



Illustrasjonsfoto: Colourbox

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Helsedirektoratet har utviklet anbefalte normtall for helsesøsterdekning i de ulike del-tjenestene av helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Det har hittil manglet data som gir oversikt over avstand til norm i barne-, ungdom- og videregående skole.

Hensikt: Hensikten med denne studien var å kartlegge helsesøsterbemanningen på den enkelte skole i Norge og evaluere denne opp mot anbefalte normtall og tilstedeværelse. Ved å analysere forskjeller mellom skoletrinn, fylker, sko-

lestørrelse og kommunestørrelse ønsket vi å evaluere om helsesøsterdekningen i skolehelsetjenesten er dimensjonert slik at elevene har et faglig forsvarlig lavterskeltilbud.

Metode: Det ble gjennomført en tverrsnittstudie, ved hjelp av spørreskjema, til kommunene. Ikke-parametriske metoder ble brukt for å sammenligne helsesøsterdekning opp mot skolestørrelse og kommunestørrelse. Kji-kvadrat tester ble brukt for å undersøke forskjeller mellom proporsjoner i ulike grupper.

Resultat: Bare 1,4 prosent av landets skoler hadde helsesøster til stede hver dag. Antall helsesøstre i barneskolen må økes med 125 prosent for å nå normtall. For ungdomsskolen må økningen være 34,4 prosent og for videregående skole 21,1 prosent. Avstand til norm økte med kommunestørrelse og skolestørrelse

Konklusjon: Skolehelsetjenesten er ikke bemannet i forhold til anbefalt norm for helsesøsterdekning. Tilbudet er ulikt i kommuner, bydeler og mellom skoler og kan ikke betegnes som et likeverdig lavterskeltilbud.

ENGLISH SUMMARY

Where is the school nurse? A study of the staffing of school nurses

Background: The Norwegian Directorate of Health has developed standards for attendance by the school nurses in the services. So far the overview of the gap from the standard has been missing for elementary schools, junior highs and high schools.

Objective: The aim of the study was to assess the attendance of school nurses in schools in Norway, and evaluate this against the standards. By analysing the differences between schools, counties, sizes of schools and sizes of the municipalities, we wanted to evaluate if the

number of school nurses appointed, and their attendance in the schools is adequate for providing services and diligent care.

Method: A cross-sectional design was used. A question formula was sent to the municipalities. Non-parametric methods were used to compare the percentage of school nurses with the size of the school and the size of the municipalities.

Results: The school nurse is present every day in only 1.4 % of the schools. The number of school nurses in elementary schools must be increased by 125 %, in junior high schools by 34.4 % and

in high schools by 21.1 % to reach the standards recommended by the government. The deviation from the standards has been seen to increase with the size of the municipality and the size of the schools.

Conclusion: The staffing of the Norwegian School Health Service is not adequate to meet the recommended standards. The service differs between municipalities and schools, and cannot be characterised as uniformly easy and accessible throughout the country.

Key Words: School nurse, school health, staffing, cross-sectional study

HVOR ER HELSESØSTER?

» En kartlegging av helsesøsterbemanningen i skolehelsetjenesten

Forfattere: Kristin Sofie Waldum-Grevbo og Trude Haugland

NØKKELORD

- Helsesøster
- Bemanning
- Skolehelsetjeneste
- Tverrsnitsstudie

INTRODUKSJON

I sin utviklingsstrategi for helsestasjons- og skolehelsetjenesten har Helsedirektoratet utarbeidet et forslag til bemanningsnorm (1). Foreslått minimumsnorm for helsesøsterdekning i forhold til elever er basert på en utregning av tiden som trengs for å utføre faglig, anbefalte oppgaver i skolehelsetjenesten. Normen per hele helsesøsterstilling er 300 elever i barneskolen, 550 i ungdomsskolen og 800 i videregående skole.

Lovverket fastsetter at alle kommuner skal ha «skolehelsetjeneste i skoler» (2). Retningslinjer og veiledere for helsestasjons- og skolehelsetjenesten utarbeides i tråd med kunnskapsbasert praksis (3). En faglig forsvarlig skolehelsetjeneste kan dermed forstås som en tjeneste der innholdet er i overensstemmelse med disse. Formålet med tjenesten er å fremme psykisk og fysisk helse, gode sosiale og miljømessige forhold, samt å forebygge sykdom og skader (4). I forarbeidene til Helse-

og omsorgstjenesteloven utdypes intensjonen. Tilbudet skal være et «drop-in», «lavterskeltilbud» på skolen der elevene kan få tidlig helsehjelp på lavest mulig nivå (5). Landsomfattende tilsyn med skolehelsetjenesten viste at helsesøsters tilstedeværelse var liten og varierte mye fra sted til sted (6). Tidligere, mindre kartlegginger fra Oslos bydeler og fra de ti største byene i Norge, viste det samme. Mange steder lå bemanningen langt under anbefalte norm (7–9).

