

Screening for psykiske plager i skolehelsetjenesten – et forsøk verdt?

Sammendrag

Bakgrunn. Vi ønsket å se på forekomsten av psykiske plager hos ungdom i alderen 14–16 år, og sammenlikne de diagnostiske hjelpemidlene Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) og Prime Mental Disorders (Prime-MD) med klinisk intervju hos en allmennpraktiserende lege. Målet var å vurdere nye metoder som kan gjøre skolehelsetjenesten bedre i stand til å takle helseproblemer hos ungdom.

Materiale og metode. 108 (95,6 %) av en primærpopulasjon på 113 elever i alderen 14–16 år i en kystkommune i Møre og Romsdal deltok i studien i 2000 og 2001.

Resultater. Seks jenter og to gutter fikk diagnose med psykiske plager eller alkoholmisbruk, og to av disse ble henvist videre til psykiater etter screeningundersøkelsen.

Fortolkning. Resultatene er forenlig med andre data om at psykiske lidelser og kroppslige plager er ganske utbredt hos ungdom. HADS og Prime-MD diskriminerer ganske godt mellom ungdom med depresjon og angst og de som ikke har det.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

Roald Borthne

roaldborthne@yahoo.no
Kommunelegen Aukra
Legekontoret
6480 Aukra

Helseproblemene i skolen har endret karakter fra skolehelsetjenesten ble etablert i 1920–30-årene, da kampen mot smittsomme sykdommer som tuberkulose var viktigst. I dag dominerer psykososiale problemer.

Verdens helseorganisasjon har anslått at depresjon er verdens nest mest invalidiserende lidelse i aldersgruppen 15–44 år, og psy-

kiske lidelser utgjør 12 % av sykdomsbelastningen i verden (1). Retrospektive undersøkelser bekrefter at mange voksne som lider av psykiske plager, har hatt sine plager helt fra barneårene (2). Ungdomstiden er en sårbar alder hvis det oppstår sykdom, og en strategisk alder for å forebygge psykiske lidelser. En viktig oppgave for skolehelsetjenesten for ungdom bør være å bidra til å forebygge, men også spore opp elever med psykiske problemer og bidra til at de får adekvat hjelp.

I Norge ble det i 1997–98 gjort en landsomfattende undersøkelse blant 5 026 skolebarn fra 6., 8. og 10. klasse som omfattet spørsmål om psykiske og somatiske plager (3). I 10. klasse var de fleste plagene mer utbredt blant jenter enn gutter. Undersøkelsen viste også høy korrelasjon mellom psykiske og somatiske plager.

Verdens helseorganisasjon har formulert ti prinsipper for populasjonsbasert screening (4). Det ideelle utgangspunkt for en masseundersøkelse er en alvorlig sykdom som kan helbredes etter tidlig diagnose. Den diagnostiske test bør være enkel, billig, ufarlig og lite belastende samt ha høy sensitivitet og spesifisitet. Den samlede nytte av screening må være større enn ulempene (5).

I Aukra kommune, med 3 000 innbyggere, har vi hatt en tradisjonell skolehelsetjeneste hvor elevene har fått tilbud om samtaler med helsesøster ved behov. Elever med psykiske plager blir som regel henvist til barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling eller til psykologisk-pedagogisk tjeneste (PPT). For å se hvor mange elever med psykiske problemer som ble fanget opp ved denne formen for organisering av skolehelsetjenesten, gikk jeg retrospektivt gjennom alle primærlegejournalene, PPT-journaler og så hvor mange henvisninger barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling hadde fått fra vår kommune i en fireårsperiode fra 1995 til utgangen av 1998. I denne perioden var det i alt registrert 11 personer i alderen 14–16 år med psykiske plager. Av disse hadde fire pasienter moderat til alvorlig depresjon og to generell angst. Tre av disse ble henvist til barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling. Bare én av pasientene ble diagnostisert av primærlegen.

