



Utposten har i dette nummeret ungdom og helse – «**ungdomsmedisin**» – som hovedtema. Dette fagfeltet er de siste årene kommet mer i fokus, Aplf har det som ett av sine satsningsområder, og det er arrangert flere kurs om temaet. Vi tar opp flere sentrale områder innen ungdomsmedisinen: fastlegens muligheter til å være en aktiv aktør i forhold til ungdomshelse, ikke minst forebyggende (Bredablikk), ungdom og depresjon (Haavet), kognitiv terapi rettet mot ungdom (Haugland og Felde), ungdom og rusproblemer (Strandheim og Skeie), klamydiainfeksjon hos unge (Romøren) og Helsestasjon for ungdom/ungdom og seksualitet (Sundal og Felde) og en ungdomskasuistikk med kommentar. Vi håper dette skal gi både praktisk nyttig «hverdags-ungdomsmedisin» og «mat for tanken»!

God sommer!

Ivar Skeie
REDAKTØR

HELSESTASJON FOR UNGDOM

Ungdom & seksu

GUNHILD SUNDAL
INTERVJUET AV GUNHILD FELDE

Helsestasjon for ungdom på Leirvik på Stord har blitt stedets møteplass for ungdom på onsdager. Et lavterskeltilbud som er svært godt besøkt og som er kjent for sitt gode arbeid, noe som har gitt det bredt politisk vern i alle økonomiske spare-runder i kommunen til nå. Medisinsk ansvarlig og fast ungdomshelsestasjonslege er Gunhild Sundal som deler arbeidet med lege Anne Marie Eggerud og helsesøstre. Utposten har vært på Stord og møtt Sundal, til daglig fastlege hos Landsbylegene, tidligere medlem av Aplfs fagutvalg og med 12 års erfaring fra arbeid på Helsestasjon for Ungdom.

ILLUSTRASJONSFOTO: PDC TANGEN



alitet

Gunhild Sundal er fastlege hos Landsbylegene og lege på helsestasjon for ungdom i Leirvik på Stord.



– Hva gjør at du stadig synes Helsestasjon for ungdom er utfordrende legearbeid?

– Aldersgruppen vi forholder oss til er ungdommer mellom 13 og 19 år. I denne perioden legges et svært viktig grunnlag for framtidig helse. Vi beskjeftiger oss selvfølgelig mye med deres seksualvaner, seksuelt overførbare sykdommer og prevensjon – og disse feltene i seg selv byr på mange utfordringer som det kreves medisinsk kompetanse for å løse tilfredsstillende. Men det er også viktig å huske at ikke alt som dreier seg om ungdom og helse er knyttet til seksualitet. Dette er perioden da grunnlaget legges for framtidige kostvaner, søvnvaner, rusvaner og bevegelsesvaner. På helsestasjonen legger vi ofte vekt på samtale om kosthold, fysisk aktivitet og røyking. Tenårene er også en periode da psykisk sykdom som schizofreni og bipolar lidelse debuterer. En del overgrepssproblematikk kommer opp og en del begynner å lukte på rus i denne fasen. En del ungdommer vet lite om hvordan de skal få hjelp i helsevesenet. Vi representerer et gratis lavterskeltilbud som gjør at vi kommer i nærkontakt med en del ungdommer som jeg tror vi ellers vanskeligere ville fått i tale. Det er attraktivt for ungdommene å komme hit, de samles her – og det er akseptert i miljøet å ta kontakt med oss.

– Er det nødvendig å ha lege på HFU? Kan ikke helsesøstre gjøre den samme jobben?

– Vi var en periode uten faste legekvalder. Oppslutningen om helsestasjonen sank betydelig i denne perioden. Mange av ungdommene ønsker å snakke med en lege. Flere av problemstillingene krever også medisinsk kunnskap som annet helsepersonell ikke har nok kompetanse på.

– En utfordring kan være å avgrense hvilke problemstillinger en skal kunne ta opp på HFU. Hvordan løser dere dette?

– Vi har i utgangspunktet ingen begrensninger på hva som kan taes opp, men det er klart viktig med grensesetting iforhold til hva vi skal bruke HFU til og at vi kanalisere ting videre i systemet. Mange ganger trenger ungdommer litt hjelp til å komme videre i helsevesenet. Noe henvises videre til fastlege eller psykiatrisk poliklinikk/BUP, noe er det også mulig å følge opp på HFU. Det vi har mest av er det som er knyttet til prevensjon, seksualitet, graviditet, svangerskapsveiledning, menstruasjon, abort, seksuell smitte, graviteter, urinprøver og chlamydiaprøver. Men vi har også en del spiseforstyrrelser, depresjoner, angst, rus og overgrepssproblematikk.