I en kunnskapsoppsummering om skolehelsetjenesten ble det ikke funnet noen systematiske oversikter som omhandler bemanning direkte (10). Søk i ulike databaser stadfester at skolehelsetjenesten generelt og bemanningssituasjonen spesielt er lite belyst gjennom forskning på verdensbasis.

Det finnes noen få enkeltstudier og andre publikasjoner som omhandler bemanning nasjonalt og internasjonalt: En amerikansk studie rapporterer at data over bemanningen i skolehelsetjenesten på nasjonalt nivå er essensielt for å få oversikt over ressursinnsatsen ved tiltak satt i verk av skolehelsetjenesten. (11). Helsedirektoratet har også påpekt at det mangler en slik nasjonal oversikt over bemanningen i de ulike delstatene, som helsestasjon, barneskole, ungdomsskole,

videregående skole og helsestasjon for ungdom (1).

Norsk institutt for by- og regionforskning omtaler en positiv effekt ved god bemanning i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. De slår fast at kommuner med god helsesøsterbemanning har en reduksjon i barnevernstiltak fordi støttetiltak blir satt inn tidligere (12). I flere tverrsnitsstudier har samarbeidende personell på skolene blitt intervjuet om helsesøsters rolle (13–15). Resultatene viser at der helsesøstre er til stede på skolene frigjøres lærerens tid til undervisning, og elever og foreldre slipper å ta fri for å oppsøke andrelinjetjenesten i en del tilfeller. Helsesøstre vurderer og håndterer helsemessige problem-

Hva tilfører artikkelen?

Resultatet av denne kartleggingen viser at skolehelsetilbudet ikke er i tråd med Helsedirektoratets anbefalinger, og at det er store variasjoner mellom fylkene.

Mer om forfatterne:

Kristin Sofie Waldum-Grevbo er leder for Landsgruppen av helsesøstre i Norsk sykepleierforbund. Trude Haugland er PhD og førsteamanuensis ved Høgskolen Diakonova. Kontaktperson: kwal-dum@online.no.

stillinger som står i veien for læring. I en annen studie uttrykker lærerne ønske om økt tilstedeværelse av helsesøster på skolen, som en bidragsyter i miljøet og i undervisningen (16).

Baltag & Levi har analysert effekten av ulike organiseringsmodeller for skolebarns helsetjeneste ved hjelp av data fra 37 europeiske land (17). Den norske modellen med et lavterskeltilbud på skolen løftes frem som god fordi den gir

en tverrsnittsstudie (19,20). En tverrsnittsstudie med bruk av spørreskjema ble derfor benyttet for å kartlegge helsesøsterbemanningen i skolehelsetjenesten på ett og samme tidspunkt i alle fylker.

Utvalg

Utvalget besto av grunnskoler og videregående skoler. For å kunne sammenlikne antall elever på den enkelte skole

Datasamling

Informasjonen som ble innhentet, er ikke samlet inn på landsbasis tidligere. Tilpasset, elektronisk spørreskjema ble derfor utformet til hver enkelt kommune. Skjema inneholdt en oversikt over de aktuelle skolene i kommunen jamfør inklusjonskriterier. Tilknyttet hver enkelt skole, var det et felt for utfylling av hvor stor stillingsprosent skolen hadde for helsesøster inkludert møter, og et felt for kommentarer. Dette ble gjort for å forenkle rapporteringen og styrke validiteten. Spørreskjemaene ble sendt til leder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten i hver kommune 8. mars 2015. Oppdaterte e-postlister ble hentet fra Kommuneforlaget. For de tre største byene ble spørreskjemaene sendt til bydelere. Kommentarfeltene ble gjennomgått, og stillingsprosent ble eventuelt justert i forhold til kommentarene. Microsoft Access ble benyttet til utsending av spørreskjema og automatisk registrering av svar. Svarene ble kontrollert med stikkprøver og funnet korrekte. Purring ble sendt til de som ikke hadde respondert to uker etter svarfristen.

Kategorisering

Helsesøsterdekning, definert som antall barn per helsesøsterstilling, ble analysert opp mot skolestørrelse og kommunestørrelse. Skolestørrelse ble kategorisert i liten, middels og stor ut fra tertialer basert på elevtall på henholdsvis barne-, ungdoms- og videregående skole (barne-skole 0–143 elever, 144–286 og 287–825, ungdomsskole 0–232, 233–343 og 344–723 og videregående skole 0–276, 277–572 og 573–2110). Kommunene, utenom Oslo, ble kategorisert

” Der helsesøstre er til stede på skolene frigjøres lærerens tid til undervisning.

et likeverdig tilbud til elevene, er effektivt og av samfunnsøkonomisk verdi. En annen kvalitativ studie med komparativ design studerer elevenes tilgang til helsetjenester og sammenlikner skoler med helsesøster til stede heltid eller deltid (18). Studien viser at elevene tar hyppigere kontakt for konsultasjoner der helsesøster er daglig til stede enn der helsesøster er to ganger i uken. Forfatterne mener at dette indikerer et udekket behov for helsetjenester på skoler med lite tilstedeværelse.

