

En skoleleges utfordring

I min virksomhet som skolelege for fem videregående skoler får jeg kontakt med ungdommer som jeg ikke er fastlege til. Mange er elever fra andre kommuner – rundt 300 i året. De bor i vår kommune i hybel eller i internat på skolen. De fleste har aldri selv bestilt seg time til lege tidligere. Ofte er det helsesøster eller personale på skolen som tar initiativ til time hos skolelegen.

Jeg er fastlege med fire dager kurativt arbeid og har valgt å fordele min skolelegepraksis, som utgjør fire timer i uken, utover hele uken. Jeg er da tilgjengelig for skoleelevene alle kurative dager. Elevtallet er ca. 1150, men mange av elevene bruker sin fastlege i stedet for skolelegen.

Følgende historie om en 19 år gammel gutt synliggjør noen av utfordringen med å gi hjelp til denne gruppen av pasienter.

12. MARS 2009

Inspektør fra skolen har bestilt time for pasienten. Lang samtale. Han har stort fravær, anslår det til fire uker.

Kommer opprinnelig fra annen kommune. Følt seg dårlig etter han kom hit.

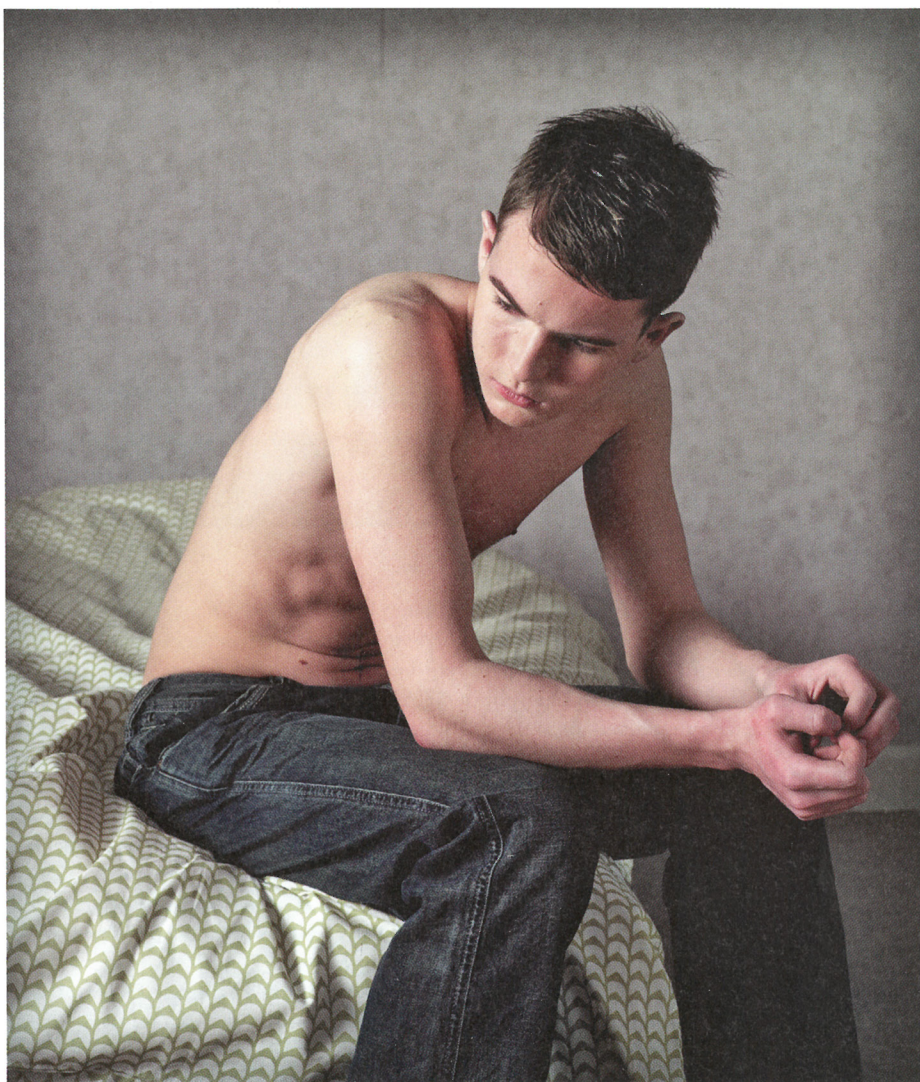
Han har to søsken som er friske. Foreldrene bor i lag.

Klarer ikke komme seg opp om morgenen. En periode i vinter stod han opp kl 15–16.

