

Skolehelsetjenesten i Oslo

i møte med udiagnostisert MBD og beslektede tilstander

**En spørreundersøkelse i 1995
ved Sidsel Kreyberg**

Senter for epidemiologisk forskning, Universitetet i Oslo

Skolehelsetjenesten for alle?

Bakgrunn

I den pågående debatten om bydelenes ansvar for ulike offentlige tilbud innen helse og utdanning, kunne det være av interesse å kartlegge skolenes bruk av helsetjenesten. En problemstilling som kunne virke illustrerende måtte derfor ha en viss relevans ikke bare for den enkelte elev eller familie, men også for skolen som fellesskap. Valget falt derfor på en gruppe elever som ikke vil kunne fungere i et skolemiljø uten diagnostikk og oppfølging, og som derfor, direkte eller indirekte, ville bli oppfattet som problematiske for skolen dersom slike tiltak ikke var iverksatt. Skolehelsetjenesten må i denne sammenheng forventes å være den instans som kan fange opp utsatte barn der andre tilbud ikke har vært benyttet eller har sviktet. Et opplevd problem vil ikke alltid føre til en diagnose, men vil medføre et nødvendig samspill mellom skole, hjem, elev og helsevesen. Hvem er det så vi snakker om?

Kjært barn har mange navn, heter det, og navneskikkene skifter som vi vet med årene. Barn med avvikende atferd er neppe noe nytt under solen. Hva skilte egentlig byttinger og trollunger fra «normale» barn? Noen av disse har vært vanskelige å rå med både for foreldrene og andre i omgivelsene lenge før medisiner og pedagoger ga seg til å dele ut benevnelser som MBD, ADHD, ADD+/-H, CD, DAMP, DAMPO, MPD, MND eller rett og slett hyperkinesi. Disse forkortede betegnelsene uttrykker ulike hovedkarakteristika ved funksjonsavviket. I trygdestatistikken opererer man enkelt kun med MBD (Minimal Brain Dysfunction) og Hyperkinetisk syndrom, selv om spekteret av ulikheter disse barna imellom eller utfordringene omgivelsene står overfor på denne måten langt fra ytes full rettferdighet.

Effektiviteten av disse barnas sikkerhetsnett, skolehelsetjenesten, søkes her belyst.

Skolelege/helsesøster står som formidlere av problemer, ikke som behandlere.

Effektiviteten av formidlerrollen belyses for denne valgte gruppe elever

- ved å betrakte systematikken i måten å fange disse elevene inn på og
- ved å betrakte forekomst og kvalitet av tilbakemeldinger.

Tilbakemelding til henvisende instans bør gis uavhengig av diagnoseresultat eller senere oppfølging og kan ved den valgte problemstilling ha umiddelbar betydning for skolesamfunnet for iverksetting av eventuelle tiltak der.

Trygdestatistikken viser store ulikheter innen bydelene med henblikk på utbetalinger av grunn-og/eller hjelpestønad til barn som tilhører MBD/hyperkinesi diagnosegruppen. Det finnes ikke noe register over disse barna, og rent subjektive forhold og private vurderinger kan i stor grad spille inn ved diagnosesetting og ønske om stønad. Likevel, eller kanskje nettopp derfor, kunne det være av interesse å avdekke eventuelle skillelinjer i etterspørsel etter utredningstjenester formidlet gjennom skolehelsetjenesten de ulike bydeler imellom.

Litt trygdestatistikk

I tidsrommet 1983 til 30/9-95 fikk 91 barn i Oslo født i tidsrommet 1978-1995 utbetalt grunn-og/eller hjelpestønad for diagnosen MBD eller Hyperkinetisk syndrom. Byregionstilhørighet etter en inndeling i 20 soner er kjent for 83 av dem. Av de 91 er 80 gutter og 11 jenter, svarende til en M/K-ratio på 7,3. Det er stor spredning i alder ved utbetalingens start; den yngste er tre, den eldste 17 år ved første registrering, mens hovedtyngden kommer inn ved sju til ti års alder (barneskolen) og en mindre topp sees ved 13-års alder (ungdomsskolen).