Hensikten med denne studien var å kartlegge helsesøsterbemanningen på den enkelte skole i Norge, på samme tidspunkt over hele landet, og evaluere denne opp mot anbefalte normtall og tilstedeværelse. Ved å analysere forskjeller mellom skoletrinn, fylker, skolestørrelse og kommunestørrelse, ønsket vi å evaluere om helsesøsterdekningen i skolehelsetjenesten er dimensjonert slik at elevene har et faglig forsvarlig lavterskeltilbud.

METODE

Design

Den enkleste måten å observere et antall observasjonsheter for å gjøre sammenlikninger mellom dem på ett tidspunkt, er å utføre

med normtall for helsesøsterbemanning (1), ble elevtall hentet fra Grunnskolens informasjonssystem (21) og Statistisk sentralbyrå (SSB) (22).

Inklusjonskriterier:

Barneskoler 1.–7. klasse
Ungdomsskoler 8.–10. klasse
Offentlige videregående skoler 1.–3. klasse
Elevtall over 40

Eksklusjonskriterier:

Skoler med annen inndeling av elever, som 1.–4. klasse eller 1.–10. klasse, er ekskludert fordi normtall ikke er utarbeidet for slike skoler. Private videregående skoler oppgir ikke elevtall til SSB, disse er derfor utelatt. På de minste skolene kan normtallet innfris ved at helsesøster er på skolen sjeldnere enn hver 14. dag. Andre forhold enn normtall må da ligge til grunn for å vurdere faglig forsvarlig tilgjengelighet i skolehelsetjenesten. Skoler med under 40 elever er derfor ikke tatt med i studien.

Utvalget består etter disse seleksjonene av 2350 skoler fra 340 av landets 428 kommuner. Befolkningstall fra de inkluderte kommunene ble hentet fra SSB.

Tabell 1: Antall skoler som var med i undersøkelsen med svarprosent i hvert fylke, fordelt på skoletype, skolestørrelse og kommunestørrelse.

	Svar- prosent	SKOLETYPE			SKOLESTØRRELSE			KOMMUNESTØRRELSE		
		Videregående-	Ungdoms-	Barne-	Stor	Middels	liten	Stor	Middels	liten
Østfold	64,1	17	21	79	47	47	23	93	19	5
Akershus	93,4	35	62	160	143	77	37	251	3	3
Oslo*	73,2	35	28	79	96	32	14	-	-	-
Hedmark	78,6	16	24	77	21	41	55	68	34	15
Oppland	33,3	17	27	76	17	47	56	60	32	28
Buskerud	73,7	21	31	85	39	50	48	100	11	26
Vestfold	73,5	15	25	77	45	49	23	91	22	4
Telemark	67,2	16	20	43	19	32	28	58	12	9
Aust- Agder	51,0	9	8	34	12	14	25	27	13	11
Vest-Agder	32,0	15	21	61	31	28	38	62	24	11
Rogaland	85,2	37	44	128	93	55	61	185	5	17
Hordaland	79,6	58	45	182	74	99	112	212	47	26
Sogn og Fjordane	65,1	16	8	39	7	19	37	14	32	16
Møre og Romsdal	41,1	27	29	107	30	55	77	56	84	23
Sør-Trøndelag	62,2	27	23	77	43	41	43	82	25	20
Nord-Trøndelag	85,9	14	11	46	16	22	33	53	12	6
Nordland	72,5	18	16	57	21	30	40	54	19	18
Troms	75,0	16	15	41	22	25	25	51	7	14
Finnmark	22,9	9	6	20	3	21	11	22	5	8
Hele landet	69,3	418	464	1468	779	784	787	1539	406	260

*Oslo er en kommune. Klassifisering i kommunestørrelse er derfor ikke aktuelt.

etter innbyggertall i liten: =5000, middels: 5000–10000 og stor: =10000.

Etikk

Anerkjente etiske retningslinjer med grunnlag i Helsinkideklarasjonen (NEM 1992) ble fulgt.

Informasjon som ble innhentet i denne studien, er tilgjengelig for innbyggerne i den enkelte kom-

mune gjennom blant annet nettsider. Studien ble meldt til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) 14.01.2015. De responderte med at en formell søknad ikke var nødvendig i og med at det ikke fremkommer opplysninger som kommer i konflikt med personvern hensyn. Datamaterialet i denne studien er ikke gjenstand for enkelt-benevnelse av personer.

For å ivareta prinsippet om å gi god informasjon om hensikten med studien (20), fikk respondentene detaljert informasjon om formålet med undersøkelsen i forbindelse med at elektronisk spørreskjema ble sendt ut til kommunene.

