

Utpostens
dobbeltime

Til ungdommen!

Ole Rikard Haavet
INTERVJUET AV PETTER BRELIN



Ole Rikard Haavet er en av de kolleger som vi stadig hører fra. Han synes stadig oftere til tross for at han ikke er brautende og eksponeringsglad. Mannen virker snarere beskjeden og forsiktig.

Vi hører etter fordi han har ting å si.

Viktige ting.

Ikke bare har denne mannen en lang fartstid i forskjellige allmennmedisinske stillinger, han har også de siste årene

vært en fanebærer for akademisk allmennmedisin.

Han har nylig refset oss for at vi ikke evner å se de deprimerte ungdommene slik at vi kan hjelpe der det kanskje trengs mest.

Hvem er du, hva gjør du og hvor kommer dine faginteresser fra?

Jeg er en alminnelig primærlege som er faglig nysgjerrig og som har et samfunnsengasjement. For meg er det viktig å vokte vår solidariske velferd og å begrunne ordningene i bevisste valg forankret i verdier. For å spissformulere, så bekymrer det meg at vår politiske ledelse i helsesektoren i flere saker synes å handle populistisk. Lakkmustesten på velferdssammenfunnet er, slik jeg ser det, hvordan vi klarer å gi rom for funksjonshemmede, barn og unge, familier med én forsørger, eldre og andre som av ulike grunner er sårbare. Dette er også en etisk test jeg mener vi bør bruke på vår medisinske praksis.

Avdøde kollega Anders Forsdahl, distriktslegen i Sør-Varanger, mener jeg er en av de som har gått foran med et godt eksempel. Gjennom sine vitenskapelige arbeider avdekket han sammenhenger mellom fattigdom i tidlige år og økt risiko for sykdom senere i livet og ble en internasjonal pioner på dette området. Uten å ta partipolitisk stilling, synes jeg også stortingsrepresentant og kollega Olav Gunnar Ballo viser etisk standard når han forsvaret grunnleggende verdier, blant annet i debatten om ny bioteknologilov.

Hva jeg gjør? For tiden arbeider jeg som fastlege på Lillestrøm Legesenter, en gjennomsnittspraksis, men kanskje med noe overvekt av yngre pasienter

på min liste. I tillegg arbeider jeg deltid som førsteamanuensis og postdoc stipendiat ved seksjon for allmennmedisin i Oslo. Faglig har jeg fortsatt, som i mitt doktorgradsarbeid, fokus på unge i risikozonen, hvilke kvaliteter som kjenner tegner løvetannbarna og hvordan vi skal fange opp unge i risiko, for å få dem tilbake på et tryggere spor. To prosjekt står for tida i sentrum. En oppfølgingsstudie i Oslo og et dansk-norsk samarbeid hvor vi validerer ulike spørreskjema for å finne fram til et instrument som kan integreres i allmennlegenes elektroniske journaler for å diagnostisere unge med depresjon.

Du har blitt sitert på at det er en økende insidens av psykisk sykdom hos unge. Hvordan er de tallene kommet frem?

For det første vil jeg poengtere at det neppe noen gang har vært så mange unge som har det så bra som i dag. Mitt inntrykk fra ulike studier er samtidig at det er en stigning i andel deprimerte unge. Tall og metoder har imidlertid vært usikre. Men både de siste tallene fra Folkehelseinstituttet og nyere internasjonale studier støtter mitt inntrykk. De siste års forskning viser at det til enhver tid er 6–8 prosent alvorlig deprimerte i aldersgruppen under 20 år. Med alvorlig deprimerte mener jeg unge som fyller kriteriene for «Major depression» i ICD-10. Akkumulert tall for gjennomgått alvorlig depresjon i tenårene er 20 prosent. Dersom vi inkluderer de med milde og moderate depresjoner, viser undersøkelser at 18–20 prosent av ungdommene til enhver tid har plager utover det som er normale svingninger for alderen.

Gjelder dette kun depresjoner, eller er det også andre psykiatriske sykdommer som øker?

Jeg kjenner ikke til undersøkelser som viser noen generell økning av alle psykiatriske lidelser, men det er en del som hevder at atferdsforstyrrelser er i økning. Det bli også hevdet at andelen unge med posttraumatisk stresslidelse øker. Dette siste kan i tilfelle henge sammen med økt eksposisjon for mer og alvorligere vold i denne aldersgruppen.

Har du noen forklaring på hvorfor unge med depresjon er blitt et økende problem?

Jeg har en teori. Vår forskning om løvetannbarna viste at de som klarte seg best, var de som hadde god forankring i familie, som hadde gode venner og som hadde tro på egen mestring. Samfunnsutviklingen synes ikke utelukkende å støtte disse kvalitetene. Noe av årsaken til den økende sykkeligheten blant unge kan derfor være mangel på støttende voksne, oppsplitting i familiene og mangel på nærhet mellom generasjoner.