Mye våken på natten. Spiller CS/WOW (online spill), ikke pengespill. Spiller ofte 10 timer pr døgn. Har alltid vært interessert i PC. Spiller noen ganger i lag med en annen kamerat, sier det gir han sosial kontakt. Vet ikke om han føler seg deprimert. Har ingen ting annet å gjøre på fritiden.

FUNN: blek, slank, «humørløs», smiler ikke. «Trist» kroppsspråk. Kobalamin 163 (175–700), Folat 6,3 (> 8).

Oppfordrer han til å føre liste over hvor mye han spiller.



«Frafall i videregående skole – et helseproblem?» ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX.COM

19. MARS. Høy homocystein, 33.

25. MARS. Helsesøster ringer. Han kommer ikke på skolen - har forsovet seg. Ligger tynt an mht til karakterer. Hybelvertinnen ønsker å kaste han ut. Hun har uttalt at hun er redd han, siden han ser ut som han har psykiske problemer. Helsesøster har besøkt han på hybelen og synes han virker deprimert. Hun klarte ikke få noen givende samtale med han. Hun synes det virker som foreldrene i liten grad er engasjert. Har han en dyssosial personlighetsforstyrrelse eller annen alvorlig patologi?

26. MARS. Ikke møtt til time.

27. MARS. Ringer rektor på skolen. Informerer om at han har lavt B₁₂. Rektor skal ringe meg tilbake.

16. APRIL. Ikke møtt til time. Jeg ringer studieinspektør. Hun har snakket med foreldrene.

17. APRIL. Telefon fra studieinspektør; Eleven møter ikke til avtaler og konsultasjoner. Ser ikke ut til å være interessert i hjelp. Virker ikke som han forstår alvoret i sin egen situa-



Lenket til PC'en – han gjør aldri noe annet enn PC-aktiviteter. ILLUSTRASJONSFOTO: ALEXANDRE NUNES

sjon. Har lite grenser når det gjelder dataspill. Lærerne blir oppgitte og rådløse.

11. MAI. Ny telefonsamtale med studieinspektør. Han er nå flyttet hjem. Jeg anbefaler at han følges opp av fastlege, og at man vurderer om det er annen psykisk lidelse eller om spilleavhengighet er det primære.

4. NOVEMBER 2010.

Konsultasjon. Tilbake, nå på en annen videregående skole på stedet. Vet ikke helt hvorfor han kommer til lege i dag. Sannsynligvis har helsesøster eller studieinspektør bestilt time for han. Til nå hatt sju dagers fravær i høst. Ber han fortelle om seg selv: To setninger; Han har vært ganske stille og alene. Vært til OT/PPT tidligere.

Sier han ikke greier å bry seg, greier ikke å møte opp. Har ikke gjort noen ting hjemme det siste året. Tror det er på grunn av angst og depresjon han ikke klarer å bry seg. Bruker nå Venlafaxin 150 mg en gang daglig. Føler han har hatt nytte av den.

FUNN; Virker trist og humørløs. Svarer stort sett med ett ord eller svært korte setninger. Smiler ikke i det hele tatt. Vi tar serum konsentrasjon Venlafaxin; 1653 (400-2000)

Ber om at han tar med kopi av journalen fra fastlegen neste gang.

18. NOVEMBER

KONSULTASJON. Han er opptatt av støtfølelse i hodet. Møter nesten hver dag på skolen, men ikke i det siste. Spilt ca 10 timer det siste døgnet. Får ikke gjeld.

Ble mobbet på skolen i åttende klasse. Føler problemene begynte da. Snakker egentlig ikke så mye med foreldrene. Har normalt forhold til begge. Ønsker å bli noe innen IKT. Klarer å stå opp mellom kl åtte og ti. Hva han gjør når han ikke er på skolen? Han gjør aldri noe annet enn PC-aktiviteter eller ser på fjernsyn.

24. NOVEMBER. Møte i ressursteam på skolen. Vi drøfter min pasient og en lang liste av elever med spesielle utfordringer. Blir enig om at det bør kalles inn til felles møte med NAV, OT/PPT, lege, klassekontakt og elevinspektør.

15. DESEMBER – får kopi av journalen hans fra fastlegen.

Jeg får innblikk i hva som er skjedd på det halvannet år som er gått siden sist jeg så han. Mor har tatt han med til fastlege. Hun tror han blir økende deprimert fordi han flyttet på hybel. Han er henvist til DPS gruppebehandling. Han trakk seg fra gruppebehandling da han syntes det ble for tøft. Han har fått innvil-

get arbeidsavklaringspenger. Er startet med Efexor. Fastlegen har henvist han til vårt DPS siden han nå er flyttet hit igjen

16. DESEMBER. Telefon fra ny helsesøster. Han har ikke møtt på skolen i det siste. Hun har fått tillatelse til å ringe foreldrene, men ikke oppnådd kontakt med dem. Jeg kan ringe kontaktlærer om det er noe jeg lurar på.

