

Psykisk helsehjelp i skolen

TEKST

Arne Holte

Randi Talseth

PUBLISERT 1. november 2005

Mellom 15 og 20 prosent av alle barn og unge i Norge har psykiske vansker. Med det menes angst, depresjon, atferdsforstyrrelser, søvnevansker eller andre symptomer, uten at belastningen nødvendigvis er så stor at det kan stilles en diagnose. Blant norske 15–16-åring har hver fjerde jente og hver tiende gutt slike problemer. Disse nye tallene fra Nasjonalt folkehelseinstitutt bygger på undersøkelser i norske fylker.

I alt åtte prosent av barn og unge under 18 år har så store psykiske vansker at de hadde fått en diagnose om de hadde søkt hjelp. De er behandlingstrengende. Før puberteten er to av tre av disse gutter, der atferdsproblemer, oppmerksomhetsforstyrrelser og hyperaktivitet dominerer. Etter puberteten snur forholdet mellom kjønnene, og angst, depresjon og spiseforstyrrelser dominerer. Beregningene bygger blant annet på undersøkelsen «Barn i Bergen».

Det nye anslaget er høyere enn de fem prosent som ligger til grunn for Opptappingsplanen for psykisk helse. Bedre registreringsmetoder forklarer mye av økningen. Men det er nok også blitt mer depresjon og selvskading blant jenter og noe mer atferdsforstyrrelser blant gutter. I tillegg har alkoholforbruket blant unge økt med hele 60 prosent.

Mange av problemene kunne vært unngått om de hadde vært registrert tidligere. Begynnende atferdsforstyrrelser og ADHD kan fanges opp allerede ved småbarnskontroll på helsestasjon eller i tidlig skolealder. Angst og depresjon kunne vært sett av skolehelsetjenesten. Mange barn vokser av seg vanskene, men like ofte øker problemene om man ikke griper inn tidlig. Alle psykiske lidelser reduserer barns læringsevne og går ut over skoler resultatene.

Atferdsforstyrrelser øker risikoen for rus og kriminalitet. ADHD øker risikoen for depresjon og andre tilleggs vansker. Og, angst, depresjon og spiseforstyrrelser har lett for å vare eller komme tilbake senere i livet. Jo lengre tid som går, desto vanskeligere og dyrere blir både konsekvensene og behandlingen. Tidlig intervensjon kan forebygge nye problemer og kan i mange tilfeller gjøres enkelt, på kort tid og til lav kostnad.

Manglende tilbud

Men de psykiske helsetjenestene i kommunene fungerer ikke slik: Foreldre venter lenge med å oppsøke fastlegen med sine barns psykiske vansker. Allmennleger som

behandler barn for kroppslige sykdommer, fanger ikke opp deres psykiske problemer. Og gjør de det, har de liten kompetanse til å behandle. Den pedagogisk-psykologiske tjenesten er blitt en pedagogisk tjeneste som utreder lese-, skrive- og lærevansker, ikke en psykisk helsetjeneste. Både disse, helsestasjonene og skolehelsetjenesten gjør en god jobb på sine områder. Men ingen av dem er rustet til å utrede og behandle psykiske lidelser hos barn og unge. Det meste av den psykologisk/psykiatriske utredning og behandling av barn og unge henvises derfor til spesialisthelsetjenesten. Så sterkt er dette satt i system at opptrappingsplanen for psykisk helse har satt likhetstegn mellom behandlingsbehovet blant barn og unge og behandlingsbehovet i spesialisthelsetjenesten. Dette er stikk motsatt av hvordan vi ellers tenker i helsetjenesten: Tiltak skal iverksettes på lavest mulig omsorgsnivå. Det som *kan* behandles i kommunen, *skal* behandles i kommunen.

