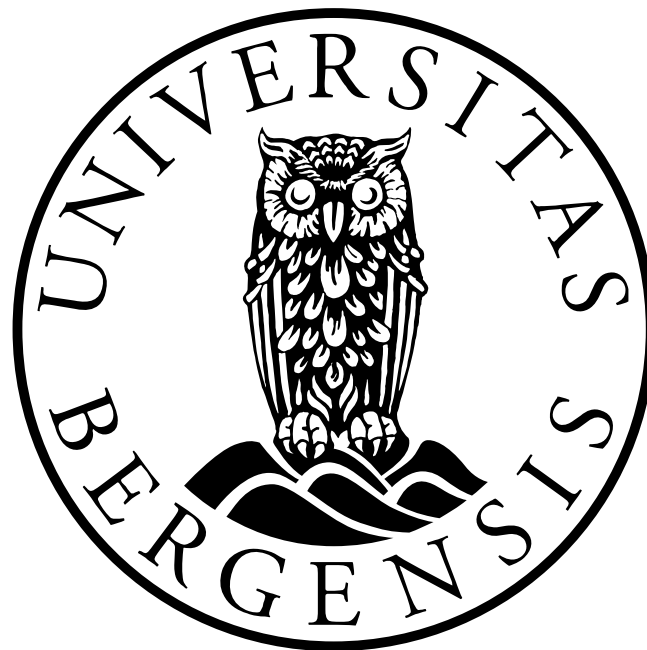


*Medikamentbruk blant ungdommer i
Sogn og Fjordane*

En samling av tversnittstudier fra 97-09

Mastergradsoppgave i farmasi

Trine Høstmark Stien



Senter for farmasi og

Institutt for global helse og samfunnsmedisin

Universitetet i Bergen

Mai 2013

FORORD

Masteroppgaven ble skrevet for Senter for farmasi, Institutt for global helse og samfunnsmedisin ved Universitetet i Bergen i perioden høst 2012 og vår 2013.

Det siste studieåret har vært et interessant og spennende år med mange utfordringer og nye emner å sette seg inn i. Statistikk er et verktøy som kan brukes i en rekke sammenhenger, og det har vært kjekt å lære hvordan systematisering av data kan brukes til å fremstille hypoteser og teorier. Sosiologi var et helt nytt fag for meg og min erfaring er at det har stor relevans for alle som jobber med mennesker. Det er mange faktorer som kan ligge bak når kunder kommer inn i apotek og skal hente ut eller kjøpe legemidler. Jeg har lært dette året at ungdommer er en aldersgruppe vi spesielt skal rette oppmerksomhet til når det gjelder bruk av legemidler, og jeg oppfordrer alle som leser denne oppgaven til å tenke over hva de kan gjøre for ungdommer, som viser tegn på uhensiktsmessig symptomlindring med legemidler.

Jeg ønsker å rette en stor takk til mine veiledere Eivind Meland og Reidun Lisbet Skeide Kjome for all hjelp og støtte det siste året. Vi har hatt mange interessante diskusjoner og jeg hadde ikke klart å gjennomføre denne oppgaven uten det dere har lært meg. Det har vært inspirerende å få jobbe med så kunnskapsrike og engasjerte mennesker. Tusen takk til Eivind Meland og Hans Johan Breidablikk for at jeg fikk låne deres studiemateriale. Jeg vil også rette en takk til Kristine Heitmann for innføring i SPSS.

Tusen takk til familie og venner som har støttet meg og holdt ut mine opp og nedturer i forbindelse med masteroppgaven det siste året! Jeg setter stor pris på dere.