Dataanalyse

Helsesøsterdekning ble opp-

Tabell 2: Median elevtall per helsesøster i forhold til kommunestørrelse

	Små kommuner	Middels kommuner	Store kommuner	Oslo	p-verdi
Barneskole	575 (440–873)	573 (446–908)	675 (555–850)	797 (641–945)	0,001
Ungdomsskole	490 (412–617)	575 (475–776)	701(562–845)	675 (454–846)	<0,001
Videregående skole	1022 (443–1666)	893 (707–1464)	973 (750–1515)	1030 (826–1538)	0,76

Tall oppgitt som median (interkvartil spredning)

Innbyggertall i kommuner utenom Oslo: Små kommuner: < 5000, middels kommuner: ≥5000 og < 10000, store kommuner ≥10000

Tabell 3: Median elevtall per helsesøster i forhold til skolestørrelse

	Små skoler	Middels skoler	Store skoler	p-verdi
Barneskole	564 (430–825)	675 (542–845)	742 (604–889)	<0,001
Ungdomsskole	532 (433–699)	675 (541–787)	785 (616–941)	<0,001
Videregående skole	910 (604–1379)	954 (717–1455)	1030 (846–1582)	0,012

Tall oppgitt som median (interkvartil spredning)

Skolestørrelse ble inndelt i tertiler ut fra elevtall på alle skoler.

gitt som median og interkvartil spredning på grunn av skjevfordelte data. Kruskal-Wallis (ikke-parametrisk enveis ANOVA) test ble benyttet for å undersøke om helsesøsterdekning varierer med skolestørrelse eller kommunestørrelse. Kji-kvadrat tester ble brukt for å undersøke forskjeller mellom proporsjoner i ulike grupper. Avstand til norm ble definert som differansen mellom anbefalt

RESULTATER

Undersøkelsen ble besvart av 200 av 340 kommuner (58 prosent). Elevtall per helsesøster ble innhentet for 69,3 prosent (1629 av 2350) av skolene. Svarprosenten varierte mellom fylkene fra 22,9–93,4 prosent. ($P < 0,001$) (se tabell 1).

Median dekningsgrad på barneskolene var 675 (interkvartil spredning 531–860) elever per

tilfredsstilte anbefalte normtall. Det var signifikante forskjeller mellom fylkene når det gjaldt elever per helsesøster på barneskolen ($p < 0,001$), ungdomsskolen ($p = 0,005$) og i videregående skole ($p < 0,001$) (se figur 1).

Median dekningsgrad varierte i forhold til kommunestørrelse. Antall barn per helsesøsterstilling økte med økende kommunestørrelse på barne- og ungdomsskole. På videregående skoler ble det ikke påvist noen sammenheng mellom dekningsgrad og kommunestørrelse (se tabell 2).

Antall elever per helsesøster økte med økende skolestørrelse på alle skoletrinn (se tabell 3).

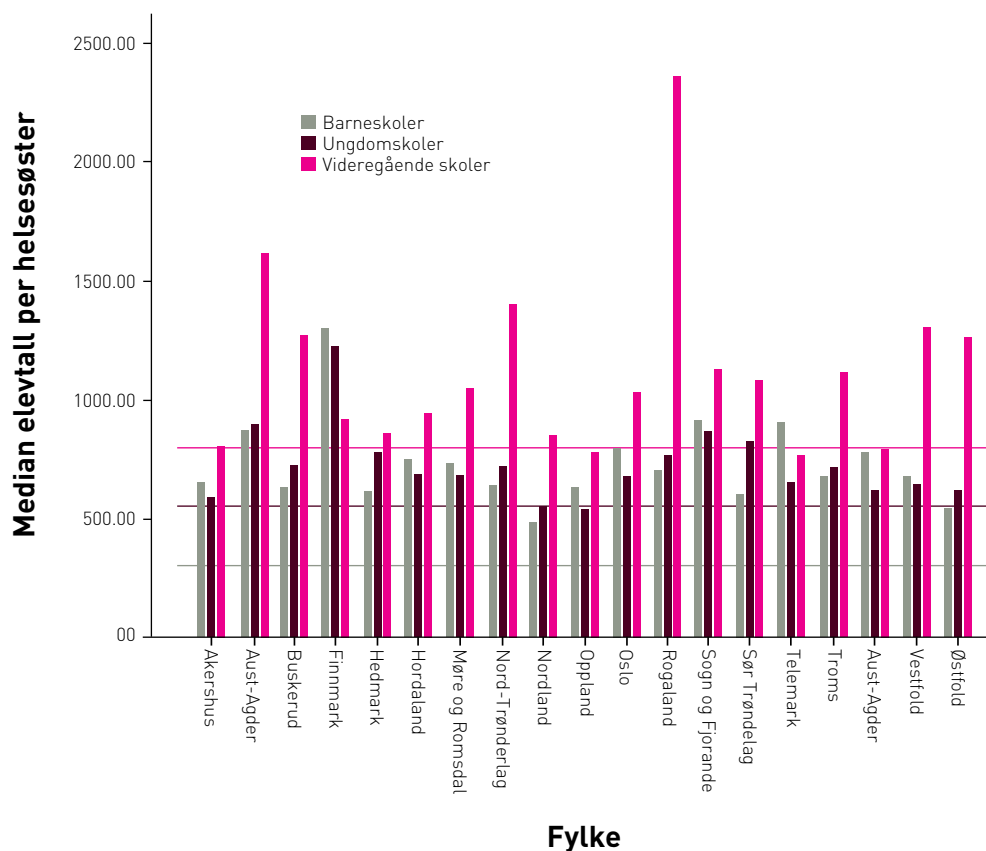
På landets skoler hadde 1,4 prosent helsesøster til stede hver dag (figur 2). Median stillingsbrøk for helsesøster på norske skoler var 40 prosent som tilsvarende tilstedeværelse to dager i uken (interkvartil spredning 20–50 prosent). Fordelt på skoletype var median tilste-

