

Skolelege

– en unik samfunnsmedisinsk posisjon

AV SIREN HAUGLAND

Innledning

Skolen er fremhevet som den viktigste arena for forebyggende og helsefremmende arbeid blant barn og unge. Skolehelsetjenesten har derfor en unik posisjon ved å være til stede på denne arenaen. De siste tiårene har et økende antall undersøkelser vist at skolen kan være både en ressurs og en risikofaktor i forhold til barn og unges helse (1). Denne artikkelen viser muligheter innenfor skolehelsetjenesten, og peker på forskningsbaserte tiltak i skolen som et unikt satsingsområde for samfunnsmedisinen. Noen konkrete eksempler fra videregående skole er også tatt med her.

Et kort tilbakeblikk

Skolehelsetjenesten er landets eldste forebyggende tjeneste (2–4). Skolelegen var nevnt i 'Opplæringsloven' allerede i 1889, og ble obligatorisk for alle elever over 7. klasse i 1896. Skolehelsetjenesten var opprinnelig knyttet til skolen, med skolelegen som rådgiver for skolens administrasjon. I tillegg ble det startet med screeningundersøkelser for å få fram kunnskap om normal vekst og utvikling, noe som i stor grad kan føres tilbake til Carl Schiøtz som var leder for skolelegene i Oslo. I dagens debatt om samfunnsmedisin er det interessant å merke seg at denne tidlige skolehelsetjenesten var en del av skolens system, og at den hadde som målsetning å bedre elevenes helse og levekår ved å påvirke samfunnsmessige forhold. Et eksempel er Oslo-frokosten som var gratis for alle elever da den ble innført i 1935. Bedriftshelsetjenesten ble også opprettet etter modell av den tidlige skolehelsetjenesten.

Fra 1957 ble skolehelsetjenesten underlagt Sosial- og Helsedepartementet, og fra 1984 er tjenesten lovpålagt under Lov om helsetjenester i kommunene. Etter dette har skolehelsetjenesten konkurrert med andre oppgaver i primærhelsetjenesten om ressursene.

Dagens helsetjeneste i skolen

Skolehelsetjenesten er i dag et lovfestet tilbud for alle elever i grunnskolen og videregående skole. Helsesøster er faglig



Siren Haugland

Skolelege i videregående skole. Førsteamanuensis Seksjon for sosialmedisin, Institutt for samfunnsmedisinske fag. Fastlege i Bergen. Mastergrad i helsefremmende arbeid fra HEMIL senteret. Doktorgrad om helseplager, skolestress og fysisk aktivitet blant skoleelever, også fra HEMIL.

ansvarlig leder i de fleste kommuner. Leger har beslutningsmyndighet i medisinske spørsmål (5). Alle faggrupper har i tillegg et selvstendig ansvar for det arbeidet de selv utfører.

Etter gjeldende forskrift (6) har skolehelsetjenesten som formål å:

- Fremme psykisk og fysisk helse
- Fremme gode sosiale og miljømessige forhold
- Forebygge sykdommer og skader

Skolehelsetjenesten skal ikke behandle sykdom hos enkeltelever. Ved sykdom skal eleven henvises til fastlegen for oppfølging og behandling. I veilederen er det fremhevet et behov for en vektforskyvning fra problem- til ressursorientering, og fra individ- til grupperettet arbeid (7). I tillegg er det et ønske at elevene (og foreldrene) har medvirkning i større grad enn tidligere.

Skolehelsetjenesten i samfunnsmedisinsk posisjon

Det som skiller skolehelsetjenesten fra all annen helsetjeneste er muligheten til å samarbeide med skolen om systematiske og langsiktige tiltak som kan påvirke elevenes evne til å mestre hverdagens krav og fullføre skolegangen. En kan altså påvirke funksjonsevne både i nåtid og fremtid, gjennom tiltak på individ- og systemnivå. Andre deler av helsetjenesten vil i de aller fleste tilfeller bare ha sporadisk

kontakt med skolen i forbindelse med saker som gjelder enkeltelever. Skolehelsetjenesten er også i en svært god posisjon til å ivareta kommunenes lovpålagte ansvar for å overvåke barn og unges helsetilstand, og foreslå tiltak i forhold til dette ansvaret.