Mange vil hevde at HFU kommer i konflikt med fastlegesystemet. Fastlegen er den som kjenner både familien og den enkelte ungdommens sykehistorie og familiehistorie best. Vil HFU forkuldre dette?

– Jeg synes det er mange gode grunner for å beholde et tilbud som HFU. Det er et akseptert lavterskeltilbud, og til og med et attraktivt sted for ungdommen å møtes. Dermed når

vi mange flere enn vi ellers ville klart hvis alle måtte bestille time på et fastlegekontor. Min erfaring er også at det er lettere å endre ungdoms atferd hvis en gjeng sammen finner ut at de skal stå for noe, for eksempel en holdning mot rus. Vi kan lettere utnytte denne gruppeeffekten på HFU enn på fastlegekontoret, da mange kommer til HFU sammen. Nylig hadde vi en jentegjeng her som hadde begynt å vanke sammen med en gjeng med eldre gutter der det var en del eksperimentering med rus. I forbindelse med at noen av jentene oppsøkte oss, fortalte de om miljøet, og vi fikk anledning til å komme med noen innspill. Det hele endte opp med at jentene tok en felles beslutning om å ta avstand fra dette miljøet. Ungdom i denne alderen er svært avhengig av hverandre og er av og til svake alene.

Mange ungdommer på videregående skole bor også i en annen kommune enn der de har sin fastlege og i praksis vil det ofte være vanskelig for dem å oppsøke fastlegen. For mange

føles det vanskelig å gå til den legen som kjenner hele resten av familien, med spørsmål som har med seksualitet og prevensjon å gjøre. Taushetsplikten kan være et ukjent begrep for mange. Et viktig argument for HFU er også at det er gratis. Dersom fastlegetilbudet til ungdom også var gratis, ville sannsynligvis langt flere unge velge å gå dit.

Jeg ser det som svært viktig å arbeide for at også ungdomskonsultasjoner hos fastlege skal bli gratis. Helsestasjon for ungdom og fastlegeordningen utfyller hverandre. HFU er lavterskeltilbudet, fastlegen representerer kontinuiteten og oppfølgingen.

Ungdom og seksualitet

– *Mange kan oppleve at det er vanskelig som voksen lege å ta opp temaet seksualitet med ungdom. Det kan være et følt krav om å være kul – og samtidig et behov for å stå for noen verdier som kan tilføre ungdommene noe.*

– Jeg opplever egentlig ikke at det er vanskelig å bringe dette på banen. Mange oppsøker oss jo for å snakke om nettopp dette, mange ungdommer er svært åpne og naturlige rundt temaet, og det er lett å være direkte tilbake. Jeg tror ungdommen nettopp ønsker å snakke med en voksen utenom foreldrene, en som kan gi dem noen innspill.

– *En stor norsk undersøkelse presentert i 2003 viste en del endringer i seksualatferd blant norsk ungdom i løpet av siste tiår. Blant annet viste den at seksuell debutalder for jenter gikk ned med ett år til 16,7 år fra 1992 til 2002. Fallet hos gutter var noe mindre. Hvilke forhold synes du har endret seg mest hos den gruppen som oppsøker helsestasjonen på de årene du har jobbet der?*

– Mitt inntrykk er at gjennomsnittsalderen hos oss har gått noe ned de siste årene – vi ser flere 15-åringer enn tidligere. Det viser også tallene våre. I løpet av det siste tiåret har også jentene etterhvert i større grad tatt ansvaret for prevensjonen. Kondom brukes mindre, p-piller mer, og dette gjør at guttene har blitt mer passive enn tidligere. Guttene er ofte med jentene sine til helsestasjonen, men kun som «følge». Totaltilstrømmingen til helsestasjonen har økt, men guttene har det blitt færre av.

Jeg synes jeg har observert en positiv utvikling når det gjelder nærheten i forholdene til de helt unge parene. Man ser mange nydelige eksempler på helsestasjonen på helt unge par som står veldig sammen – mange gutter som, i større grad enn tidligere, tør å vise følelser. Dette gjenspeiles også ofte når en graviditet oppstår, det er blitt en kultur nå for at guttene er mye nærere sine gravide partnere.