” Barn og unge er impulsive, også når de bestemmer seg for å søke råd og veiledning.

normtall for helsesøsterbemannings og faktisk helsesøsterdekning. Prosentvis underdekning av helsesøstre i landet ble regnet ut ved avvik fra norm/normtall* 100 for henholdsvis barneskoler, ungdomsskoler og videregående skoler. IBM SPSS statistics 22 ble anvendt for statistiske analyser. Signifikansnivå ble satt til $p < 0,05$.

helsesøsterstilling. For ungdomsskolen var median 676 (531–824) og for videregående skole 969 (751–1513). Normtall for elever per helsesøster ble oppfylt av 12,6 prosent av skolene. Det var 2,5 prosent av barneskolene, 28,8 prosent av ungdomsskolene og 30,8 prosent av de videregående skolene som hadde en dekningsgrad som

Figur 1: Fylkesoversikt over helsesøsterdekning i forhold til anbefalte normtall fra Helsedirektoratet.



Median helsesøsterdekning angitt som antall elever per hele helsesøsterstilling i de ulike norske fylkene. Horisontale linjer angir anbefalte normtall for helsesøsterdekning ved henholdsvis barneskoler, ungdomsskoler og videregående skoler.

deværelse for barneskoler 30 prosent (interkvartil spredning 20–50 prosent), ungdomsskoler 40 prosent (34–60 prosent) og videregående skoler 40 prosent (20–80 prosent).

DISKUSJON

Undersøkelsen viste at avstanden til anbefalte normtall for helsesøsterdekning var stor for alle skoletyper i Norge. Størst var avstanden i barneskolen, der

ingen fylker oppfylte normtallet. Store skoler var lengst unna anbefalt norm og helsesøsterbemanningen var lavere jo større kommunene var.

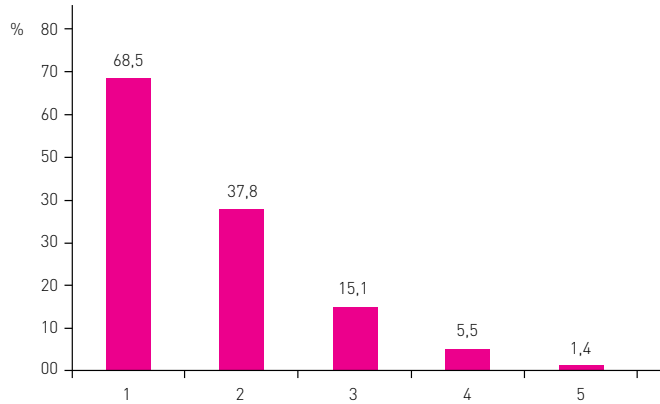
Lavterskeltilbud

Lavterskelmodellen med helse-tjeneste på skolen er evaluert som effektiv og av samfunnsøkonomisk verdi i europeisk sammenheng (18). Denne undersøkelsen viser at 100 prosent

helsesøsterstilling på skolen er svært sjelden og at det er vanlig med 20–40 prosent, inkludert møtetid der helsesøster ikke er tilgjengelig for elevene. Resultatet bidrar til å trekke i tvil hvor vidt vi kan kalle skolehelsetjenesten i Norge en lavterskelmodell der elevene kan få tidlig hjelp (5).

Barn og unge er impulsive, også når de bestemmer seg for å søke råd og veiledning. Hvis

Figur 2: Akkumulert prosentandel av norske skoler som har helsesøster tilstede 1–5 dager hver uke.



de kommer til stengt dør, kan det bidra til at elevene ikke tar kontakt igjen og dermed ikke får den hjelpen de trenger. Denne erfaringen støttes av forskning som påpeker at lav tilstedeværelse kan føre til et udekt behov for helsetjenester (18).

Både Barneombudet og «Voksne for barn» har snakket med elever fra ulike skoler i landet. Elevenes hovedråd om skolehelsetjenesten er at det må være nok ansatte der og at helsesøster må være til stede hver dag (23,24). Elevene beskriver et lavterskeltilbud som et sted uten ventelister, hvor det er noen til stede når elevene stikker innom. De beskriver samtidig tjenesten som lite tilgjengelig i dag: «Kom til meg neste uke kl. to – det funker ikke det, men sånn er det nesten nå» (23).