Skolehelsetjenesten har i tillegg et godt utgangspunkt for tverrfaglig samarbeid. PP-tjenesten og oppfølgingstjenesten er viktige samarbeidspartnere innenfor skolens system og har også en rekke felles mål med skolehelsetjenesten (8). Gjennom etablerte linjer til andre deler av hjelpeapparatet er det også godt grunnlag for å samarbeide med instanser utenfor skolen om tiltak, for eksempel barnevernstjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Undersøkelser viser likevel at helsesøstre og leger bruker det meste av sin tid til individuelle konsultasjoner, og i liten grad på tverrfaglig samarbeid. Et slikt fokus strider klart mot retningslinjene, men kan forklares av flere forhold. Hovedårsaken er trolig at stillingsprosentene er så små at det blir rom for lite annet enn rutineundersøkelser og 'brannslukking'. Tilsyn med skolehelsetjenesten over hele landet fant at 10 av 59 kommuner ikke kunne tilby skolehelsetjeneste i 2000, og at et enda større antall ikke hadde en fullverdig tjeneste etter kravene (9). Verst var situasjonen i videregående skole, og for elever med spesielle behov. I 2003 hadde syv av ti kommuner uendret eller redusert bemanning sammenlignet med tre år tidligere. Flertallet av kommunene hadde heller ingen planer om å forbedre tilbudet (10).

Legestillingen ser ut til å være en spesielt utsatt salderingspost i kommunenes budsjetter. I noen kommuner og bydelar har det også vært en bevisst omprioritering av ressurser fra lege til helsesøsterstillinger. Dette har ført til at det mange steder ikke er lege til stede på skolene i det hele tatt. Tiden er derfor inne for å vurdere om vi som leger vil gi slipp på skolen som arena, og om den medisinske kompetansen som skal gi grunnlag for planlegging og gjennomføring av tiltak kan ivaretas like godt uten leger. Uten en målrettet innsats er det stor sannsynlighet for at enda flere leger vil forsvinne fra skolene. Leger med interesse for samfunnsmedisin kan og bør snu denne utviklingen.

Områder der skolehelsetjenesten kan fremme skolemål

- Kunnskapsformidler
- Oppdrager
- Mobilitetskanal
- Hindre at skolen er en risiko for elevenes helse
- Bidra til at elever med helseproblemer får tilpasset skolegang



Helsesøster Norunn Muri med den ærverdige høydemåleren på Kronstad skole.

Helsetjeneste eller skoletjeneste?

Etter gjeldende forskrifter kan nesten ethvert område i livet til unge mennesker bli definert som skolehelsetjenestens ansvar. For å avgrense til noe gjennomførbart kan innholdet knyttes opp mot den nye delen av Opplæringsloven (kap 9a) og skolens rolle i samfunnet. En kan altså arbeide for helsemål ved å være en «skoletjeneste». Etter lovtillegget fra 2003 skal skolen ivareta både *helse, trivsel og læring* hos elevene. Med denne har skolen fått et ansvar som på mange områder er parallell til skolehelsetjenestens oppgaver (4). Ettersom ansatte i skolen ikke har medisinsk eller helsefaglig kompetanse kan skolehelsetjenesten bli en enda mer attraktiv samarbeidspartner for skolen enn tidligere. Lovendringen er altså en gylden anledning for å samordne innsatsen og legge planer som klart definerer hvordan begge parter kan nå sine mål gjennom felles tiltak. Fakta-



rammen til venstre viser områder der skolehelsetjenesten kan bidra til at skolen når sine mål.

Skolehelsetjenesten kan bidra som kunnskapsformidler gjennom individuell veiledning, ved å delta i undervisning av elever eller lærere, gjennom prosjektarbeid med grupper av elever, eller ved å bidra til å opprette eller tilrettelegge valgfag. Opplæring i elevdemokrati eller rusforebygging er eksempler på valgfag som har fungert godt i enkelte videregående skoler. Skolens oppdrageransvar handler blant annet om livsstilsveiledning, og å arbeide for tiltak som gjør elevene i stand til å fungere i et sosialt fellesskap. Både når det gjelder livsstil og sosial kompetanse er det en rekke godt dokumenterte tiltak som egner seg for samarbeid med skolen (11). Skolehelsetjenesten kan i tillegg ha kontakt med enkeltelever om helsetilstanden hindrer læring eller fungering i skolesituasjonen.

