



# Ungdomshelse

## – hvor og hvordan kan helsearbeidere bidra?

■ HANS-JOHAN BREIDABLIK *fagdirektør i Helse Førde HF og medisinsk-faglig rådgiver for interkommunal legevakt*

«Ungdommen er den tiden du velger masken du skal bære resten av livet», skrev Aksel Sandemose. Slik illustrerer han hvor viktig denne fasen av livet er, en periode som også har stor betydning for helsemessige forhold senere.

Adolescensen blir hos noen definert som tenårene (13–19 år). Andre bruker perioden 10–20 år og deler denne inn i en tidlig, midtre og sen adolescens. Dette er som vi vet en overgangperiode med store endringer – både fysisk, mentalt og sosialt –, og der hovedinnflytelsen endres fra vertikal (foreldregenerasjon) til horisontal (venner og samfunn). Gruppen preges til dels av særegne kulturer, og noen har derfor sammenlignet ungdommer med minoritetsgrupper. Ungdommer har generelt et bredt og holistisk syn på helse, men selv om det er lav forekomst av tradisjonelle biomedisinske sykdommer, rapporterer denne gruppen mye subjektive helseplager og bekymringer.

### Trusler mot ungdomshelsen

Helsemessige forhold vil som i alle aldersgrupper være et kontinuum fra en relativt

stor gruppe som opplever utmerket helse via en gruppe preget av en eller flere risikofaktorer, til en mindre gruppe med etablert uhelse (FIGUR 1).

Når det gjelder trusler mot ungdomshelsen, kan man grovt sett operere med tre nivåer:

- Individnivået, som inkluderer arvelige og medfødte tilstander
- Gruppenivået, der viktige arenaer vil være familie, venner, skole og fritid
- Samfunnsnivået, med lokalsamfunn, stor-samfunn og media

Sett i lys av dette vil viktige prioriteringer knyttet til helsefremmende tiltak måtte velge mellom massestrategier og høyrisikostrategier. Sistnevnte er nok fortsatt tungt vektlagt når det gjelder ressurstilgang. Per i dag er tidlig frafall fra utdanningssamfunnet (videregående skole) en viktig risikofaktor for ulike problemer senere i livet.



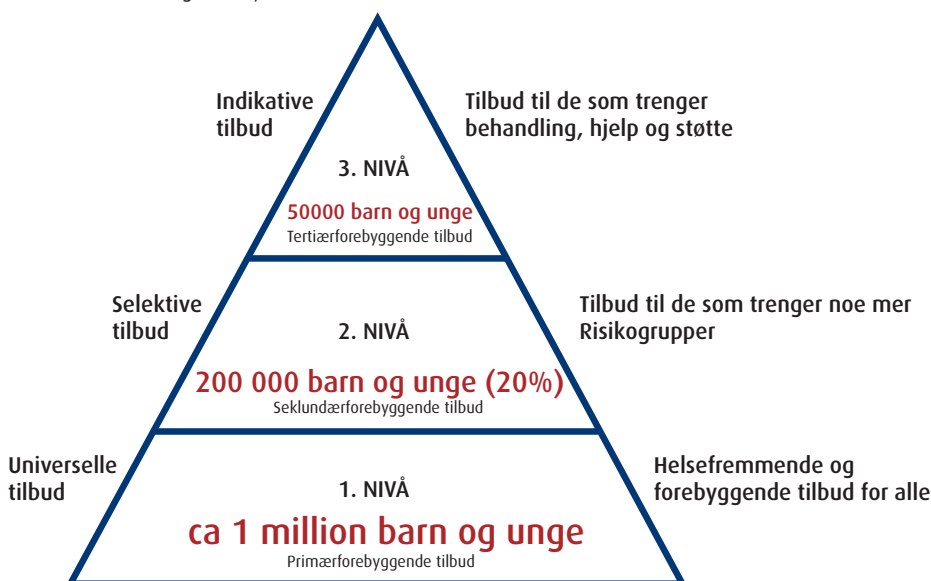
### Mål for helse/uhelse

Et tradisjonelt mål for uhelse er dødelighet (mortalitet). Adolescensen er til tross for mange oppslag om trafikkulykker blant ungdom, overdosedødsfall o.a. i liten grad preget av dødsfall. Det har også over tid vært en klar nedgang i antall dødsfall hos gutter slik at disse nærmer seg det mer stabile nivået hos jenter (FIGUR 2, s. 36). Antall registrerte suicid var ti i 2010.