Antall tilfelle av nye mottakere har vist en betydelig økning de siste få årene fra én til tre pr. år i perioden 1983-92 til 13 i -93, 31 i -94 og 29 pr. 30/9-95. Mangedoblingen de siste to årene i antall utbetalinger til barn som i -95 var i alderen 3-17 år står etter det som framgår av Oslostatistikken, Notat 1-94, på ingen måte i forhold til befolkningstilveksten i aldersgruppen 0-15 år. I perioden 1988-92 var denne høyest i Gamle Oslo i Indre by øst med rundt 50% vekst. Andre bydeler med sterk vekst var Ekeberg/Bekkelaget, Bøler og Søndre Nordstrand i Ytre syd, med Søndre Nordstrand på topp med 30-50% vekst i disse aldersgruppene. De deler av Ytre vest som hadde forholdsvis sterkest vekst i perioden var Vinderen og Ullern med 20% for de yngste (0-6år). Den store økningen i trygdeutbetalinger kommer imidlertid etter 1992 og er riktignok høyest i deler av Ytre syd og øst, men lavest i Indre øst og lav i Ytre vest og deler av Ytre syd med sterk vekst.

Hva disse ulikheter og endringer i praksis for trygdeutbetalinger reflekterer er åpent for spekulasjon. Mest nærliggende å tenke på er mulige endringer i diagnostisk praksis og/eller i bruken av trygdesystemet. Endringer i sosiale og demografiske variabler kan spille en rolle, og endringer i prevalens kan heller ikke utelukkes. Trygdedata er presentert her som ren tilleggsinformasjon og representerer selvsagt ikke noen fasit.

Tiltak rettet mot bydelene

Våren -95 gikk Barnenevrologisk habiliteringsteam ved Aker og Ullevål sykehus ut til høring i bydelene med forslag til standardiserte tiltak for å fange opp barn med atferds- og/eller lærevansker. Disse tiltak har ikke rukket å gjøre seg gjeldende i forhold til den aktuelle problemstilling som skuer bakover på samspillet mellom bruker (skole/hjem og skolehelsetjenesten, som igjen er en del av bydelshelsetjenesten) og annenlinjetjenesten. Eventuelle endringer i praksis vil dermed kunne følges framover.

Metode

Et én-sides spørreskjema med 10 spørsmål stilet til skolelegen ble i mai -95 sendt via rektor/inspektør til samtlige kommunale barne- og ungdomsskoler eksklusive spesialskoler i Oslo. Av disse 104 skoler ligger 76 i østlige og 28 i vestlige bydeler. Etter puring i september var svarandelen 66/76 (86,8%) i øst og 22/28 (78,6%) i vest, i alt 84,6%. Ved puring ble helsesøster gitt anledning til å svare. Flere skoler har felles helsetjeneste, men én skole teller som ett svar. I enkelte tilfelle er skolelegefunksjonen tillagt en helsestasjon med delt ansvar mellom flere leger. I langt de fleste tilfellene er skjemaet utfylt av en lege, men svar fra helsesøster eller fra skolens ledelse er inkludert som relevant informasjon.

Tolkning

Det gjennomsnittlige elevtall var i 1992 høyere i vest enn i øst både på barne- og ungdomstrinnet med i gjennomsnitt 60-70 elever pr. skole og antallet skoler er omtrent det halve. Innen øst og vest sees tilnærmet lik fordeling av barne-, ungdoms- og blandete skoler.

En del spørsmål er ikke besvart slik instruksjonen angir. Kommentarer/beskrivelser under de ulike spørsmål eller i brevs form har vært benyttet i bearbeidelsen av materialet slik det lot seg gjøre etter beste skjønn, og ambisjonene om å registrere hvert enkelt tilfelle er oppgitt. Slik de fleste skjemaene er besvart, er det likevel mulig å registrere den enkeltes praksis, og der denne varierer er de ulike alternative svarene tallet med én gang pr. bruker, slik at en innbyrdes fordeling av brukererfaringer fremkommer uten at dette nødvendigvis er representativt for erfaringer fra enkeltelever. Dynamikken i samspillet blir likevel belyst.

Resultater

Tallene i parentes er angitt i prosent av skoler som har svart, i alt 66 i østlige og 22 i vestlige bydeler dersom ikke annet er oppgitt.