Skolehelsetjenesten kan bidra til et 'inkluderende skolemiljø', som en parallell til arbeidslivets og Trygdeetatens satsing for voksne arbeidstakere. Funksjonsevne er et viktig mål å samarbeide om også i skolealder for å fremme læring av faglige, sosiale og motoriske ferdigheter. Lærere har betydelig erfaring i å vurdere *endring* av funksjon hos elevene. Vi kan derfor si at skolen allerede har en form for 'screening'. Lærernes observasjoner fører likevel ikke alltid til en systematisk oppfølging av elevene, verken i skolens eget system eller i helsetjenesten. Systematisk oppfølging av

funksjonsendring kan fange opp elever med vansker i en tidlig fase. I noen tilfeller kan skolen iverksette tiltak innenfor egne rammer, i andre tilfeller er det aktuelt å samarbeide med helsetjenesten og/eller andre parter. Når skolen selv skal stå for oppfølging, er skolehelsetjenesten en svært viktig samarbeidspartner.

Felles tiltak – dobbel gevinst

Et viktig skritt på veien mot tverrfaglig samarbeid i skolen vil være å få et felles sett av lover og forskrifter som klart definerer ansvarsområdene til skolen og helsetjenesten innen helsefremmende arbeid. Et systematisk samarbeid mellom helsetjenesten og skolen kan gi gevinst for begge parter. Grundig kjennskap til helseproblemene på den enkelte skole, og hva disse kan forventes å henge sammen med, må da være avgjørende for valg av tiltak (11).

Kostnad-nytte beregninger i amerikanske undersøkelser finner også at det er svært god økonomi for samfunnet å investere i skolehelsetjenesten (12).

Det er en målsetning å påvirke unges livsstil gjennom en systematisk satsing på flere nivå (13). Med en opphopning av helseproblemer og helseskadelig atferd hos en gruppe elever kan en ved en slik systematisk satsing påvirke flere ulike helseproblemer samtidig, heller enn å innføre separate program for røyking, ryggsmertor og / eller fysisk aktivitet. Unge som opplever hodepine har for eksempel større sjanse for å ha ryggsmertor og røyke enn unge som ikke har slike plager.

Sammensatte tiltak anerkjenner at helseproblemer ikke bare handler om feil eller mangler ved individet, og kan påvirke flere helseproblemer samtidig (14). HEMIL modellen er et eksempel på en modell som kan gi hjelp til å planlegge og gjennomføre en rekke tiltak på ulike nivåer på en systematisk måte (11, 15). Et viktig forhold ved denne er at tiltakene bygger på grundig kjennskap til epidemiologi, demografi, og ressurs- og risikofaktorer i miljøet ved hver enkelt skole. Modellen anerkjenner også at det er viktig å identifisere forhold som motvirker eller forsterker effekten av tiltak. Skolefrokost bør for eksempel ikke være et satsingsområde på en skole hvor 'alle' spiser frokost.

Skolehelsetjenesten er også i god posisjon for å påvirke strukturelle og samfunnsmessige forhold. I skolen har tiltakene størst (og i noen tilfeller bare) effekt om de kan gå inn i skolens ordinære årsplan og aktiviteter, med støtte fra administrasjon og ledelse (11). Faktorer som skolevei og transporttilbud er også mål for tiltak. En norsk undersøkelse viser for eksempel at elever som går til skolen har bedre funksjon i ryggen og mindre ryggsmertor enn elever som blir fraktet til skolen i buss eller bil (16).

Noen innsatsområder og eksempler

I videregående skole er det et spesielt viktig mål å samarbeide med skolen om rutiner for å følge opp elever med fravær. En systematisk tilnærming kan bidra til at elever med ulike vansker kommer ut av skolen med et vitnemål. Å arbeide for at alle ungdommer får et slikt papir på at de er 'verdt noe' er et av de mest helsefremmende tiltakene en kan gjennomføre i denne alderen.

Muligheten for å nå alle gjennom skolen er større enn noen gang tidligere. Av kullet som sluttet i grunnskolen i 1999 var det bare fire prosent av elevene som ikke var under utdanning høsten etter. Det er likevel et årlig frafall, og så mange som en av fem elever som startet videregående opplæring i 1998 oppnådde ikke vitnemål for alle tre årene i løpet av en femårs-periode (Statistisk sentralbyrå). Dette tyder på at en rekke ungdommer får problemer med å fungere i skolehverdagen, på grunn av mistrivsel, faglige problemer, psykiske vansker, atferdsproblemer eller andre forhold. Mange av elevene som slutter har sammensatte problemer som fører til at de i utgangspunktet har vansker med å skaffe seg arbeid. Uten vitnemål fra videregående skole reduseres sjansene for jobb og utdanning ytterligere.