– *Et annet utviklingsstrekk som kom fram i seksualatferdsundersøkelsen fra 2003 var at en del ungdom, og jenter i større grad enn tidligere, er tilbøyelige til å bryte den såkalte kjærlighets-*

ILLUSTRASJONSFOTO: PDC TANGEN



normen som grunnlag for seksuell samhandling. Hvordan er ditt inntrykk av dette?

– De fleste ungdommene som søker oss for prevensjon har fast kjæreste. De fleste er svært monogame når de er i et forhold og har et «strengt» syn på utroskap. Mitt inntrykk er at det fortsatt er slik at jenter nok har et større behov for nærhet og trygghet i et forhold og at det for jenter i større grad enn for gutter føles feil hvis forelskelse og kjærlighet ikke kobles til seksualiteten. Det er viktig å bruke tid på å snakke om relasjonen til kjæresten, hvilke tanker de gjør seg rundt dette og rundt for eksempel aldersforskjell i et forhold. Foreldrenes holdning er også et viktig samtaleemne.

– Å jobbe på HFU innebærer mye informasjon om seksualitet og prevensjon til svært unge og ofte umodne mennesker. Man kan av og til lure på om all vår informasjon om beskyttelse og all vår vilje til å ta oss av konsekvensene av et aktivt seksualliv hos de unge, er bare av det gode. Kan det tenkes at vi med dette er med på å bygge opp under en ungdomskultur som fra før er svært sexfiksert?

– Det er viktig å være bevisst på at prevensjon gies til unge som allerede har et seksualliv eller som selv ber om prevensjon. Det har hendt at vi har fått reaksjoner fra foreldre til ungdommer som har fått prevensjon hos oss med spørsmål om hvordan vi kan «støtte» deres livsførsel på denne måten. Da er det viktig, også juridisk, å ha journalført bakgrunnen for at prevensjon ble gitt, at behovet er dokumentert. Det er et enormt fokus og press rundt seksualitet i samfunnet generelt, og jeg tror ikke HFU bidrar vesentlig til dette. Tvert imot tror jeg vi kan bidra positivt ved å snakke med ungdom om grensesetting og selvbilde. I ungdomskulturen er det vanskelig å stå alene og mange har et svakt selvbilde. Jeg tror noe av det viktigste vi kan gjøre på helsestasjonen er å stille ungdommene spørsmål rundt hva de selv ønsker, prøve å avdekke press og bidra til at de unge tar egne, bevisste valg. Mange, spesielt jenter, kan ha vanskelig for å si nei. De som er i faresonen, er de som gir alt, også sex, og allikevel blir «vraket». De blir en «vare» – dette skaper et enda dårligere selvbilde og mange kommer inn i en ond sirkel der de selv blir brutt ned. Hos ungdommer med hyppige partnerskifter er det, foruten å snakke om de fysiske farene med seksuelt overførbare sykdommer, spesielt viktig å komme inn på selvbilde.

Noe som har vært positivt med ungdomskulturen, er at den nakne kroppen ikke lenger er så skummel. Nakenhet er blitt mer naturlig. Men denne siden av det står i sterk kontrast til råheten og det harde i den medieskapte seksuelle virkeligheten. Denne virkeligheten er ikke i pakt med ungdoms, og spesielt jenters, egentlige behov for nærhet og trygghet.



ILLUSTRASJONSFOTO: PDC TANGEN

– Vi vet at tidlig seksuell debut kan være en markør for risikoførfør i forhold til rus, tobakk og sosial mistilpasning. Kan HFU bidra i forhold til unge med rusproblemer?

– Jeg tror vi kan bidra ved å få ungdommene i tale på gruppenivå. Det kan oppstå gode samtaler der flere bestemmer seg for å stå for noe, for eksempel en holdning mot å ruse seg.

– Statistikken fra helsestasjonen, blant annet her på Stord, viser som du nevnte at guttene oppsøker helsestasjonen mindre enn før, hvertfall alene, og med sine egne problemer. Mange steder er det forsøkt egne guttekvelder uten at dette har økt tilstrømmingen av gutter nevneverdig. Hvordan kan vi få guttene mer på banen?