Bergen 21.mai 2013

Trine Høstmark Stien

FORKORTELSER OG BEGREPER I MASTEROPPGAVEN

Begrep og forkortelser	Forklaring
95 % Konfidensintervall (KI)	Et intervall mellom laveste og høyeste verdi som med 95 % sannsynlighet inneholder den sanne verdien av variabelen som er målt.
Adolescence	Ungdomstid
Beskyttende faktor	Positive faktorer som kan mediere effekten av risikofaktorer slik at individet ikke resulterer i negative utfall, eller faktorer med beskyttende effekt hos alle ungdommer.
Bias	Systematiske skjevheter knyttet til datamaterialet som kan svekke gyldigheten av sammenhenger og generaliserbarheten.
Bivariat logistisk regresjon	Regresjonsanalyser der en undersøker sammenhengen mellom en prediktorvariabel og utfallvariabelen. Sammenhengen oppgis i odds ratioverdier.
Chi-square test	En statistisk test som kan brukes til å se om det er statistisk signifikant sammenheng mellom to variabler, basert på en bivariat krystabell av et utvalg.
Chronbach`s alpha	Måler intern konsistens mellom svar på ulike variabler med beslektet betydning. Kan brukes til konstruksjon av samlevariabler.
Dikotom variabel	En variabel som kun kan ha to verdier
Farmakoterapi	Medisinsk behandling med legemidler.
Generalisering	Enkeltfunn i en populasjon er representativt for allmennheten.
HBSC-studier	Health Behaviour in School-aged Children. Studier opprettet av WHO som kartlegger helse, miljø og livsstil hos skolebarn i alderen 11, 13 og 15 år i mange ulike land.
HUNT studier	Helseundersøkelser i Nord Trøndelag

Intern validitet/ Validitet	I hvilken grad resultatene fra en studie kan tillegges undersøkelsen og ikke andre ytre faktorer som det ikke er kontrollert for.
Kategorisk variabel	En variabel som kun kan inndeles i et bestemt antall verdier
Konfunder/Effektforveksler	En faktor som påvirker sammenhengen og forholdet mellom prediktorvariabler og utfallsvariabler, ved at de har innvirkning på og samvarierer med begge variablene.
Konstruksjonsvaliditet	I hvilken grad konstruksjonen av variablene måler det en ønsker at de skal gjøre.
Kontinuerlig variabel	En variabel som kan ha uendelig mange verdier
Krysstabell	Analyserer sammenhenger mellom to kategoriske variabler. Oppgir frekvens og prosentandeler av sammenhengene.
Legemidler mot biologisk sykdom	Bruk av legemidler for hoste eller forkjølelse
Legemidler mot definerte psykiske lidelser	Bruk av legemidler for angst/nervøsitet, depresjon eller ADHD
Legemidler mot psykosomatiske lidelser	Bruk av legemidler for hodepine, magesmerter eller søvnvansker
Longitudinale studier	Studier av en gruppe individer over en lenger tidsperiode der en jevnlig innhenter informasjon. (Kohort studie) Kan finne kausale sammenhenger
Morbiditet	Et mål for sykkelighet
Mortalitet	Et mål for dødelighet
Non-adherence	Pasienter med dårlig etterlevelse av avtalt behandling med lege.
Odds	Sannsynligheten for å få et utfall delt på sannsynligheten for ikke å få det utfallet
OR (Odds ratio)	Forholdet mellom to odds
Prediktorvariabel	Uavhengig forklaringsvariabel
Prevalens av legemiddelbruk	Utbredelsen av legemiddelbrukere. Antall ungdommer som bruker legemiddel delt på antall ungdommer i studien.

Psykosomatiske plager	Helseplager som betegner kroppslige symptomer som ikke kan forklares ut ifra biologisk/fysisk sykdom.
Reliabilitet	Mål på i hvilken grad en får samme resultater dersom en gjør en måling gjentatte ganger.
Resiliens	Motstandsdyktighet. Det å ha evne til å mestre og kunne tilpasse seg vanskelige situasjoner.
Respons rate	Andel av studiepopulasjonen som besvarte spørreskjema og deltok i studien
Risikoatferd	Deltagelse i potensielt helsetruende og skadelige atferder.
Risikofaktor	Omstendigheter og faktorer i og rundt individer som kan bidra til at de resulterer i negative utfall, som for eksempel helseskader, sykdom og død.
SD	Standardavvik; mål på spredning av verdiene i et datasett.
Selvmedisinering	Selvinitiert bruk av legemidler uten oppfølging fra lege for å behandle helseplager og sykdom.
Sosioøkonomisk	Forhold som er knyttet til samfunn og økonomi
SPSS	Statistical Package for the Social Science, statistikkprogram
SRH	Selvrapportert/selvurdert helse. Et kategorisk spørsmål i studien.
Selvurderte helsemål	Kategorinavn for undergrupper av selvrapportert helse, deriblant prediktorvariablene psykosomatiske plager, depresjon og angst, egenvurdert kroppsbilde og selvtillit.
Tverrsnittstudie	Studie av en gruppe individer der en samler all informasjon ved et tidspunkt. Kan ikke trekke kausale sammenhenger av resultatene
Utfallsvariabel	Avhengig- eller resultatvariabel
WHO	World Health Organisation

