

Ungdomsmedisin – et nytt fagfelt?

Ungdomstiden er en sårbar alder hvis det oppstår sykdom, og en strategisk alder for å veilede og forebygge helseskader. Samtidig vet vi forbausende lite om hensiktsmessige og effektive arbeidsmåter i forhold til ungdom. Mange i denne aldersgruppen gruer seg til å snakke med legen. De frykter at de ikke blir hørt, eller de er redd for at samtalen om kroppen skal bli pinlig. Noen har problemer med å skaffe penger til egenandel. Det er tankevekkende at vi ikke gjør mer for å redusere disse hindrene. Bør vi følge Sverige og USA og utvikle ungdomsmedisin til egen spesialitet? Eller bør alle leger som møter ungdom øke sin kompetanse omkring denne aldersgruppens spesielle helseproblemer?

I Norge er det grunn til å anta at barn og unge i skolealder konsulterer allmennlege mer enn tre millioner ganger i året. I Statistisk sentralbyrås levekårsundersøkelse fra 1998 (1) var omkring én av ti storbrukere, det vil si at de konsulterte lege seks ganger i året eller oftere. Vi vet ikke om de som kommer oftest, er de som trenger det mest. Muligens bunner storforbruket i at grunnleggende problemer ikke kommer frem i møtet med legen. Uansett er allmennlegens kontor den viktigste helsearena for barn og ungdom i Norge.

Leif Edvard Aarø og medarbeidere presenterer i dette nummer av Tidsskriftet en undersøkelse av ungdoms psykiske og somatiske plager (2). Artikkelen peker blant annet på at en betydelig andel har daglige plager og at interkorrelasjoner mellom plager tyder på felles etiologi.

Hva er så de vanligste grunnene til at unge søker lege? I Levekårsundersøkelsen angir 39 % luftveisinfeksjoner, allergi eller astma, 22 % hodepine eller migrene, 10–20 % angst eller depresjon og 12 % muskel- og skjelettplager som årsak, mens 23 % oppgir at de ikke har vært i kontakt med lege de siste 12 måneder. Ellers vet vi i dag lite om årsaksforhold. Nyere undersøkelser kan tyde på at ulikheter i unges helse følger nye linjer på tvers av sosiale klassegrenser (3). Det er dessuten verdt å merke seg at Levekårsundersøkelsens kontaktårsaker i forbausende grad er sammenfallende med symptomer og sykdommer som kan skyldes barns negative livserfaringer (4).

I en nylig avsluttet skotsk undersøkelse der man fulgte 11-åringer til de ble 16, ble de unge spurt om de trodde det ville være vanskelig å snakke med en lege om følgende problemstillinger: prevensjon, emosjonelle problemer og problemer hjemme (5). Én av tre fryktet at dette ville være vrient. Da de ble spurt om erfaringen fra siste legekontakt,

svarte imidlertid ni av ti at de var fornøyd. For de unge er allmennlegen oftest en kjent person, og fastlegereformen vil gjøre at de møter samme lege fra de er små, både gjennom forebyggende tiltak (6) og når de trenger hjelp for helseproblemer. Fastlegene på sin side vet hvem de har ansvar for (7), og har vanligvis kunnskap om lokale forhold i barn og ungdoms oppvekstmiljø. Samtidig er fastlegen ofte lege for andre familiemedlemmer, hvilket både kan være en fordel og et problem. Kanskje bør alle 16-åringer aktivt informeres om sin rett til å bytte lege, slik at ungdom er sikret en fastlege de har tillit til. Fastlegen er en naturlig samarbeidspartner for annenlinjetjenesten og for en rekke lavterskeltilbud. Disse danner et spekter av tilbud, fra lokale helsestasjoner for ungdom til sentrale tiltak som for eksempel Senter for ungdom, samliv og seksualitet (SUSS) (8). SUSS dekker hele landet og er tilgjengelig på grønt telefonnummer, mobiltelefon og e-post.