Sykelighet (morbiditet) er en annen sentral måleparameter på helsetilstanden. Fra Helseundersøkelsene i Nord-Trøndelag (HUNT 1999–2000) rapporterer ungdom selv funksjonshemminger av ulike grader. Årsakene er psykiske i sju prosent av tilfellene og fysiske i åtte prosent. Ni prosent av ungdommene rapporterer langvarig sykdom (som har vart minst tre måneder).

Gruppen som rapporterer kronisk uhelse forstått både som langvarig sykdom og funksjonshemming omfatter altså mindre enn ti prosent, og interessant nok er andelen av psykiske og fysiske lidelser omtrent like store. Der som en ser på andelen som rapporterer ulike symptomer/plager ser vi derimot langt høyere tall: Nesten hver femte ungdom opplyser at de har vært redde/engstelige i løpet av de siste to ukene, og nærmere halvparten rapporterer at de har følt seg nedfor/ triste. Det kan være et poeng å ikke sykeliggjøre slike symptomer hos ungdom, en tid som typisk er preget av skiftende sinnstemninger, men det er også viktig å fange opp de som reelt lider av psykisk sykdom.

FIGUR 1. Helsetrusler og volum/tiltak. KILDE: BJØRN-ARÉ MELVIK. GRAF: Ø7 AURSKOG



Negative livserfaringer er klart forbundet med risiko for uhelse, både kumulativt over tid og alvorlighetsgraden knyttet til hver enkelt av slike erfaringer (FIGUR 3). Den selvopplevde helsen har også betydelig prediktiv verdi for senere objektive helseutfall. Ved innledningen til puberteten rangerer de unge helsen som dårligere enn i barndommen, og et fenomen som gjenfinnes nærmest universelt er at jenter i denne perioden rapporterer klart dårligere opplevd helse enn gutter. Ved inngangen til voksenlivet endrer dette seg og kjønnsforskjellene blir mindre. I norske materialer oppgir omlag en tredjedel av ungdom svært god helse, halvparten god og rundt 10–15 prosent mindre god.

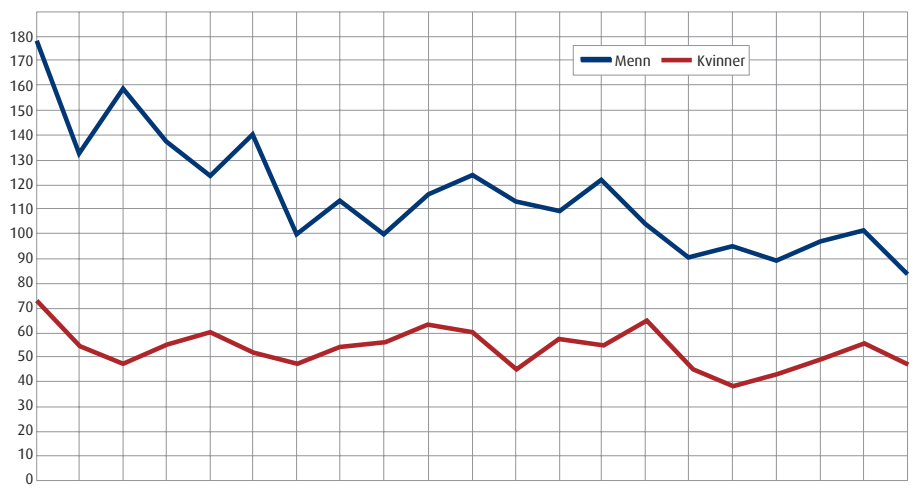
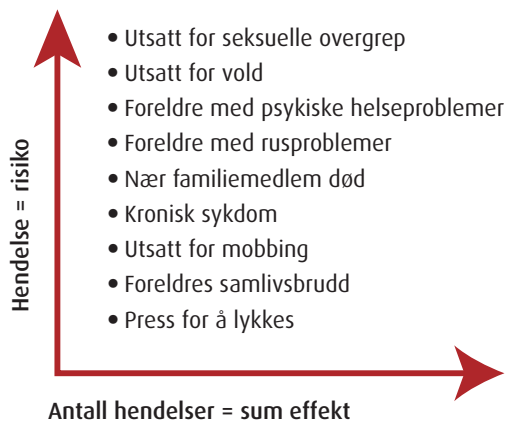
I en spørreundersøkelse i Ålesund der ungdomsskoleelever selv skulle angi helsetrusler mot ungdom (Breidablik 2001), kom narkotika på førsteplass, deretter røyking, alkohol og kosthold. Tre fjerdedeler mente at foreldrene deres hadde størst innvirkning på livsstilen deres, bare hver fjerde mente det var venner. Under halvparten sa seg enig i påstanden: «Alle har et ansvar for å ta vare på egen helse».