Formålet med studien var å se på forekomsten av psykiske plager hos ungdom i alderen 14–16 år i vår kommune, og sammenlikne de diagnostiske hjelpemidlene Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) og Prime Mental Disorders (Prime-MD) med klinisk intervju hos en allmennpraktiserende lege. Vi ønsket å prøve ut nye

metoder for å fange opp elever med psykiske plager og behov for profesjonell hjelp.

Prosjektet ble vurdert og tilrådd av regional komité for medisinsk forskningsetikk, Region Midt-Norge.

Materiale og metode

Helseundersøkelsen ble gjennomført våren 2000 og våren 2001. Alle elevene i 9. og 10. klasse i kommunen ble invitert i 2000, alle niendeklassinger i 2001. Elevene fikk informasjon av kommunelegen om hva undersøkelsen gikk ut på, og skriftlig informasjon ble sendt hjem til foreldrene. Kommunelegen hadde møte med hovedlærer før undersøkelsen startet for å høre om det var elever som han/hun var bekymret for. Undersøkelsen bestod av to spørreskjemaer, Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) og Prime Mental Disorders (Prime-MD).

HADS består av et skjema med sju spørsmål om angst og depresjon. I denne undersøkelsen har vi brukt de vanligste terskelverdiene for angst og depresjon. En skåre på 11 eller mer regnes ofte for å være et tilfelle av angst eller depresjon eller en blanding av angst og depresjon dersom totalskåren er over 19 poeng (6). Spørreskjemaet er validert i en studie av 248 ungdommer i 1999, og sammenliknet med kliniske intervjuer av en barnepsykiater (7). Testen viste tilfredsstillende validitet og reliabilitet og diskriminerte mellom ungdommer med og uten depresjon og angstlidelser. En gjennomgang av litteraturen viser at HADS diskriminerer godt mellom angst og depresjoner både hos somatiske, psykiatriske og allmennmedisinske pasienter og i befolkningen generelt (8).

Prime-MD-testen er ikke validert for ungdom, men for voksne i en stor multisenterundersøkelse med 1 000 pasienter (9). Testen



Hovedbudskap

- Psykiske plager er utbredt blant ungdom
- Jenter har oftere psykiske plager enn gutter
- Det er høy korrelasjon mellom psykiske og somatiske plager
- Hos barn og unge er det gode holdninger for at tidlig diagnostisering og behandling av psykiske lidelser kan forhindre at plagene blir kroniske

består av to deler. Den første er et pasientspørreskjema på én A4-side som pasienten skal kunne svare på selv før konsultasjonen. Pasient-spørreskjemaet består av 25 ja-nei-spørsmål, samt ett spørsmål om generell helsetilstand. De 25 ja-nei-spørsmålene er organisert i forhold til fem vide diagnostiske områder som dekker stemningslidelser, angstlidelser, spiseforstyrrelser, somatoforme lidelser og alkoholmisbruk/-avhengighet.

Den andre delen av Prime-MD er legens vurderingsguide. Denne brukes for å få supplerende informasjon innen de områder hvor pasienten har svart positivt i pasientspørreskjemaet.

Hver elev ble innkalt til psykiatrisk sykepleier, som var til stede da eleven krysset av på spørreskjemaene. Der det var tilstrekkelig mange positive svar på symptomer i Prime-MD-pasientspørreskjemaet, brukte hun legens vurderingsguide for diagnostikk og krysset til slutt av for diagnosene som kom frem under intervjuet. Etter dette kom elevene til legen for samtale. Det var satt av gjennomsnittlig 20 minutter til hver elev. Intervjuet ble utført som en vanlig konsultasjon hos allmennlege, med vurderinger og forslag til diagnose ført i elevens journal. På slutten av dagen sammenliknet legen og psykiatrisk sykepleier svarene i spørreskjemaet med det kliniske intervjuet.