SAMMENDRAG

Ungdomstiden er en periode i livet preget av mye usikkerhet og tilpasning i forhold til endringene som puberteten medfører. Denne overgangsfasen fra barn til voksen gjør i seg selv ungdommer sårbare, og dersom de i tillegg utsettes for andre stressende risikofaktorer, vil disse ungdommene være spesielt utsatt for å delta i risikoatferd eller resultere i negative utfall. For mange ungdommer kan negative livserfaringene manifestere seg i kroppen i form av helseplager. Opplevelsen av disse risikofaktorene kan modifiseres ved hjelp av støtte fra familie og venner, eller dersom ungdommene lærer seg mestringsstrategier for å håndtere senvirkningene av traumene. Ungdommer som opplever helseplager som et resultat av negative livshendelser eller puberteten i seg selv, kan bruke legemidler for å dempe helseplagene. Enkelte ungdommer kan føle ubehaget så intenst at de trenger å bruke medikamenter som en mestringsstrategi for å kunne fungere i hverdagen. Dersom legemidler blir brukt riktig kan det være en effektiv behandlingsmetode for medisinsk sykdom. Ukritisk bruk av legemidler kan imidlertid være skadelig, og det kan være vanskelig for ungdommer å vite hva som defineres som ukritisk legemiddelbruk og konsekvensene av det.

I min studie har jeg undersøkt prevalensen av legemiddelbruk blant ungdommer i Førde, Sogn og Fjordane, og videre sett på sammenhengen mellom legemiddelbruk og ulike faktorer i livene deres. Studien var basert på datamateriale fra spørreskjemaer utført på alle videregående skoler i Førde i 1997, 2001, 2005 og 2009. Ettersom dataene var innsamlet over en 12 årsperiode undersøkte jeg utviklingen i bruk av legemidler for hoste, forkjølelse, hodepine, magesmerter, søvnvansker, nervøsitet/angst, depresjon og ADHD fra 1997 til 2009.

Jeg fant at omtrent halvparten av ungdommene i Førde, Sogn og Fjordane hadde brukt legemidler, og blant jentene var det jevnt over en høyere forekomst av legemiddelbruk enn blant guttene. Den mest vanlige helseplagen som ungdommene hadde brukt legemiddel for var hodepine. Jeg fant at prevalensen av legemiddelbruk for biologisk sykdom (forkjølelse og hoste) blant ungdommen steg signifikant fra 2005 til 2009, etter at det hadde vært en nedgang fra 1997 til 2005. Resultatene mine viste en stigning i prevalensen av legemiddelbruk for psykosomatiske plager (hodepine, magesmerter og søvnvansker) fra 1997 til 2009, mens prevalensen av legemiddelbruk for definerte psykiske lidelser (angst, depresjon og ADHD)

har vært noenlunde stabilt over de 12 årene, med unntak av bruk av legemidler mot ADHD som steg signifikant fra 1997 til 2009.

Jeg fant videre at det var en klar sammenheng mellom ungdommenes rapportering av helseplager, og bruk av legemidler. Jeg så samtidig at selvrapportert helse og faktorer innen kategoriene selvurderte helse mål, sosial integrasjon, risikoatferd og risikofaktorer i ungdommenes liv viste sammenhenger med prevalensen av legemiddelbruk. Spesielt sterke assosiasjoner fant jeg når det gjaldt prediktorvariablene psykosomatiske plager, depresjon og angstplager, skoletilhørighet, lav selvurdert helse, skilsmisse og tapt foreldrekontakt, og negative seksuelle erfaringer. Når det gjaldt risikoatferdene, røyking, alkoholberuselse og gjentagende bruk av angrepille, viste disse sterke sammenhenger med bruk av legemidler for definerte psykiske lidelser. Prediktorvariablene fysisk aktivitet, lav selvtilitt og horisontal støtte viste interessante sammenhenger med bruk av legemidler mot psykosomatiske plager og definerte psykiske lidelser. Prevalensen av slik legemiddelbruk var lavere for ungdommer som var fysisk aktive enn de som var inaktive. Forekomst av legemiddelbruk for psykosomatiske plager og definerte psykiske lidelser sank jo dårligere selvtilitt ungdommene rapporterte, slik at det var ungdommer med høyest selvtilitt som hadde flest legemiddelbrukere. Ungdommer med god støtte fra venner og jevnaldrende hadde en høyere prevalens av legemiddelbruk for psykosomatiske plager enn ungdom uten slik støtte.