Oppfølging av fravær

Om en elev ikke møter i videregående skole må en gå ut fra at eleven er syk eller har helseplager, eller at hun eller han ikke trives på skolen, på samme måte som for voksne arbeidstakere. Det er mer sannsynlig at eleven vil klare å forbedre fremmøtet om ikke flere / alle karakterer allerede står i fare når skolen gir advarsel. Det finnes likevel mange eksempler på at elever i videregående skole har vært borte i uker og måneder uten å bli kontaktet av skolen. Dette ville trolig ikke ha skjedd på en arbeidsplass for voksne. Skolens ansvar for å følge opp og gjøre en god vurdering blir ekstra

stort fordi foreldrene ofte har lite kjennskap til fravær i denne alderen. Fravær som har et spesielt mønster er også verdt å ta alvorlig tidlig. Skolehelsetjenesten kan bidra med viktig informasjon til lærere og ledelse som kan danne grunnlag for rutiner for oppfølging av fravær. Eksempler på tiltak kan være:

- Samtale med kontaktlærer ved to – tre mandagsfravær innenfor en avgrenset periode
- Samtale med kontaktlærer ved endring som bekymrer lærerne, for eksempel dårligere karakterer, rask økning/-reduksjon i vekt, endring av våkenhetsgrad osv.
- Tilrettelagt undervisning for elever med fravær fra enkeltfag

Skolehelsetjenesten kan legge premisser for hvilke elever kontaktlærer bør henvise videre til skolehelsetjenesten, og hvordan elever (familie), helsetjeneste og skole kan samarbeide om tiltak, både for enkeltlever og grupper. For mange er det viktig å få en vurdering av helsepersonell, for å kunne gi mer fortrolig informasjon enn mange ønsker å formidle til lærer, og avklare helsetilstand. Psykiske vansker, søvnforstyrrelser, rusmiddelbruk og spiseforstyrrelser er eksempler på tilstander som er underdiagnostisert blant ungdom (17) og fører til skolefravær. Ved mistanke om sykdom eller behov for oppfølging over tid, kan skolehelsetjenesten henvise til / samarbeide med elevens fastlege.

Tilpasset kroppsøving

En del elever på ungdomstrinnet har stort fravær fra kroppsøvingsfaget. I videregående skole kan også fravær for dette faget føre til at eleven ikke får vitnemål. Årstad videregående skole i Bergen har gitt elever som av ulike årsaker ikke kan delta i ordinære timer et tilbud om tilrettelagt undervisning i mindre grupper. For noen kan dette være et behov etter sykdom eller skade, andre kan ha vansker med å delta



på grunn av psykiske eller motoriske vansker, negativt kroppsbilde eller kulturelle forhold. Noen elever kan også få problemer på grunn av skjev kjønnsfordeling i klassen. Gjennom et opplegg som har fokus på tilpasset fysisk aktivitet har mange elever fått hjelp til å være aktive, og ikke minst lært å like fysisk aktivitet. Noen av disse elevene har deltatt svært lite i kroppsøving etter barneskolen, og lærer for første gang at 'det finnes aktiviteter som passer for meg'. Tilbudet kan derfor bidra til vitnemål fra videregående skole, fysisk aktivitet i ungdomstiden – og kanskje også aktivitet i voksen alder. Ved at helsesøster deltar som utøver i disse timene, kan elever som har behov for det også avtale individuell oppfølging med skolehelsetjenesten.

Sosial støtte

Elever med ulike vansker kan oppnå stor gevinst ved at skolen og skolehelsetjenesten samarbeider om det psykososiale arbeidsmiljøet (1). Om elever og lærere får generell undervisning om problemer som møter en elev med psykiske vansker, kan dette ha stor betydning for elevenes mulighet for å fullføre undervisningen i en vanskelig periode. Gjennom kunnskap om at de selv kan gjøre noe for medelever med vansker, kan mange som ikke selv har problemer lære å støtte medelever. For en elev som har vært (langvarig) borte fra skolen kan det for mange være vanskelig å komme tilbake, mange vet ikke helt hvilken informasjon de skal gi, og til hvem. Skolehelsetjenesten har mulighet for å gå inn i klassen og gi tilpasset informasjon, etter avtale med den aktuelle eleven (og foreldrene). Dette er spesielt viktig på ungdomstrinnet og i videregående skole, da faren for frafall er størst, og elevene ofte ikke ønsker å ta med foreldrene for å informere sine medelever.