Både fra allmennlegene og representanter for lavterskeltilbudene er det rapportert at frykten for ikke å være «normal» ligger bak mange unges henvendelser. Når helsetjenesten bes om å hjelpe den unge å oppnå normalitet eller sågar attraktivitet, står den overfor spesielle etiske utfordringer – ikke minst fordi man med stigende alder i tenårene møter individer med tiltakende autonomi reelt og legalt. Idrett, kost, rus, seksualitet, mobbing og vold er stikkord for vesentlige områder hvor legens kunnskap og tilnærming må være aldersspesifikk. Det samme gjelder ved helsetruende interessekonflikter mellom unge og voksne. Breidablik & Meland har vist at foreldres samlivsbrudd kan være en slik situasjon (9). Summen av alle disse utfordringene er bakgrunnen for at man i noen land har valgt å lage en egen spesialitet i ungdomsmedisin.

Vi trenger mer kunnskap på området. Det må satses på forskning på de arenaer hvor de unge og legen møtes, og nyvunnet innsikt må føres tilbake til legene i felten. Slik kunnskap vil dessuten være verdifulle premisser i samfunnsplanleggingen. Men – trenger vi en egen spesialitet i ungdomsmedisin?

Etter vår mening bør vi heller gå andre veier. De praktiske forhold må legges til rette, ved at unge så langt det er mulig får kontakt med legen samme dag som de henvender seg. Dessuten bør samfunnet ta ansvar for egenandelene, for ofte vil de mest sårbare ha dårligst økonomi. Trolig er det mye å vinne på å gi unge under 19 år fritak for egenandel. Muligheten for å forebygge uønskede svangerskap er alene et tungt-

veiende argument. Regionale kompetansesentre for ungdomsmedisin vil i større grad fremme samarbeid og komme målgruppen til nytte enn opprettelsen av en ny spesialitet. Vi tenker oss sentrene bygd opp omkring tre faglige kjernekomponenter: allmennmedisin, barne- og ungdomspsykiatri og pediatri. Det at allmennmedisin er blitt hovedfag på de medisinske fakultetene og at vi har fått en fastlegeordning, gjør det nærliggende å tenke seg kompetansesentrene forankret i de allmennmedisinske instituttene.

Ole Rikard Haavet

o.r.haavet@samfunnsmed.uio.no
Lillestrøm legesenter
J.C. Hansens vei 3A
2007 Kjeller

Hilde Beate Gudim

Skui legekontor
Skuiløkka 17
1340 Skui

Ole Rikard Haavet (f. 1949) er spesialist i allmennmedisin og samfunnsmedisin og har arbeidet med ungdomsmedisinske temaer i fem år, nå med stipendmidler fra Kvalitetssikringsfond I.

Hilde Beate Gudim (f. 1954) er spesialist i allmennmedisin og har erfaring som lege på helsestasjon, skole, helsestasjon for ungdom og boinstitusjon for barn og unge.

Begge er medlemmer av fagutvalget i Aplf.

Litteratur

1. Statistisk sentralbyrås levekårsundersøkelse 1998. <http://www.ssb.no/emner/03/01/helseforhold/tab-1999-07-28-02.html>
2. Aarø LE, Haugland S, Hetland J, Torsheim T, Samdal O, Wold B. Psykiske og somatiske plager blant ungdom. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 2923–7.
3. West P. Health inequalities in the early years: is there equalisation in youth? Soc Sci Med 1997; 44: 833–58.
4. Haavet OR, Grünfeld B. Er barns livserfaringer av betydning for somatisk sykdomsutvikling? En litteraturoversikt. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 3644–7.
5. Young R, Sweet H, West P. The West of Scotland 11 to 16 Study. Glasgow: Medical Research Council, University of Glasgow, 2000.
6. Brekke M. Helsestasjonen og fastlegen. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 1557.
7. Brekke M, Gudim HB, Hansen TE, Haavet OR, Leer J, Nylehn P et al. Populasjonsansvaret i fastlegeordningen – blir vi annerledes leger etter 1.6.? Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1725–7.
8. Senter for ungdom, samliv og seksualitet. <http://www.suss.no> (10.9.2001).
9. Breidablik H-J, Meland E. Familieoppløsning i barndom – helse og helseatferd i ungdommen. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 2331–5.