– Dette er en stor utfordring. Helsestasjonen er blitt jentenes arena. Det er legitimt for jentene å komme hit, det har blitt en jentekultur. Prevensjon har blitt jentenes domene. Jeg tror guttene oftere enn jentene oppsøker fastlegen med sine problemer, det er litt lettere å gjemme seg bort der. Vi har ikke oppnådd den samme tryggheten for guttene som for jentene på HFU-kveldene.

– Media melder stadig om at unge eksperimenterer mer seksuelt enn før. De har flere partnere, tester ut sex med andre av samme kjønn, analsex etc. Samtidig viser en rekke undersøkelser at det kun er 5–7 prosent som er såkalt «sensationseeking», en gruppe som har en seksuell risikoførfør. Når vi disse på Helsestasjon for ungdom?

Vanligste risikoatferd jeg møter er eldre gutter som er sammen med for unge jenter som presenteres for atferd de ikke er modne for. Sex uten noen form for beskyttelse, hyppig partnerskifte, samt forhold der en i tillegg til en stilig gutt får med seg et rusmiljø på kjøpet er annen atferd det knyttes risiko til. Dette er viktige målgrupper for HFU.

– Kan du gi et grunnriss av den gode prevensjonssamtalen?

– Infallsvinkelen til denne samtalen blir ofte forskjellig avhengig av hvor en føler at den enkelte ungdom befinner seg, hva slags erfaringer de har, hvor modne de er etc. Som allmennleger blir vi spesielt godt trent til å sense dette. Noen punkter er allikevel ofte med:

- 1 En naturlig start er å kartlegge behovene, særlig er dette viktig hos de yngste – få fram om det er et eget ønske

Jeg informerer om når det er lurt å ta clamydiaprøve, svært mange tar da ansvar selv og kommer tilbake og ber om undersøkelse senere. Det er viktig ikke å fokusere negativt på risiko, men heller prøve å flette dette inn i samtalen underveis. Dette er noen gode kjøreregler som ikke trenger å oppfattes som formynderske pålegg.

– Noen har tatt til orde for reseptfri omsetning av p-piller for å sikre bedre tilgang og færre uønskede svangerskap. Er dette et synspunkt du deler?

– Jeg tror vi ved å gjøre det reseptfritt går glipp av den viktige kontakten vi får med ungdommen ved reseptutskrivning. Ved at de oppsøker oss, vel og merke hvis det finnes et lett tilgjengelig og gratis tilbud, får vi en anledning til å gi informasjon om bruken av pillene og også drive forebyggende helsearbeid på andre områder. Det er også viktig at de med tromboserisiko ikke glipper unna. Det er medikamenter med indikasjoner og kontraindikasjoner og bør etter mitt syn være reseptbelagte. Det bør være lett tilgang, men utskrivelsen bør alltid følges av anamnese og informasjon.

Jeg var med og foreslo gratis p-piller, men opplevde at aldersgrensen på 16 år aldri var faglig begrunnet. Effekten på uønskede svangerskap ved gratis p-piller var faktisk størst for dem som var under 16, og de må dessverre selv betale i dag. Jenter mellom 15 og 16 burde også få gratis p-piller. Svangerskap hos dem er en enda større belastning enn for de litt eldre, og vi oppnår ikke å få disse yngste til å avstå fra å ha sex ved at de må betale for p-pillene selv.

Helsestasjon for Ungdom er utfordrende legearbeid! Spennet mellom barndom og voksenliv er en spennende arena hvor søken etter identitet og jakten på kjærlighet kan få mange medisinske konsekvenser. *Utposten* takker Gunhild Sundal for å ha delt av sine erfaringer fra denne arenaen.

eller om det foreligger et press. Det er imidlertid viktig å unngå å flagge egen mening og moralisering rundt temaet debutalder og valg. Vi benytter ofte anledningen til å snakke litt om grensesetting.

- 2 Samtale om seksuelt overførbare sykdommer. Informasjon om risikoen ved hyppige partnerskifter iforhold til selvbilde og utvikling av SOS.
- 3 Det kan være naturlig å snakke om relasjonen til kjæresten og om foreldrenes holdning.
- 4 Samtale om muligheten for svangerskap.
- 5 Andre livsstilsfaktorer som røyking, kosthold og generelt ansvar for egen helse.
- 6 Informasjon om mulige prevensjonsmidler, deres virkning og bivirkninger, hva de ikke beskytter mot. Til slutt en samtale om hva som kan egne seg for den enkelte.
- 7 GU er frivillig.



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@senswave.com

ILLUSTRASJONSFOTO: ANE SKEIE HERMANSEN