Oppsummering

Skolen utgjør barn og unges arbeidsmiljø og er det stedet de oppholder seg det meste av dagen. Skolehelsetjenesten har derfor en unik posisjon for forebyggende og helsefremmende arbeid. I skolen er det mulig å planlegge, gjennomføre og evaluere tiltak, både ved en massestrategi og tiltak rettet mot sårbare grupper. Skolen kan bidra til en helsefremmende livsstil, og en positiv utvikling hos elever med helseproblemer og vansker. Men skolen kan også produsere helseproblemer hos elevene.

En av de store utfordringene er å sikre at elever med sammensatte problemer blir fanget opp og får nødvendig hjelp, slik at de kan avslutte videregående skole med et vitnemål. Et inkluderende skolemiljø og en systematisk sat-

sing er viktig for å nå disse målene. Den nye delen av Oppføringsloven er et godt utgangspunkt for samarbeid mellom skolen og helsetjenesten, og til å forene forskning og praksis innenfor helsefremmende arbeid. For mer om muligheter i skolehelsetjenesten og skolen, se 'Håndbok for skolehelsetjenesten 1.–10. klasse' (18).

Referanser

1. Haugland S., Torsheim T. Er det sunt å gå på skolen? I: Haugland S., Misvær N. (red). Håndbok for skolehelsetjenesten 1.–10-klasse. Oslo: Kommuneforlaget; 2004.
2. Alsvik O. Friskere, sterkere, større, renere. Om Carl Schiøtz og helsearbeidet for norske skolebarn. [Hovedoppgave]. Oslo: Universitetet; 1991.
3. Elvebakken KT. Skolehelsetjenesten – tilbake til miljørettet helsearbeid? I: Elvebakken KT, Fjær S, Jensen TØ, (red). Mellom påbud og påvirkning. Tradisjoner, institusjoner og politikk i forebyggende helsearbeid. Oslo: ad Notam Gylden-dal; 1994.
4. Haugland S., Grimsø A. Skolehelsetjenesten i et samfunns-perspektiv I: Haugland S., Misvær N. (red). Håndbok for skolehelsetjenesten 1. – 10- klasse. Oslo: Kommuneforlaget; 2004.
5. Befring A.K. Jus i skolehelsetjenesten. I: Haugland S., Misvær N. (red). Håndbok for skolehelsetjenesten 1. – 10- klasse. Oslo: Kommuneforlaget; 2004.
6. Om kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Forskrift av 3. april 2003 nr 450. Helsedepartementet. Oslo: 2003.
7. Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Veileder til forskrift av 3. april 2003 nr 450. Sosial- og helsedirektoratet. Oslo: 2004.
8. Misvær N. Pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT) I: Haugland S., Misvær N. (red). Håndbok for skolehelsetjenesten 1.–10. klasse. Oslo: Kommuneforlaget; 2004.
9. Fylkeslegenes fellestilsyn med skolehelsetjenesten. Oslo; Sosial og helsedepartementet; 2001.
10. Krise i skolehelsetjenesten. Utdanningsgruppenes hovedorganisasjon. Oslo: Pressemelding; 2003.
11. Samdal O. Dokumenterte metoder i det trivsels- og helsefremmende arbeidet. I: Haugland S., Misvær N. (red). Håndbok for skolehelsetjenesten 1. – 10- klasse. Oslo: Kommuneforlaget; 2004.
12. Allensworth D., Lawson E., Nicholson L., Wyche J. Schools & Health. Washington D.C.: National Academy Press; 1997.
13. Aarø L.E. (2004) Om å påvirke elevenes helseatferd. I: Haugland S., Misvær N. (red). Håndbok for skolehelsetjenesten 1.–10- klasse. Oslo: Kommuneforlaget; 2004.
14. Mæland J.G. (1999) Forebyggende helsearbeid – i teori og praksis. Oslo: Tano Aschehoug.
15. Klepp KI, Wilhelmsen BU, Wold B. Planlegging og gjennomføring av det helsefremmende arbeidet – HEMIL modellen. In: Klepp KI, Thuen F, Wilhelmsen BU, editors. Ungdom for helse. Fra teori til praksis i helsefremmende arbeid med ungdom. Oslo: Kommuneforlaget; 1995.
16. Sjølie AN. Active or passive journeys and low back pain in adolescents. Eur Spine J 2003.
17. Haavet OR (2005) Ungdomsmedisin. Oslo: Universitetsforlaget; 2005.
18. Haugland S., Misvær N. (red). Håndbok for skolehelsetjenesten 1.–10- klasse. Oslo: Kommuneforlaget; 2004.

Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om artikkelen? Inspirerer den deg til å skrive noe selv? Ansvarlig redaktør for denne artikkelen har vært Gunhild Felde. Kontakt henne på gunhild.felde@online.no