Undersøkelsen viser hvorfor det er behov for lokal tilpassing til normen. En liten barneskole med 40 elever vil kunne oppfylle normtallet ved å ha helsesøster til stede en dag annenhver uke. Tilbudet kan da

ikke regnes som et lavterskeltilbud der barna møter en åpen dør. Samtidig vil det sannsynligvis være lettere å ha oversikt over elevmassen på små skoler, noe som kanskje gjør at oppfølging i større grad kan planlegges. Dette betyr at kommunene må gjøre en grundig vurdering om hvorvidt de gir et faglig forsvarlig tilbud til elevene på hver enkelt skole.

Barneskoler

På landbasis må antall helsesøstre i barneskolen økes med 125 prosent for å nå normtall. Dette funnet strider mot politiske føringer om tidlig innsats, mer forebygging og lavterskeltilbud der folk bor (25–27). Det at problemstillinger ikke behandles når barnet har behov for hjelp kan innebære at utfordringene vokser og blir nødvendigvis store. Tiltakene kan bli langt mer omfattende og konsekvensene mer alvorlige når hjelpen kommer sent. Opplevelsen av at tiltak har blitt satt inn for sent, blir formidlet av unge voksne med erfaring fra barnevern, psy-

kisk helsevern, sykehus og kriminalomsorg (28). Helmers og Dolonen gjennomførte en kartlegging blant helsesøstre. Her fortalte helsesøstrene at de på grunn av tidspress opplevde at de ikke fikk gjort en faglig forsvarlig jobb (29, 30). De måtte avvise fortvilte barn i døra, de leverte rapporter for sent til barnevernet og fikk ikke fulgt opp barn og familier de visste hadde behov for det. Det å bli avvist og møte en stengt dør, forsinket igangsetting av nødvendige tiltak. Dette kan få uheldige konsekvenser for elevenes helse- og omsorgssituasjon. Barn og unge, lærere og foreldre, har i mange tilfeller liten mulighet til å samarbeide om elevenes trivsel og læring fordi helsesøster ikke er til stede.

Små og middels store kommuner lå nærmere anbefalte normtall for helsesøsterbemanning på barneskolen enn store kommuner. Dette funnet kan forklares ved at det er flere små skoler i de mindre kommunene.

Ungdoms- og videregående skoler

For å nå normtall for helsesøsterbemanning i ungdomsskolen må økningen være 34,4 prosent og for videregående skole 21,1 prosent. Rundt en tredjedel av fylkene lå likevel i nærheten av normtallet, når det gjaldt ungdoms- og videregående skole. Ungdom formidler i større grad sitt eget behov for tjenester enn yngre barn. Ungdomsråd i Norge har hatt skolehelsetjenesten på agendaen i flere år. Dette ble blant annet markert ved en nasjonal demonstrasjon våren 2014 hvor 600 ungdommer møtte opp foran Stortinget med krav om flere helsesøstre (29). I Akershus har fylkespolitikerne vedtatt å øke tilgjengeligheten ved de videregående skolene,

og mange steder i fylket er helsesøster til stede hver dag (31).

Spredning mellom fylkene når det gjelder helsesøsters tilstedeværelse på videregående skole var stor. Dette kan forklares ved at oppgavene, ifølge retningslinjene og veiledere, er mindre konkretisert enn i barne- og ungdomsskolen, der flere oppgaver går under betegnelsen «må-oppgaver» når det er snakk om prioritering.


Vaksinering er et eksempel på en «må-oppgave» under overskriften «forebygge sykdom og skader» (4). Vaksiner er høyt prioritert, etterspurt av befolkningen, følger et anbefalt program, og statistikk over dekningsgrader samles inn nasjonalt. Dette bidrar sannsynligvis til god vaksinasjonsdekning (32). På videregående skole skal helsesøster «fremme psykisk og fysisk helse» og «fremme gode sosiale og miljømessige forhold» (4). Hvordan dette bør gjøres, er ikke så konkret beskrevet som i vaksinasjonsprogrammet. Tilbudet skal like fullt være av god faglig kvalitet og i tråd med kunnskapsbasert praksis (3).

Andelen innvandrere i befolkningen øker. Ungdom med innvandrerbakgrunn oppsøker i lavere grad helsetjenesten for øvrig, mens de benytter seg av skolehelsetjenesten der den er til stede. Dette kom frem i ungdomsdelen av helseundersøkelsen i Oslo (UNGHUBRO). Her var det spørsmål om helsevaner, fysiske og psykiske plager og sykdommer (33). Undersøkelsen foregikk over flere år og var en forløper til folkehelseprofilene (34). Lien påpekte i sin analyse av dataene at «innvandrerungdom har ikke behov for egen psykiatritjeneste, men trenger trolig at skolehelsetjenesten opprettholdes som et lavterskeltilbud, særlig i videregående skole» (35). Denne

tankegangen handler om at det ofte er hensiktsmessig å håndtere problemer på lavest mulige faglig forsvarlige omsorgsnivå (LEON). Helsefremmende og forebyggende arbeid bør foregå i nær tilknytning til hjemmemiljøet (36,37).