Legedekningen synes å være omtrent den samme for skolene i øst som i vest: omlag 1/5 av skolene var uten skolelege (13 i østlige og fem i vestlige bydeler). Der skolelege fantes, var gjennomsnittlig virketid knappe fem år (spredning fra to mndr. til 19 år) for østlige og vel fem år (spredning fra fire mndr. til 11 år) for vestlige skoler, mens gjennomsnittlig virketid ved aktuelle skole i øst som i vest var knappe 3 år. Helsesøster svarte i åtte tilfelle (12%) i øst og i fire tilfelle i vest (18%) inklusive svar i brev form. På grunn av manglende lege/helsesøster ble skjemaet sendt i retur uten svar fra tre skoler i øst, og én skole i vest svarte i brev form.

Mer enn 60% (41 i øst og 14 i vest) bekreftet at de ved den aktuelle skole hadde vært kontaktet fordi det forelå mistanke om udiagnostisert MBD, hyperaktivitetssyndrom eller liknende. Av de 32% (21 i øst og 7 i vest) som oppga ikke å ha mottatt slik henvendelse hadde flertallet relativt kort virketid ved aktuelle skole; 76% i øst og 70% i vest hadde vært der i ett år eller mindre, ingen av dem hadde vært ved aktuelle skole i mer enn to år.

Hvor ofte spørsmålet hadde vært oppe, fremgår av tabellen nedenfor:

	Øst n=66	Vest n=22
Spørsmålet har vært oppe mer enn fem ganger	23 (34,8%)	6 (27,3%)
Spørsmålet har vært oppe to til fem ganger	11 (16,7%)	6 (27,3%)
Spørsmålet har vært oppe kun en gang	7 (10,6%)	2 (9,1%)
Ikke tolkbart svar	4 (6,1%)	1 (4,5%)
Spørsmålet har aldri vært oppe	21 (31,8%)	7 (31,8%)

På grunn av det relativt store antall ganger problemet hadde vært oppe, kunne naturlig nok opplysninger om hvem som presenterte problemet ikke angis for hvert enkelt tilfelle. Svarene fordelte seg som følger:

«Noen ved skolen» er nevnt 37 ganger i øst, 10 ganger i vest.

«Foreldrene» (mor) er nevnt 23 ganger i øst og seks ganger i vest.

«Andre» er nevnt tre ganger i øst og én gang i vest. Tre hadde ikke svar i vest.

Spontant har enkelte på spørreskjemaet kommentert problemstillingen som en motesak ved skolen, noe som har gitt seg utslag i mange henvendelser fra skolen som synes å ha hatt sektorpediater som nyttig sorteringsmekanisme overfor «problemelever».

For spørsmål om hvorvidt henvendelsen ble besvart med tilbakemelding på tilfredsstillende måte, gjelder samme opptellingsrutine som for hvem som tok opp problemet. Svaralternativene viste stor spredning i øst som i vest. En sjelden gang ble saken vurdert og avsluttet hos skolelegen, men i langt de fleste tilfellene ble det henvist videre, og i en del tilfelle var helsesøster henvisende instans og også den som mottok epikriser.

Svaralternativene vedrørende tilfredshet med tilbakemelding fordeler seg som følger:

	Øst		Vest	
	Problemet har vært oppe mer enn fem ganger n=23	Problemet har vært oppe to til fem ganger n=11	Problemet har vært oppe mer enn fem ganger n=6	Problemet har vært oppe to til fem ganger n=6
Tilfredsstillende	18 (78,3%)	6 (54,6%)	0	3 (50%)
Ikke tilfredsstillende/ikke mottatt svar	3 (13,0%)	1 (9,1%)	4 (66,7%)	3 (50%)
Blandet erfaring	2 (8,7%)	4 (36,4%)	2 (33,3%)	0

Av alle som hadde hatt problemet oppe mer enn fem ganger anga 78% i øst tilfredshet med tilbakemelding, mens ingen i vest kunne si det samme.

Som spontan kommentar til «ikke tilfredsstillende» tilbakemelding anga flere at det gikk for lang tid, det måtte purres og mases. Andre, som anga «tilfredsstillende» tilbakemelding, nevnte spontant sektorpediater ved navn og fremhevet det gode samarbeidet.