17. DESEMBER. Ikke møtt til time.

Frafallet i videregående skole er 10–30 prosent. En del av mine pasienter sliter år etter år med å komme seg gjennom skolen. Motivasjonen er lav, men de føler at de ikke har annet valg enn å gjennomføre. Alle har rett til fem år i videregående skole. Verdsetter vi ungdommene sine ressurser ved å la de gå det ene året etter det andre på denne måten? Eller skaper vi ett økende antall unge uføre.

Ett lyspunkt i denne historien er kontakten han hadde med fastlegen, hvor han etterhvert fikk behandling med antidepressiva. Han har blitt relativt mye bedre etter det, men jeg er likevel usikker på om han bør fortsette i videregående skole.

Ottar Fjose

Ottar Fjose gir oss et kasus med en 19-årig gutt. En høyst aktuell historie. Han slutter historien med noen tankevekkende spørsmål: Verdssetter vi ungdommene sine ressurser ved å la de gå det ene året etter det andre på denne måten? Eller skaper vi et økende antall unge uføre?

Nøkkelen til løsning er pedagogisk og ligger i skolen, hevder mange. Det tror jeg er sant. Skolehelsetjenesten er også helt sentral. Samtidig er disse elevene storforbrukere av fastlegene. De kommer med fysiske plager. 19-åringen er ikke helt typisk, siden inngangsbilletten til legen er skolefravær. Jeg er utfordret til å komme med tanker om denne 19-åringen, og hvordan han kan komme tilbake på normalsporet.

Det er fem tema jeg synes er viktige:

- et samfunnsproblem
- komme i posisjon
- søvnvansker
- depresjon
- plan ut av uføre

Samfunnsproblem

Dessverre er historien om 19-åringen ikke enkeltstående. Medisinstudentene i første semester får i en av mine forelesninger oppfordring om å rekke opp hånden hvis de har en jevngammel venn eller venninne som sliter alvorlig psykisk og med skole. Praktisk talt alle studentene rekker opp hånden. Og flere studenter poengterer i samtaler etter forelesningen at det er tilfeldig hvem som rammes.

Det er mange holdepunkter for at omfanget av skoleelever som rammes som i Ottar Fjoses historie, gjør 19-åringen til representant for et samfunnsproblem (1). Et samfunnsproblem som til nå har fått passere med taushet fra allmennelegekorpset. Det kan skyldes at 19-åringen tilhører en lavt prioritert pasientgruppe (2). Samtidig er det vanskelig å tenke seg et område hvor god faglig jobbing fra fastlegene kan gi en større helsegevinst.

Komme i posisjon

Å komme i samtale med den unge er første mål (3). Når unge kommer med kroppslige problemer, er det viktig å stille spørsmål som «hvordan går det ellers». Et annet godt hjelpes spørsmål er dette: «Hvis du hadde en kamerat... hva synes du vi burde hjulpet med?». Respekter at den unge er ekspert på seg selv. Tålmodighet er en nyttig ferdighet.

Ta disse raskt inn til en første time. Avtal oppfølgingstimer. Unge rapporterer at de føler seg tatt på alvor når legen følger dem opp. Unge skal være veldig trygge for å rope hva de sliter med. Den tryggheten kan noen ganger først være på plass i tredje eller fjerde time.

Hva skal til for å huske timene. Den unge selv må få et hovedansvar i planleggingen, selv

om dette kan ta tid for legen. I opplegget kan man inkludere påminning per sms, avtaler om allianser med en kamerat, kjæreste, foreldre, lærer – mulighetene er mange – og noen forslag vil være mer spiselige enn andre for den unge.

I det første møtet må det også drøftes alternativer for det tilfelle at timer likevel blir glemt. Ønsker den unge å bli ringt opp av fastlegen. Er det bestemte tidspunkter som egner seg for en slik telefonsamtale. Er det hensiktsmessig å sette opp flere konsultasjoner, slik at hvis én konsultasjon glipper, er det mulig å forholde seg til den neste.

For det er ikke uten grunn at ungdommer glemmer timer. Hjernen er først moden for å holde orden på denne type informasjon tidlig i tyveårene. Tristhet og depresjon svekker i tillegg hukommelse og konsentrasjonsevne. Dessuten sliter mange av disse med døgnrytme og søvn.