Om unge er utsatt for mer alvorlige eller et økt antall negative livserfaringer, er ikke lett å finne ut. Vi vet at slike erfaringer har ulik virkningskraft. Seksuelle overgrep og vold er de faktorer som er mest sykdomsfremkallende. Dernest kommer risikoen forbundet med å vokse opp med foreldre



som lider av psykisk sykdom eller som har rusproblemer. De erfaringer som kommer lavest på denne risikostigen er mobbing, foreldres samlivsbrudd og høyt press for å lykkes. Det er også vist at effekten av uheldige erfaringer summeres.

Du har rettet kritikk mot fastlegene fordi disse ungdommene ikke oppdages og fordi de ikke tas på alvor, retter du ikke baker for smed?

Internasjonale studier tyder på at allmennlegene bare oppdager én av fem deprimerte unge som oppsøker dem. Dette er nok dels fordi vi ikke er tilstrekkelig oppmerksomme på disse unge og dels fordi vi ikke har de rette verktøyene. Det kan kanskje være en trøst at undersøkelser tyder på at i en uselektert ungdomsbefolkning er oppdagelsesprosenten enda dårligere hos andre helsearbeidere, også hos spesialistene. De første symptomene er ofte opphoping av infeksjoner, smertefenomener, allergi og astma, og det er jo plager fastlegene tar seg av. Fastlegenes rolle er derfor sentral.

Burde du ikke sette fokus på helt andre forhold, f.eks. foreldrenes ansvar?

Jo, foreldre er som sagt tidligere, særdeles viktige. Jeg har vært med å utgi en bok i Ungdomsmedisin som i tillegg til studenter og fastleger, også har foreldre som målgruppe. Jeg opplever imidlertid at mitt primære ansvar er å arbeide for bedre kvalitet og kompetanse hos fastlegene.

Forslag til tiltak?

For det første tror jeg at det er viktig at fastlegene tar unge på alvor. Det er viktig å uteske den unges mulighetene for å øke egen mestring uten å opptre moraliserende. Fastlegen bør støtte aktivt i forhold til aktuelle samarbeidspartnere som foreldre, lærer og skole, helsesøster, sosialkontor, trygd- og arbeidskontor. Det er neppe noen arbeidsområ-

der innenfor allmennmedisinen hvor vi kan hente større helsegevinst.

Jeg håper videre at spørreskjemaet vi finner fram til i det dansk-norske valideringsprosjektet, blir tatt i bruk av kollegaene i begge land.

Dessuten håper jeg at kolleger engasjerer seg i fagutviklings- og forskningsprosjekter knyttet til ungdoms helse. På sikt håper jeg denne forskningen kan få plass på Ungdomsmedisinske kompetansesentre knyttet til allmennmedisin slik som foreslått bl.a. av legeforeningen.

Suicidraten ser ut til å falle hos unge, kanskje med så mye som 20 prosent mellom 1988 og 2004. Burde ikke det tyde på at den økningen dere observerer ikke er reell, men et resultat av en forskningsartefakt?

Det er jo en gledelig utvikling, selv om Norge fortsatt ligger høyere enn land det er naturlig å sammenligne seg med. Det er ingen direkte forbindelse mellom depresjon og selvmord. Eksempelvis synes forholdet mellom deprimerte jenter og gutter å være to til en, mens forholdet for selvmord er motsatt.

Min erfaring er at det er rimelig greit å få jentene til å oppsøke helsetjenester og følge opp deres sykdommer, mens guttene meget sjelden og av og til bare helt ufrivillig oppsøker oss. Hvordan skal vi nå guttene?

Jeg tror at noe av forskjellen kan forklares med at det i tenårene er dobbelt så mange jenter med depressive plager i forhold til gutter, selv om kjønnsforskjellene utviskes når depresjonene blir alvorlige. Jeg tror videre at gutter som regel har mindre innsikt i egne plager og de har mindre evne til å sette ord på det de føler. I en av studiene i mitt doktorgradsarbeid, så vi på bruken av helsetjenester blant unge i Oslo, og den viste at gutter med depresjon også konsulterer lege, men det er grunn til å tro at de fleste oppgir andre årsaker for kontakten.

En ung person som søker fastlegen, ikke minst gutter, gir en kortvarig gylden sjanse til å gjøre noe viktig for ham eller henne. Ungdom har meget effektiv kommunikasjon seg i mellom. De erfaringer ungdom får i møte med den enkelte fastlege, vil derfor ofte få mye å si for om andre tar kontakt. Dette betyr at fastlegene må være fleksible for en rask «der og da konsultasjon», de må være lyttende, ta den unge på alvor, innarbeide gode rutiner i medarbeidernes behandling av denne aldersgruppen og i det hele tatt bygge ned barrierene. Noen ganger bør vi også ta i mot unge som søker oss selv om de ikke står på listen vår.

En siste hindring er at mange unge er fattige, noen ganger til tross for god økonomi i familien. Jeg er sikkert ikke den

eneste fastlegen som har erfart at disse unge ikke har råd til å søke lege og noen ganger heller ikke råd til å kjøpe nødvendige medisiner.

Hvordan skal vi behandle de unge deprimerte?