Det foreligger lite kunnskap om effekten av tiltak i skolehelsetjenesten. Det er behov for mer forskning på dette feltet for å forstå sammenhenger mellom helse, trivsel og læring blant barn og ungdom. Grunnlagsdata, som

ningen ved den enkelte skole i Norge, og evaluerer denne opp mot anbefalte normtall og tilstedeværelse. En styrke ved studien er den høye responsraten (69,3 prosent). Selv i de tre fylkene med svarprosent under 50 prosent er den totale utvalgsstørrelsen betydelig. Høy responsrate reduserer mulige utvalgsfeil og øker sannsynligheten for funnernes reliabilitet. Det er imidlertid stor spredning mellom fylkene, og vi har ikke data på hva som skiller de som svarte fra

 På landbasis må antall helsesøstre i barneskolen økes med 125 prosent for å nå normtall.

denne nasjonale oversikten over helsesøsterbemanningen på den enkelte skole, bidrar til å synliggjøre disse sammenhengene. Imidlertid ville det være nyttig å få kunnskap om hva helsesøstre er involvert i på skoler med god dekning i forhold til skoler med dårligere tilstedeværelse. Hva betyr helsesøsters tilstedeværelse for elever og samarbeidspartnere helt konkret?

Det er tverrpolitisk enighet om en styrking av helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Årlig nasjonal rapportering vil kunne bidra til å kontrollere at politiske føringer følges opp av kommunene (25–27). Denne undersøkelsen tyder på at det er behov for øremerking av midler og en vedtatt minimumsbemanning, slik både Barneombudet og Djupedalutvalget forslår (23,40). Denne styrkingen vil kunne gi en ønsket bemanningsøkning og bidra til at barn og unge over hele landet får et lavterskeltilbud på skolen (5).

Dette er den første studien som kartlegger helsesøsterdek-

de som ikke svarte i det enkelte fylke. Dette svekker til en viss grad studiens generaliserbarhet. Høyest svarprosent fra et fylke er 93,4 prosent. Det er kjent at dette fylket har hatt en spesiell satsing på helsesøstre i videregående skole, noe som kan ha ført til god bemanning sammenliknet med andre fylker. Avstand til normtall for helsesøsterbemanning er minst i dette fylket. Dette kan bidra til at undersøkelsen faktisk overestimerer tallene for helsesøsterbemanning nasjonalt.

En begrensning ved studien er at kartleggingen er gjort på ett tidspunkt og derfor ikke forteller noe om dataenes stabilitet over tid. Flere måletidspunkter ville gitt et mer robust bilde av situasjonen. Studien tar heller ikke høyde for andre faktorer som er viktige i et faglig forsvarlig lavterskeltilbud utover bemanning.

KONKLUSJON

Spørsmålet «Hvor er helsesøster?» er betimelig. Denne undersøkelsen viser at føringene fra nasjonale politikere om tidlig

innsats, mer forebygging og lett tilgjengelige lavterskeltilbud for barn og unge i skolehelsetjenesten ikke blir fulgt opp av kommunene. Det er stor avstand fra helsemyndighetenes anbefalte minimumsnorm for helsesøster-

bemannning til oppfylt norm på de fleste skolene i Norge. Dette gjelder særlig på barneskolene der innsatsen ifølge normtallene skulle vært størst. Resultatet av kartleggingen viser at barn og unge får svært ulikt skolehelset-

ilbud og at dette ikke er forsvarlig. Bemanningsnormen må sees i sammenheng med forhold som demografi og skolestørrelse, hvis tjenesten skal være et likeverdig lavterskeltilbud uavhengig hvor elevene bor.