Søvnproblem

19-åringens søvnproblem synes å være en medvirkende årsak til at han ikke kommer seg på skolen. Han snur døgnet. Depresjon kan være en årsak til søvnvanskene. Spill på data ti timer på alle tidspunkt av døgnet kan også være medvirkende.

Søvnforskerne Fetveit og Bjorvatn hevder at det er viktig å kjenne de vanligste årsaker til unges søvnvansker for å kunne hjelpe (4). De foreslår å bruke søvndagbok for å kartlegge problemene, og har et praktisk forslag til en søvndagbok. Videre har de satt opp en oversikt over gode råd for å ta vare på oppbygd søvnbehov, bevare god døgnrytme og å redusere aktivering om kvelden og natten.

Depresjon

Vi begynner nå å få instrumenter for tidlig og riktig diagnose av depresjon. Depresjon er en signalsykdom hos unge. Det er derfor viktig for en allmennelege å ha disse instrumentene for hånden (3).

Kognitive atferdsterapeutiske strategier er vist å være godt egnet i behandling av deprimerte unge. Denne gutten har trolig mange «negative automatiske tanker» om sin egen verdi og sin fremtid. Sannsynligvis gir han opp på forhånd fordi han tenker at han uansett ikke vil lykkes. Det er et mål å få fram disse tankene og registrere hvilke følelser, kroppreaksjoner og hvilken atferd tankene utløser. Det videre opplegget vil være å få fram alternative tanker som kan fremme endring og mestring.

Psykologene Berge og Repål har på en praktisk måte beskrevet behandling etter disse prinsippene i boka *Den indre samtalen* (5).

I tillegg er det godt dokumentert at det kan være til stor hjelp for den deprimerte unge med antidepressiv medisin. En 19-åring mener jeg ikke er eldre enn at førstevalget er fluoxetin (Fontex) 6.

Å heve depresjonen kan være helt nødvendig for å komme videre i arbeidet for å komme ut av uføre.

Plan ut av uføre

Skal denne 19-åringen komme rimelig raskt ut av uføre, tror jeg det er helt nødvendig å lage en skriftlig plan (5). Utarbeidelsen må være et samarbeid. Både framdrift og mål må være realistiske. For hvert skritt i planen må hindringer som kan dukke opp og løsninger på disse, drøftes med den unge.

I arbeidet med planen kan det være nødvendig å trekke inn venner, nære pårørende, skole, eller andre personer som den unge kan støtte seg til. Terskelen bør være lav for å bidra på samarbeidsmøter med skole, arbeidsplass og NAV, både for å støtte den unge og for å forklare den unges situasjon, søvnvansker, depresjon, og hindringer og muligheter for mestring.

Hvordan få tid til et slikt opplegg, vil kanskje noen fastleger innvende. Min erfaring er at med den ekstra frihet det gir å sette unge opp som dagens siste pasient noen få ganger, og deretter på noen dobbelttimer, ofte kan være nok. Deretter kan støtten til den unge foregå i vanlige timer. På møter kan fastlegen be om at deltakelsen begrenses til det som er relevant av hensyn til legens tilgjengelighet på legekontoret.

Ottar Fjoses kasus representerer toppen av et isfjell, og en pasientgruppe som verdsettes for lavt. 19-åringens historie synes å være av mer enn ett års varighet. Desto tidligere disse unge blir oppdaget og får effektiv hjelp, til bedre er prognosen. Fjose får fram fastlegens sentrale posisjon, og nødvendigheten av samarbeid mellom helsesøster, skolelege og fastlege, for å få et godt resultat.

Ole Rikard Haavet

Fastlege/førsteamanuensis dr. med.

REFERANSER

1. Ingul J. Skolevegring hos barn og ungdom. Barn i Norge: Voksne for Barn, 2005.
2. Giercksky T. Prioritering i allmennpraksis – hverdagens utfordringer. *Utposten* 2010;8: 18–22.
3. Garløv I, Haavet OR. Psykiske vansker hos barn og unge. En veileder for fastleger og andre i første linje. Stavanger: Hvertiv Akademisk, 2011.
4. Fetveit A, Bjorvatn B. Søvnforstyrrelser hos ungdom. Haavet OR (red.). *Ungdomsmedisin*. Oslo: Unerversitetsforlaget, 2005: 177–85.
5. Berge T, Repål A. *Den indre samtalen Kognitiv terapi i praksis*. Oslo: Gyldendal, 2010: 51–104.
6. Thorseng Kvande K, Jacobsen S, Berge M. *Depresjon hos barn og ungdom*. Oslo: Statens legemiddelverk, 2011.