schooling and children's subjective well-being *Handbook of child well-being* (s. 797-819). Dordrecht: Springer.
- Ungsinn (2012). *Beskrivelse og vurdering av tiltaket: Alle har en psykisk helse*. Nedlastet fra <http://www.ungsinn.no/wp-content/uploads/Beskrivelse-og-vurdering-av-Alle-har-psykisk-helse-5.6.2012.pdf>

- 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. 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.
- Landsrådet for Norges barne- og ungdomsorganisasjoner (2017): *Livsmestring i skolen. For flere små og store seiere i hverdagen*. Nedlastet 04.02.2017 fra <http://www.lnu.no/wp-content/uploads/2017/01/lis-sluttrapport-1.pdf>
- Mathias, K. (2002). *Youth-specific primary health care—access, utilisation and health outcomes*. Christchurch: New Zealand Health Technology Assessment.
- Mykletun, A., A. K. Knudsen & K. S. Mathiesen (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. (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., Rognerud, M., & Strand, B. H. (2007). *Sosial ulikhet i helse: en faktarapport*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- 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.
- 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.
- 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.
- Rudolph, K. D. (2002). Gender differences in emotional responses to interpersonal stress during adolescence. *Journal of Adolescent Health*, 30(4):3-13.

- Samdal, O., Bye, H. H., Torsheim, T., Birkeland, M. S., Diseth, Å. R., Fismen, A.-S., Wold, B. (2012). *Sosial ulikhet i helse og læring blant barn og unge. Resultater fra den landsrepresentative spørreskjemaundersøkelsen "Helsevaner blant skoleelever. En WHO-undersøkelse i flere land"*.
- 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.
- 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. (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>
- 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.
- World Medical Association declaration of Helsinki. (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.

Noter

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

² Etiske vurderinger. Ungdata-undersøkelsen Ung i Oslo er på ungdomsskoletrinnet en anonym spørreundersøkelse, og det er umulig å identifisere enkeltpersoner i svarene som gis. Ungdommene får utdelt et tilfeldig brukernavn for å logge seg inn i undersøkelsen, og det finnes ingen koplinger mellom brukernavn og person. De etiske prinsippene om å ivareta informantenes konfidensialitet og anonymitet er dermed ivaretatt (World Medical Association declaration of Helsinki 1964). Elever og foresatte får informasjon om at deltakelse er frivillig, at de når som helst kan trekke seg, eller la være å svare på enkeltspørsmål. Alle elever får oppgitt kontaktinformasjon til Røde Kors-telefonen for barn og ungdom, samt helsesøster på skolen dersom de har behov for å prate med noen etter spørreundersøkelsen.

³ 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).