I øst hadde 10 (15%) og i vest seks (27%) møtt motstand på problemet.

I øst hadde åtte av de 10 møtt motstand i familien mot tre av de seks i vest. Motstand hos helsesøster og motstand i systemet for øvrig er rapportert fra enkeltstående skoler i øst.

I vest hadde tre møtt motstand i systemet, og fra enkeltstående skoler meldtes om motstand fra skolen og/eller barnevernet. Én skole meldte om total mangel på respons på problemet i bydelen og en helsesøster i samme bydel meldte om generell ressursmangel i PPD.

I øst kunne fire (6%) bekrefte at de kjente til elever som var alminnelig kjent som hyperaktive, men som de ikke *visste* om hadde vært i kontakt med helsevesenet eller som de ikke *visste* om hadde noe spesialtilbud i undervisningen, og like mange unnlot å svare.

I vest svarte ingen «ja» på dette spørsmålet, men fire (18%) unnlot å svare.

På spørsmål om det for legen var kjent om det fantes et fast opplegg ved skolen for å fange opp denne kategorien elever, fordelte svarene seg som følger:

	Øst	Vest
Kjenner til opplegg	31 (48%)	6 (27%)
Kjenner ikke til opplegg	12 (18%)	5 (23%)
Svar mangler	23 (34%)	11 (50%)

Av alle som svarte at problemet hadde vært oppe mer enn én gang var det 33,3% i øst mot 13,6% i vest som óg kjente til opplegg for å fange opp denne kategorien elever.

Der problemet har vært reist flere ganger er forskjellen mellom øst og vest enda mer påtagelig:

	Øst	Vest
Problemene har vært oppe: mer enn fem ganger	Kjenner til opplegg 18/23 (78,3%)	Kjenner til opplegg 1/6 (16,7%)
to til fem ganger	4/11 (36,4%)	2/6 (33,3%)

Av de 24 skoler i øst som hadde hatt problemet oppe flere ganger og som meldte om bare positive erfaringer med tilbakemelding hadde hele 22 et fast opplegg, dvs 1/3 av alle. Tilsvarende i vest var det to av tre eller 1/10 av alle. For skolene med negative erfaringer der problemet hadde vært oppe flere ganger, hadde to (av fire) i øst og ingen (av seks) i vest noe opplegg, men det fremgår av kommentarene at to av disse i vest hadde forsøkt, men ikke nådd fram i bydelen.

Litt om de enkelte bydeler

Av 14 skoler i øst der skolelegen svarte, der problemet hadde vært reist mer enn fem ganger og der tilbakemeldingsrutinene ble oppfattet som tilfredsstillende, var gjennomsnittlig virketid for skolelegen ved den aktuelle skole 7,7 år. Av disse skolene ligger 11 i Ytre syd: tre (av fire) i bydel 7 Ekeberg/Bekkelaget, seks (av 11) i bydel 9 Søndre Nordstrand og én (av en) i bydel 10 Lambertseter. I Indre øst hadde tre (av fem) skoler i bydel 6 Gamle Oslo hatt lege bare i 1/2-1 år, og i bydel 4 Sagene Torshov og bydel 5 Grunerløkka/Sofienberg hadde tre (av fire) skoler lege som hadde virket i bare fire til seks måneder. I Ytre vest er den bydel som har flest skoler av alle vestlige bydeler bydel 25 Ullern, som for øvrig utmerket seg på to måter. For det første svarte samtlige seks skoler på henvendelsen til tross for at tre av disse var uten lege og én skolelege var ny i jobben. For det annet gjenlød en unison mangel på tilfredshet med responsen der problemet hadde vært oppe (med ett hederlig unntak i ett enkelttilfelle).

Oppsummering og diskusjon

«Skolehelsetjenesten» er en lite konstant størrelse. Tilbudet strekker seg fra å være så å si ikkeeksisterende til å være et stabilt tilbud med fast legekontakt, helsesøster til stede på skolen eller eventuelt en stabil helsesøster med gode kontakter til annenlinjetjenesten. Skillelinjene går mellom de enkelte skoler og bydeler, ikke mellom øst og vest. I et øst/vest perspektiv er skolenes gjennomsnittlige legedekning og virketid forbausende lik. Skolelegeordningen, der den ikke finnes, oppfattes som et savn, ellers som et gode.