REFERANSER

1. **Helsedirektoratet.** Utviklingsstrategi for helsestasjons- og skolehelsetjenesten. 2010.
2. **Lovdata.** Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. 24.06.2011 [helse- og omsorgstjenesteloven]. Available from: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30> (Nedlastet 17.06.2015).
3. **Nortvedt MW, Jamtvedt G, Graverholt B, Nordheim LV, Reinart LM.** Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok. 4. ed: Akribe; 2012.
4. **Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.** [2003].
5. **Helse – og omsorgsdepartementet.** Prop 90 L. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester [helse- og omsorgstjenesteloven] (2010–2011).
6. **Helsetilsynet.** Fylkeslegenes felles tilsyn med skolehelsetjenesten 2010. Available from: <https://www.helsetilsynet.no/no/Tilsyn/Landsomfattende-tilsyn/Fylkeslegenes-felles-2000-skolehelsetjenesten>.
7. **Oslo kommune, Helseteaten.** Drøftingsnotat presentasjon av nøkkeltall for helsestasjons- og skolehelsetjenesten i Oslo til bruk i arbeidet med: effektiviseringsnettverk helsestasjons- og skolehelsetjenesten. 2014.
8. **KS.** ASSS-nettverk for Helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Vedlegg: statistikk/diagrammer. 2014.
9. **Fylkesmannen i Sør-Trøndelag.** Kartlegging av ledelse i skolehelsetjenesten i Sør-Trøndelag. 2015.
10. **Kunnskapscenteret.** Effekter av skolehelsetjenesten på barn- og unges helse og oppvekstvilkår. Systematisk oversikt 2010.
11. **Johnson KH, Bergren MD, Westbrook LO.** The promise of standardized data collection: school health variables identified by states. *J Sch Nurs.* 2012;28(2): 95-107.
12. **NIBR.** Den vanskelige samhandlingen. Evaluering av forvaltningsreformen i barnevernet. Rapport 25/2011.
13. **Baisch MJ, Lundeen SP, Murphy MK.** Evidence-based research on the value of school nurses in an urban school system. *J Sch Health.* 2011;81(2):74-80.
14. **Wang LY, Vernon-Smile M, Gapinski MA, Desisto M, Maughan E, Sheetz A.** Cost-benefit study of school nursing services. *JAMA Pediatr.* 2014;168(7):642-8.
15. **Hill NJ, Hollis M.** Teacher time spent on student health issues and school nurse presence. *J Sch Nurs.* 2012;28(3):181-6.
16. **Winland J, Shannon A.** School staff's satisfaction with school health services. *The Journal of school nursing: the official publication of the National Association of School Nurses.* 2004;20(2):101-6.
17. **Baltag V, Levi M.** Organizational models of school health services in the WHO European Region. *J Health Organ Manag.* 2013;27(6).
18. **Telljohann SK, Price JH, Dake JA, Durgin J.** Access to school health services: differences between full-time and part-time school nurses. *The Journal of school nursing: the official publication of the National Association of School Nurses.* 2004;20(3):176-81.
19. **Skog O-J.** Å forklare sosiale fenomener. Gyldendal Akademisk 2004 s.72.
20. **Polit DF, Beck CT.** Essentials of nursing reaserch, appraising evidence for nursing practice. 8 ed. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins; 2014 s 93 og 162-163.
21. **Utdanningsdirektoratet.** Grunnskolen informasjonssystem. Available from: <https://gsi.udir.no/tallene>.
22. **Statistisk sentralbyrå.** Videregående opplæring og annen videregående utdanning: SSB; udatert. Available from: <http://www.ssb.no/utdanning/statistikker/vgu>
23. **Barneombudet.** Helse på barns premisser. Barneombudets fagrapport 2013.
24. **Voksne for barn.** Lære for livet. 2014.
25. **Helse – og omsorgsdepartementet.** Stortingsmelding 34 Folkehelsemeldingen, God helse helles ansvar. 2012–2013.
26. **Helse – og omsrgsdepartementet.** Stortingsmelding 19 Folkehelsemeldingen, Mestring og muligheter. 2014–2015.
27. **Helse – og omsrgsdepartementet** Stortingsmelding 26 Fremtidens primærhelsetjeneste, Nærhet og helhet. 2014–2015.
28. **Forandringsfabrikken.** Available from: <http://www.forandringsfabrikken.no> (Nedlastet 17.06.2015).
29. **Helmerts A-KB, Dolonen KA.** Helse-søstre slår alam. - Vi rekker ikke følge opp de som sliter. *Sykepleien.* 07.02.2013. Available from: <https://sykepleien.no/2013/02/vi-rekker-ikke-folge-opp-de-som-sliter>.
30. **Helmerts A-KB, Dolonen KA.** Ett minutt er ikke nok *Sykepleien* 13.03.2014. Available from: <https://sykepleien.no/2014/03/ett-minutt-er-ikke-nok>.
31. **Fylkesmannen i Akershus og Østfold.** Fylkesrevisjonens kartlegging av de videregående skolene i Østfold. 2012.
32. **Folkehelseinstituttet.** Dekningsstatistikk for barnevaksiner 2014. Available from: www.fhi.no/artikler/?id=114769.
33. **Folkehelseinstituttet.** Ungdomsundersøkelser 2000–2004, 2008 og 2009. Available from: <http://www.fhi.no/studier/regionale-helseundersokelser/ungdomsundersokelser-2000-2009>.
34. **Folkehelseinstituttet.** Folkehelseprofiler 2015. Available from: <http://www.fhi.no/helsestatistikk/folkehelseprofiler/finn-profil>.
35. **Lien L.** Trenger noen som lytter. *Sykepleien.* 7/2011 (s. 72).
36. **Forebygging.no.** LEON-prinsippet. Available from: <http://www.forebygging.no/Ordbok/L-P/LEON-prinsippet>.
37. **Store medisinske leksikon.** LEON. Available from: <https://sml.snl.no/helsetjeneste>.
38. **EGGE H.** «Du er ikke alene». Samtalegrupper som helsefremmende tiltak for skilsmissebarn. En grounded theory studie. [Master]: Nordic School of Public Health, Göteborg. 2012.
39. **Kvarme LG, Helseth S, Sorum R, Luth-Hansen V, Haugland S, Natvig GK.** The effect of a solution-focused approach to improve self-efficacy in socially withdrawn school children: a non-randomized controlled trial. *International journal of nursing studies.* 2010;47 (11): 1389-96.
40. **Kunnskapsdepartementet NOU 2015:2 Djupedatsutvalget.** Å høre til – virkemidler for et trygt psykososialt skolemiljø.