## Generelt velbefinnende hos unge

I doktorgradsarbeidet mitt var ett av funnene at en samlev variabel for allment velbefinnende hadde sterkest prediktiv verdi i forhold til selvopplevd helse hos unge. Innenfor psykologien har en utviklet konseptet «positiv psykologi». Denne fokuserer på menneskelige styrker, ressurser og talenter, og hva som kan skape velvære, god helse og personlig vekst (Wikipedia 2012). I populærvitenskap opereres det ofte med betegnelsen «lykkeforskning». Men i tillegg til lykke og hedoni («enjoyment»), er også det gode livet («engagement») og det meningsfulle livet («affiliation»). En kan her se likheter med elementer i Antonovskys salutogenesebegrep med «sense of coherence». For ungdom er slike ele-

FIGUR 3. Negative livserfaringer.

FRA GARLÖV & HAAVET, PSYKISKE VANSKER HOS BARN OG UNGE. HERTERVIG AKADEMISK 2010.



FIGUR 2. Dødsfall hos unge 10–19 år. Utvikling over tid. KILDE: STATISTISK SENTRALBYRÅ. GRAF: 07 AURSKOG

menter viktigere enn tradisjonelle biomedisinske forhold når de skal rangere sin egen helse.

## Helsearbeidere, virkeområder og institusjoner

Helsearbeidere vil møte ungdom innenfor ulike virkeområder. I kommunehelsetjenesten vil dette særlig være som:

- a) Folkehelsekoordinatorene
  - b) Helsesøstre/ jordmødre/ lege/psykolog/ fysioterapeuter i skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom
  - c) Fastlegen med sitt listeansvar også for ungdom og på legevakter
- Tilsvarende vil spesialisthelsetjenesten møte ungdom gjennom
- a) Leger/psykologer/psykiatere/sykepleiere m. fl. i barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker
  - b) Diverse helsepersonell i ungdomspsykiatriske institusjoner og institusjoner for tverrfaglig spesialisert rusbehandling etc.
  - c) Gjennom somatiske barneavdelinger og poliklinikker

Endelig finnes det også nasjonale tilbud som for eksempel SUSS (Senter for ungdomshelse, samliv og seksualitet) der også legestudentene deltar.

En sentral institusjon vil være *skolehelsetjenesten* som er en lovpålagt tjeneste i Norge. Denne skal være et lett tilgjengelig lavterskeltilbud for både skolens elever og lærere, og skal komme tidlig inn for å hjelpe elever med problemer de synes det er vanskelig å ta opp med foreldre eller lærere. Et krav er at tjenesten skal utøves fra skolen eller helsestasjonen, og ikke fra ordinære legekontorer. Det skal videre finnes rutiner for samarbeid med andre kommunale tjenester, og Helsestasjon for ungdom skal fungere som et supplement til skolehelsetjenesten. Grunnbemanning består av lege og helsesøster, evt. også fysioterapeut. Helsesøstre er per i dag til stede på skolen gjennomsnittlig 11,5 timer per uke.

Opptrappingsplanen for psykisk helse (1999–2008) hadde blant annet en målsetting om 800 flere årsverk til psykisk helsearbeid i helsesta-

sjons- og skolehelsetjenesten, men dette målet ble ikke oppnådd. I 2005 var det samlet sett 214 legeårsverk, 42 psykologårsverk og 52 årsverk av psykiatriske sykepleiere (SINTEF). Sett i forhold til aldersgruppen 0–20 års størrelse, innebærer dette begrensede ressurser i forhold til de omfattende forebyggingsoppgavene tjenesten er pålagt.

**Helsestasjonene for ungdom** presenterer seg slik på nettet: Gratistilbud til ungdom mellom 13 og 20 år. Der kan du få veiledning om prevensjon og i andre spørsmål om seksuell helse. Du kan også få hjelp i forbindelse med psykisk helse og veiledning i andre helse spørsmål.

**Fastlegene** møtte i 2010 ungdommer på listen med en konsultasjonsrate på 1,4 i året. Det hevdes at ungdom lett opplever barrierer ved bruk av fastlegets tjenesten. Likevel har fastlegen også for ungdom en viktig rolle, blant annet ved å representere kontinuitet i faglige og koordinerende sammenhenger. Samhandling med og portåpnerfunksjonen (henviser/melder) til spesialisthelsetjenesten, skolehelsetjenesten, ansvarsgrupper og barnevernet inngår i rollen. Særlig er det understreket at fastlegen har en viktig rolle når det gjelder å fange opp psykiske symptomer tidlig (angst og depressive symptomer), som ofte også kan presentere seg som ulike somatiske symptomer. Målet er også her å være lavterskeltilbud og kunne kommunisere med de unge.