Ytterlighetene i dette materialet finnes i Ytre syd, Indre øst og i Ytre vest av byen.

Videre fremgår av dette materialet at andelen skoler i deler av øst som har hatt problemet udiagnostisert MBD, hyperkinesi o.l. oppe mer enn fem ganger har en mye høyere andel «tilfredse» brukere målt ved tilbakemeldingsrutiner fra annenlinjetjenesten og en mye høyere andel skoler med systematiske opplegg for å fange opp denne kategorien elever enn det som er tilfelle i deler av vest. Før det kan fastslås at dette er et resultat av en gunstigere «markedstilpasning» i enkelte bydeler, må det godtgjøres at etterspørsel og tilbud slik det fremtrer i dette materialet uttrykker faktiske behov og adekvate svar og ikke er artefakter, noe disse dataene ikke kan gi svar på. Det må likevel være lov å spekulere.

Tilbudet kan som kjent påvirke etterspørselen i ulike retninger: et godt tilbud kan tenkes både å stimulere etterspørselen etter en bestemt medisinsk tjeneste ved å senke terskelen for behovet, eller det kan avdekke et skjult behov for denne tjenesten. Et manglende tilbud derimot, kan fremtvinge andre løsninger eller det kan føre til oppdemming av behov. Hvor i dette bildet de enkelte bydeler gjenfinnes, ser ut til å variere fra den ene ytterlighet til den annen. I dette materialet presenteres etterspørselen som *behov for utredningstjenester via skolehelsetjenesten*, og det er denne størrelsen bydelene må forholde seg til i sitt tilbudssvar. Det er i øst som i vest «noen ved skolen» som hyppigst tar opp problemet, og forespørslene kommer i øst og i vest i forholdsvis samme utstrekning til skolehelsetjenesten fra ulike hold. Verbaliserte uttrykk for tilfredshet eller frustrasjon forsterker inntrykket tallene gir av behov for et godt fungerende «nettverk» av helsetjenester i relasjon til skolesamfunnet på alle nivå. Hvordan dette best formes, gies det ikke noe svar på. Det kan se ut som stabilitet i skolehelsetjenesten er den viktigste faktoren for å bygge ut et slikt nettverk, enten det er helsesøster eller lege som er den samme over lengre tid og som derigjennom utfører omtrent den samme formidlerrollen. Respons fra annenlinjetjenesten og nødvendig ressurstilgang fra bydelene kan se ut til å virke befordrende på en slik stabilitet, med alle forbehold tatt vedrørende materialets iboende begrensninger. Et sideblikk til tryggedata sier også noe om sannsynlig ulikhet i annenlinjetjenestens rolle og kanskje dermed forventningene til denne.

Konklusjon

Bydelenes praksis når det gjelder skolehelsetjenestetilbud generelt og diagnosegruppen MBD/hyperaktivitetssyndrom o.l. spesielt, er høyst ulik uansett ulikheter som måtte finnes i prevalens eller i bruk av helsetjenester utenfor skolehelsetjenesten.

Det synes å være nær sammenheng mellom det å ha et systematisk opplegg for å fange opp denne diagnosegruppen og det å få tilfredsstillende tilbakemelding om videre utredning. Hvordan dette påvirker den senere oppfølging, skal her være usagt, men det er nærliggende å tro at enten det er en reell ulikhet i prevalens av disse tilstandene eller det er et reelt over- eller underforbruk av trygdeytelser til denne gruppen, er det all grunn til å skjerpe rutinene på bydelsnivå og om mulig klarlegge årsaksforholdene bedre enn det som har vært praksis til nå.

Hjertelig takk til Professor Tor Bjerkedal ved Seksjon for forebyggende medisin for tryggedata og til ledende fysioterapeut Susanne Bjørn Lian ved habiliteringsteamet ved Ullevål sykehus for diagnoseliste, og til alle dere som velvillig har svart på skjemaet som i stor grad avspeiler en underestimert av problemets størrelsesorden, noe som åpenbart har gjort det vanskelig å gi presise svar.

Universitetet i Oslo,
Senter for epidemiologisk forskning

20. mars 1996