Når nå behandlingsbehovet blant barn og unge viser seg å ligge på åtte prosent, ikke fem, har det dramatiske konsekvenser. Opptrappingsplanens mål for utbygging av behandlingsplasser i institusjoner for barn og unge er for lengst nådd. Stadig flere blir behandlet, 10 000 flere barn og unge får nå behandling. Men det hjelper ikke, verken ventetid eller køer blir særlig mindre. Nye tall fra Folkehelseinstituttet viser at mange barn og unge fortsatt ikke får den hjelpen de trenger. Blant den ene prosenten av landets 15-åringer som har aller høyest psykisk belastning, sier mer enn annenhver at de ikke har hatt kontakt med hjelpeapparatet. Blant de ti prosent med høyest belastning oppgir tre av fire å ikke ha vært i kontakt med hjelpeapparatet. De som søker hjelp, kastes i stor grad rundt i systemet – nær halvparten har kun få kontakter med hver instans i hjelpeapparatet. Over halvparten som har søkt hjelp, har verken vært hos lege eller psykolog.

Tidlig hjelp er god hjelp

Hva skal vi da gjøre? En mulighet er å bygge ut psykisk helsehjelp i skolen. I dag undersøker skoletannpleien alle skolebarn i Norge minst annethvert år, og hyppigere om det trengs. Finansieringen skjer gjennom rammetilskudd til fylkeskommunene, som enda har ansvaret for tannhelsestellet. Klarer vi det med tannhelsen til ungene våre, må vi også klare det med den psykiske helsen. Kartlegging av den psykiske helsen til alle barn i Norge koster en skoletime, en gang i året, der alle elever fyller ut et elektronisk spørreskjema. Elever med svar som vitner om psykiske lidelser, kan tilbys samtale, slik barn med begynnende tannråte tilbys oppfølgende tannbehandling. Er det ikke behov for oppfølging, er saken grei. Er det behov, kan skolehelsetjenesten tilby en begrenset utredning eller behandling. Barn som trenger mer omfattende hjelp, kan henvises videre til spesialisthelsetjenesten, men da på grunnlag av skikkelig utredning og ikke bare fordi førstelinjetjenesten mangler kompetanse. Uten en skolehelsetjeneste som kan følge opp, er allmenn kartlegging ikke aktuelt.

Nye muligheter

Norge får nå ny regjering. Den vil satse på skole, helse og barn og unge. Samtidig arbeider sosial- og helsedirektoratet med å sette nye måltall for opptrappingsplanen. Et

tiltak som da bør vurderes, er å satse stort på å bygge ut psykisk helsehjelp i skolen, la det bli en del av skolehelsetjenesten, og å ta med helsestasjonene. Slik kunne vi få kontinuitet i tilbudet, helsetjenesten kunne følge ungene etter som de utvikler seg. Norge har nå én psykolog per tusen innbyggere, og vi utdanner 250 nye hvert år. Et måltall kunne for eksempel være at halvparten av landets kommuner skal ha en dekning i skolehelsetjenesten på én psykolog per 1500–2000 barn når Opptrappingsplanen for psykisk helse går ut i 2008. Kommunene kunne organisere tjenestene etter lokale forhold. Noen kunne ha egen kommunal tjeneste, noen kommuner kunne samarbeide, noen kunne kjøpe tjenester fra spesialisthelsetjenesten, og noen kunne benytte kommersielle psykologtjenester. Finansiering kunne skje ved tverrdepartementale statlige tilskudd til kommunene og knyttes til godkjente planer for tjenesten. Departementet kunne kreve at universitetene og Psykologforeningen tilrettelegger utdanningene for arbeid i skolehelsetjenesten. Med en bedre psykisk helsehjelp i skolen kunne målet være å redusere – ikke øke – behandlingsskapasiteten i spesialisthelsetjenesten. Kanskje kunne halvparten av barn og unges behandlingsbehov – dvs. fire prosent – dekkes av psykisk helsehjelp i skolen. Da ville vi ikke behøve å øke behandlingsbehovet i spesialisthelsetjenesten fra fem til åtte prosent, det kunne kanskje reduseres til fire prosent.

Det er mulig at tiltaket ville høste protest fra psykologer og psykiatere i spesialisthelsetjenesten. Men mener vi noe med at kommunehelsetjenesten for barn og unge skal være et lavterskeltilbud, og vil vi unngå at alt hopes opp i en rådyr spesialisthelsetjeneste, er stor satsing på psykisk helsehjelp i skolen kanskje den eneste vei å gå.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 42, nummer 11, 2005, side 985-986

TEKST

Arne Holte, professor emeritus i psykologi

Randi Talseth