**Det barne- og ungdomspsykiatriske tilbudet** omfatter heldøgnsinstitusjoner med øyeblikkelig hjelp-tjenester, men hoveddelen av aktiviteten er basert på poliklinisk utredning og behandling. Det er satt et nasjonalt dekningsmål på fem prosent i aldersgruppen 0–18 år, og er et høyt prioritert område innenfor helseforetakene. Barn og unge vil ofte ha en rekke av konsultasjoner over tid, og med et bredt spekter av faggrupper tilknyttet utredningen og behandlingen. Tilbudet vil være selektert, og typiske problemstillinger er ADHD, adferdsforstyrrelser, spiseforstyrrelser, Asperger, Tourette, psykoser, angst, depresjon og tvangstilstander. Utover dette finnes et spekter av ulike spesialistinstitusjoner, ofte basert på behandling av rusproblemer.

Disse baseres som regel på døgnopphold over tid og miljøterapi er sentralt.

**Barneavdelinger/barnehabilitering** hører inn under den somatiske spesialisthelsetjenesten, og omfatter både poliklinikk og heldøgntilbud der foreldre oftest følger yngre barn. Hovedoppgavene er utredning av somatiske symptomer og sykdommer. Tjenesten er biomedisinsk orientert og leger og sykepleiere er sentrale faggrupper. Barnehabilitering er typisk et tverrfaglig poliklinisk tilbud, ofte også ambulerende. Medfødte utviklingsforstyrrelser er et hovedområde, og feltet har en egen prioriteringsveileder.

### Hvordan kan helsepersonell bidra?

Helsedirektoratet definerte i 2003 følgende formål og virkeområder for skolehelsetjenesten i Norge (Helsedirektoratet 2003):

- Fremme psykisk og fysisk helse
- Fremme gode sosiale og miljømessige forhold
- Forebygge sykdommer og skade
- Universelle tiltak som veiledning om kosthold, tilrettelegging for fysisk aktivitet, tobakk, rus, seksualitet, mobbing og ulykkesforebygging
- Oppdage sykdom eller skade så tidlig som mulig
- Målrettet arbeid mot sårbare grupper
- Ansvar for å koordinere tjenester ved fysiske eller psykiske funksjonshemninger
- Utjevne sosiale helseforskjeller (St. meld 20/2006–07)
- Vaksinasjon og smittevern
- Veiledning i og om håndtering av legemidler i skoler

Kartlegging og helseovervåking blir trolig viktigere elementer i tiden framover, sammen med mer bevisst bruk av kunnskapsbasert virksomhet. Det er ønskelig med en ytterligere utvikling fra problemfokusering hos enkelt elever til innsats mer i retning av ressursorientert og grupperettet virksomhet (Haugland 2009).

### Kunnskapsbaserte metoder og redskaper

Det understrekes i Håndboken for skolehelsetjenesten at det samlet sett i dag finnes god dokumentasjon for å si at der er mulig å påvirke elevenes helse og livsstil i skolen. Områder som spesielt nevnes er helseatferd, miljøtiltak, sykdomsoppfølging og ulike samfunnsmessige faktorer. Et eget nettsted for kunnskapsbaserte metoder finnes også: [www.forebygging.no](http://www.forebygging.no).

Kunnskapssenteret gjorde en evaluering av skolehelsetjenesten i 2010 som var mer tilbakeholden i forhold til effekter. En søkte her

etter kunnskap for effekt av tiltak innen psykisk helse, seksuell helse, rus og avhengighet, sykdomsrettede tiltak og tjenestetilbud. Oppsummert var konklusjonene følgende:

- Påvisning av og tidlig henvisning reduserer muligens depresjon
- Kognitiv adferdsterapi mot angst har muligens effekt
- Undervisning pluss utdeling av prevensjon reduserer muligens uønskede svangerskap
- Røyketiltak i skolen synes å ha effekt
- Skolebaserte program for barn med astma kan føre til økt kunnskap og mestring
- Skolehelsetjeneste fører til en økt tilgang til primærhelsetjenester for unge

Videre kan man i Cochrane-biblioteket bare finne et fåtall kunnskapsoppsummeringer på ungdomshelse og i Clinical Evidence er det også svært få treff på ungdomshelse.

Søk på PubMed gir samlet omkring 12 000 treff på ungdomshelse, og det meste handler om biomedisinsk sykdom. Konklusjonene må derfor være at området har et klart behov for mer forskning og kunnskapsutvikling fremover.