Det er, slik jeg ser det, unødvendig at unge går ubehandlet i måneder og år mens de venter på hjelp fra psykiatrien. I en slik ventetid blir plagene lett sementert. I de fleste tilfeller kan vi tilby regelmessige konsultasjoner, eventuelt med kognitivt tilrettelagt terapi. Hvis vi kan hjelpe unge med milde og moderate depressive plager, vil køene til psykologene og psykiaterne bli kortere for de alvorligst syke. Fastlegene bør i slike behandlingsløp også vurderer medikamentell terapi. Dette er noe av det vi har omtalt i boka «Ungdomsmedisin».

Du har interessert deg for fattigdom og ungdomshelse, i hvilken sammenheng?

Jeg nevnte tidligere Anders Forsdahls forskning. I tillegg vet vi nå at for ungdom er ikke helse relatert til sosial klasse, til forskjell fra barn og voksne. Derimot er helse i voksen alder sterkere relatert til sosial klasse i barne- og ungdomsår enn sosial klasse i voksen alder.

På den andre side er min erfaring at dårlig helse hos unge ofte medfører at de blir «fattige». De tør ikke be foreldrene om penger. Dette fordi de skammer seg over ikke å være friske og vellykkede. Helseproblemene gir også problemer med å skaffe inntekter fra bijobber. Vi ser samtidig at unge i siste del av tenårene har problemer med å få del i velferdsgodene. Kravet om å fylle ut en rekke skjemaer på riktig kontor til riktig tid og mangel på kunnskap hos saksbehandlerne, resulterer alt for ofte i at de unge fanges i byråkratiske feller som gjør at de gir opp. Denne situasjonen virker gjerne sykdomsforsterkende.

Hva skal vi gjøre når vi møter unge som er kommet ut i fattigdom?

Det er ikke langt fra nederlag til mestring hos unge. Vi må gi håp. Tilbud om å delta i møter på skole, sosialkontor, på trygdekontor og arbeidskontor er effektiv praktisk og solidarisk støtte til unge som trenger det. Videre tror jeg det er viktig å støtte disse unge på at de har krav på en individuell plan.

Er det den absolutte, eller den relative fattigdommen som er farlig?

Det er vel kjent at unge sammenligner seg med kamerater. Så selv om den relative fattigdommen er vanligst, er det selvsagt den absolutte fattigdommen som er farligst. Det er alvorlige når den unge ikke vet hva morgendagen bringer i forhold til grunnleggende behov. Mitt inntrykk er at jeg



stadig oftere møter på unge som verken har råd til å gå til lege eller til å kjøpe medisiner.

Er det risiko for sykdom knyttet til ungdomskulturell tilhørighet?

Kanskje. Den skotske forskeren, Patrick West, som var en av de første som fant at unges helse ikke var relatert til sosial klasse, fortalte meg i en samtale at i en studie i Glasgow fant de helseforskjeller relatert til tilhørighet til unges ulike subkulturer.

Hvis det er kulturell tilhørighet som gir assosiasjon med sykdom som rusbruk f.eks. skal vi som leger da advare mot enkelte miljøer og kulturelle uttrykk?

Jeg kjenner ikke til forskning utover det Patrick West fortalte som gir grunnlag for å hevde at det er en slik sammenheng. Her er imidlertid fastlegen i en fordelaktig stilling med sin kunnskap om lokale forhold. Det norske studier viser, er at stoffbruk blant ungdom er i tilbakegang, mens bruk av alkohol er i betydelig vekst. Alkoholbruken i ungdomsmiljøer er derfor noe vi som fastleger bør være særlig oppmerksomme på.

Du er aktiv i det akademiske miljøet. Dere som observerer norsk allmennmedisin, hvilke utviklingstrekk ser dere?

Jeg synes det er veldig gledelig at Forskningsenhetene er kommet i gang på alle de fire universitetene. Jeg håper at EUs mål om at tre prosent av driftsmidlene skal gå til forskning, også vil gjelde allmennmedisin. Dette vil gi en meget betydelig styrking. Med et slikt utgangspunkt håper jeg at Forskningsenhetene vil gi grunnlag for en grasrotebevegelse blant annet med forskningsnettverk. Men det avhenger selvsagt av at fastleger vil ordne seg slik at de kan bidra til å utvikle faget.

Hva er bra og hva er mindre bra i norsk allmennmedisin?

Samordningen av norsk allmennmedisin organisert i Allmennlegeforeningen og Forening for norsk allmennmedisin er svært gledelig. Forskningsenhetene er etter mitt skjønn et viktig biprodukt av at hele allmennmedisinen nå går i samlet tropp.

Det som er mindre bra, er at våre sentrale helsemyndighetene ikke har ønsket å bruke midlene i Opptrappingsplanen for å styrke arbeidet med psykisk helse i allmennlegetjenestene. Dette er spesielt vanskelig å forstå siden omkring ni av ti psykiatriske konsultasjoner i befolkningen skjer hos fastlegene. Dette rammer ikke minst de unge. Jeg mener derfor at allmennlegeforeningene sammen med legeforeningen nå må sette lyset på hvordan midlene i Opptrappingsplanen er brukt.