Alle elever ble innkalt en måned senere til ny konsultasjon hos lege. Det ble avsatt lengre tid til dem som hadde symptomer på psykiske vansker. Konsultasjonene varte i 5–30 minutter. Elevene fikk tilbakemelding fra legen om resultatet av undersøkelsen. De som ønsket det, fikk tilbud om videre oppfølging.

Av 113 inviterte elever møtte 55 av 60 gutter (91,7 %) og 53 av 54 jenter (98,1 %) i alderen 14 til 16 år. 75 elever gikk i 9. klasse og 33 i 10. klasse. Opplysningene som kom frem under undersøkelsen, ble oppbevart i elevenes allmennlegejournal.

Resultater

Seks jenter og to gutter av en primærpopulasjon på 108 fikk diagnose med psykiske plager eller alkoholmisbruk (e-tab 1). Legen mente at fem av de åtte elevene trengte videre oppfølging pga. psykiske lidelser, og to av disse ble henvist videre til psykiater, som bekreftet diagnosene. Ingen av disse elevene var tidligere fanget opp av helsetjenesten. Sju elever opplyste at de var blitt tilbudt narkotiske stoffer, tre bekreftet at de hadde prøvd hasj og én av disse ecstasy i tillegg. 20 elever (18,5 %) røykte daglig.

I HADS var gjennomsnittsskåren for angst 4,7 (SD 3,0). Fordelt på kjønn var gjennomsnittsskåren 4,0 for gutter og 5,4 for jenter. Gjennomsnittsskåren for depresjon var 2,2 (SD 2,2). Fordelt på kjønn var gjennomsnittsskåren 2,0 for gutter og 2,9 for jenter. For summen av skårene for både angst og depresjon var gjennomsnittet 6,9 (SD 4,7). Fordelt på kjønn hadde gutter en skåre på 6,0 og jenter en skåre på 7,8.

De hyppigste plagene som ble angitt i Prime-MD-spørreskjemaet, var at 11 gutter (20,4 %) og 11 jenter (20,8 %) den siste måneden hadde vært mye plaget med følelse av tretthet eller manglende energi, fire gutter (7,3 %) og 17 jenter (31,1 %) hadde vært mye plaget med bekymringer over mange forskjellige ting, åtte gutter (14,8 %) og 12 jenter (22,6 %) var mye plaget med ryggsmarter og åtte gutter (14,5 %) og 11 jenter (20,8 %) var mye plaget med hodepine. Tre elever oppgav at i det store og hele var hel-sen mindre god. Blant de åtte elevene med positive funn hadde seks (75 %) vært mye plaget med bekymringer over mange forskjellige ting, fem (62,5 %) var mye plaget med følelse av tretthet og manglende energi og fire (50 %) hadde søvnvansker og var mye plaget med magesmerter og hodepine.

Diskusjon

I likhet med tidligere undersøkelser indikerer også denne at psykiske og kroppslige plager er utbredt blant ungdom, med overvekt hos jenter. Styrken ved studien er at den har en høy deltakelse, 91,7 % for gutter og 98,1 % for jenter. Den kliniske vurderingen baserer seg på intervju med hovedlærer, to samtaler med elevene og en sammenlikning av det som kom frem i spørreskjemaene med det kliniske intervju. Estimaten for validiteten av skjemaene blir usikkert pga. for liten populasjon. Begge testene var raske å utføre, og det var lite behov for veiledning under utfyllingen av pasientspørreskjemaene.

Psykiske lidelser hos ungdom er et viktig helseproblem. Slike lidelser er en stor belastning for den som rammes og fører ofte til betydelig funksjonssvikt og somatiske plager. Hos mange er psykiske plager også koblet til rusmisbruk. Ungdommer med depresjon blir ofte undertrykt på skolen og kan miste muligheter for utdanning. Hos barn og unge er det gode holdepunkter for at tidlig diagnostisering og behandling av primære angstlidelser kan forhindre utvikling av sekundær depresjon og at angstplagene blir kroniske (10). Dessuten kan vektlegging av hva som egentlig er problemet bedre tilstanden. Bak de psykiske lidelsene kan det også ligge familiære tragedier eller konflikter som involverer flere i familien. At samfunnet griper tidlig inn med støttetiltak, kan hindre at dette får utvikle seg i gal retning. Det er derfor mange argumenter for at det er viktig å fange opp elever med slike lidelser.