Grøholt og Haavet beskriver noen sentrale ikke-medikamentelle kunnskapsbaserte terapiformer som brukes hos unge. En av dem er kognitiv atferdsterapi med målsetning om å endre dysfunksjonell tenkning (automatiske tanker) gjennom å identifisere og endre feiltolkninger som så gir påvirkning av følelser og handlinger. Eksponeringsterapi er en annen type behandling som brukes mest ved angst, fobier og tvangslidelser. En går i denne gjennom såkalte angsthierarkier som er en oversikt over hva pasienten er redd for og en plan for å kunne beherske disse (Haavet 2005).

Mer generell støttebehandling gjennom regelmessig oppfølging, og der det å vise interesse, lytte og gi kunnskap er viktige elementer. En målsetning er å bidra til økt myndiggjøring («empowerment») hos ungdommen. Adferdsbasert foreldretrening brukes hos unge med adferdsvansker. Multisystemisk terapi (MST) er en kunnskapsbasert, omfattende og spesialisert støtte til foreldre som trenger bedre mestring av tenåringer. Samarbeid med fastleger er her aktuelt (Weisz, Hawley et al. 2004).

### Utfordringer framover

I nasjonale mål og prioriteringer framover for kommunenes helsetjenester (IS-1/2010) kan vi lese at det forebyggende arbeidet i kommunene skal styrkes. Kommunene skal videre prioritere:

- å skaffe oversikt over helsetilstand og viktige påvirkningsfaktorer. Denne oversikten bør ligge til grunn for politisk behandling
- å styrke helsestasjon og skolehelsetjeneste

– å involvere fylkeskommunen som en sentral medspiller i folkehelsearbeidet

Ole R. Haavet sier i sin aktuelle bok *Ungdomsmedisin*: «Ikke i noen annen periode av livet er potensialet større for å sikre god helse og mange gode leveår». Fra Kunnskapssenteret kan vi lese: «I Norge har man forsømt seg når det gjelder forskning på skolehelsetjenesten og fagmiljøene bør selv gjennomføre studier på dette området» (Kunnskapssenteret 2010). Mye av aktivitetene er basert på tro, fornufts- og erfaringsbasert kunnskap, og samtidig er det ofte liten oversikt lokalt over ungdom på gruppenivået. Det er også samhandlingsutfordringer både internt i kommunene og mellom nivåene i helsetjenesten. En realistisk mellomløsning som kan gjennomføres lokalt er kartlegginger med validerede spørreskjema med faste intervaller for å monitorere lokale utviklingstrender, og også kunne sammenligne med andre steder.

### Konklusjoner

- Ungdommers helse er gjenstand for tiltak fra en rekke ulike helsearbeidere og etablerte institusjoner.
- Fastlege og skolehelsetjenesten er sentrale i dette, men også spesialisthelsetjenestetilbud som BUP, barnavdelinger etc.
- Positive mål som mestring, kontroll, tilpassingsevne og allment velbefinnende er sentrale byggesteiner framover.
- Området har begrenset teoretisk kunnskap, og mye baseres ennå på skjønn og erfaringskunnskap.
- Styringssignal går på å styrke dette området.
- Kartlegging og monitorering av helse, miljø og livsstil lokalt skal gjennomføres, og danne grunnlag for planlegging og prioritering av tiltak på alle samfunnsområder (folkehelse).

### LITTERATUR

- Breidablik, H. V. L. (2001). Ung i Ålesund. Volda, Høgskulen i Volda/Møreforskning.
- Haavet, R., Ed. (2005). *Ungdomsmedisin*. Oslo, Universitetsforlaget.
- Haugland, S. G., A. (2009). *Skolehelsetjenesten i et samfunnsperspektiv*. Håndbok for skolehelsetjenesten. M. N. H. S. Oslo, Kommuneforlaget.
- Helsedirektoratet (2003). *Forskrift for skolehelsetjenesten*.
- HUNT (1999-2000). *Helseundersøkelsene i Nord-Trøndelag Ung-HUNT 2*.
- Kunnskapssenteret (2010). *Effekt av skolehelsetjenesten-rapport nr. 15-2010*. Oslo.
- Weisz, J. R., K. M. Hawley, et al. (2004). "Empirically tested psychotherapies for youth internalizing and externalizing problems and disorders." *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 13(4): 729-815, v-vi.
- Wikipedia (2012). *Positive psychology*.

 [hans.johan.breidablik@helse-forde.no](mailto:hans.johan.breidablik@helse-forde.no)