Vi må erkjenne problemets omfang og aktivt organisere tjenesten slik at vi effektivt kan forebygge og behandle psykiske vansker hos barn og ungdom. Risikoen for å få en depresjon for den som vokser opp med en tidvis deprimert forelder anslås til 40 %, og fastlegen, som gjerne kjenner familien, kan via tverrfaglig samarbeid bidra til at disse barna får hjelp og støtte som kan hindre at de senere i livet skal rammes av psykisk sykdom (11). Egenandel hos allmennlegen rammer dem med dårligst råd, og trolig er det mye å vinne på gi

unge under 19 år fritak (12). Likeledes kan man styrke skolehelsetjenesten med godt utbygd og lett tilgjengelig helsesøstertilbud og vektlegge miljøtiltak i skolen som kommer alle til gode. Det er også behov for at allmennleger skolerer bedre innen barne- og ungdomspsykiatri, og at psykisk helsevern for barn og unge utbygges for å gi spesialisthjelp til dem som har behov for det.

Det er argumenter mot screening for psykiske plager. Vi har foreløpig begrenset erfaring med bruk av diagnostiske spørreskjemaer hos ungdom, og vi kjenner ikke det naturlige forløp av psykiske lidelser hos denne gruppen tilstrekkelig godt. En bivirkning av aktiv diagnostisering er at psykiske lidelser kan føre til stigmatisering og fare for sosial degradering for dem som blir plukket opp av hjelpeapparatet.

Imidlertid er skjemaene raske i bruk, screeningen kan gjøres uten individuell veiledning og jeg har erfart at vi finner flere elever med psykiske plager enn om de selv skal ta kontakt ved behov. I vår kommune har vi inntrykk av at elevene har satt pris på at skolehelsetjenesten har prioritert psykisk helse og gjort terskelen for å søke profesjonell hjelp lavere. Dette har ikke ført til unødvendig bruk av helsetjenester. I ettertid har vi ikke registrert noen negative følger ved oppsporingen av elever med psykiske plager.

Undersøkelsen er utført med støtte fra Allmennmedisinsk forskningsutvalg i form av et tre måneders allmennpraktikerstipend. I arbeidet har jeg fått verdifull veiledning fra Steinar Westin ved Institutt for samfunnsmedisinske fag ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

e-tab 1 finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

Litteratur

Komplett litteraturliste finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

1. Verdens helseorganisasjon. The World Health report 2001. Mental Health: New understanding. New Hope. Genève: WHO, 2001.
2. Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening. Veileder i barne- og ungdomspsykiatri. Oslo: Den norske lægeforening, 1996.
3. Aarø LE, Haugland S, Hetland J, Torsheim T, Samdal O, Wold B. Psykiske og somatiske plager blant ungdom. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 2923–7.
4. Wilson JMG, Jungner G. Principles and practice of screening for disease. WHO Public Health Papers No 34. Genève: WHO, 1968.
5. Eskild A. Screening med det rare i? Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 552.
6. White D, Leach C, Sims R, Atkinson M, Cottrell D. Validation of the Hospital Anxiety and Depression Scale for use with adolescents. Br J Psychiatry 1999; 175: 452–4.
7. Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelmann D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale: an updated literature review. J Psychosom Res 2002; 52: 69–77.
8. Spitzer RL, Williams JBW, Kroenke K, Linzer M, Degruy FV, Hahn SR et al. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME-MD 1000 Study. JAMA 1994; 272: 1749–56.
9. Roth JH, Dadds MR. Prevention and early intervention strategies for anxiety disorders. Curr Opin Psychiatry 1999; 12: 169–74.
10. Haavet OR. Ungdomsmedisin – et nytt fagfelt? Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 2912.