Ungdommer påvirkes av omgivelser og hendelser som opptrer i livene deres, og studien min viser sammenhenger mellom en rekke faktorer og bruk av legemidler. Den biopsykososiale helsemodellen viser seg å være svært aktuell for sammenhengene mellom disse faktorene og legemiddelbruk. En høy andel av ungdommer bruker medikamenter og for de fleste er dette en effektiv måte å behandle uhelse, men urasjonell bruk av legemidler kan anses som en helsetrussel. For at ungdommer skal bruke legemidler riktig og fornuftig er det viktig at det er informasjonskanaler i samfunnet som når denne aldersgruppen. Noen ungdommer kan bruke reseptfrie legemidler som en uhensiktsmessig mestringsstrategi på lik linje med rusmidler. Derfor bør det utvikles helsefremmende tiltak som presenterer andre mestringsstrategier for disse ungdommene. Jeg manglet imidlertid data som kunne belyse overforbruk av legemidler på individnivå i masteroppgaven min.

INNHOLDSFORTEGNELSE

FORORD.....	3
FORKORTELSER OG BEGREPER I MASTEROPPGAVEN	5
SAMMENDRAG	9
INNHOLDSFORTEGNELSE	11
1. INNLEDNING.....	15
1.1 Ungdomstiden.....	15
1.1.1 Beskrivelser av tidlig, midtre og sen ungdomstid	15
1.1.2 Hjernens utvikling i ungdomsårene	16
1.2 Risiko og Risikoatferd	17
1.2.1 Ulike syn på risikoatferd og ansvarsområde.	17
1.2.2 Risikoatferd og eksperimentering	18
1.3 Risikofaktorer	19
1.3.1 Frekvens og kumulativ utvikling av risikofaktorer.....	19
1.3.2 Uavhengige og avhengige risikofaktorer.	19
1.3.3 Risikofaktorer ved ulike nivå i samfunnet	20
1.4 Resiliens.....	20
1.4.1 Forutsetninger for resiliens.	20
1.4.2 Risikofaktorerers alvorlighetsgrad og resiliens.....	21
1.4.3 Strategier for å oppnå resiliens	21
1.5 Beskyttende faktorer - resiliens	22
1.5.1 Inndeling av beskyttende faktorer.....	22
1.5.2 Individuelle tiltak som beskyttende faktorer.....	22
1.5.3 Familiebidrag som beskyttende faktorer.....	22
1.5.4 Samfunnsbidrag som beskyttende faktorer	23
1.5.5 Beskyttende faktorer og hvilke ungdommer som har nytte av dem.	23
1.6 Helsebegrepet	24
1.6.1 Utvikling av helsebegrepet	25
1.6.2 George Engels biopsykososiale helsemodell	25
1.6.3 Selvopplevd helse.	26
1.6.4 Ungdoms oppfatning av helsebegrepet og den biopsykososiale helsemodellen	27

1.7	Medikamentbruk.....	28
1.7.1	Prevalens av legemiddelbruk og definisjon av selvmedisinering	28
1.7.2	Ukritisk legemiddelbruk og risikoaspektet.	29
1.7.3	Andre faktorer assosiert med medikamentbruk blant ungdom	30
1.7.4	Betydningen av barn og ungdoms bruk av legemidler i senere voksenliv.	31
1.7.5	Hyppig brukte legemidler blant ungdom	32
1.7.6	Norske ungdommers bruk av legemidler i forhold til ungdommer i andre land.	33
1.8	FORMÅL.....	34
2.	METODE OG MATERIALE	34
2.1	Datainnsamling og studiepopulasjon.....	34
2.2	Målevariabler.....	36
2.3	Statistikk	38
2.4	Etikk.....	38
3.	RESULTATER	43
3.1	Legemiddelbruken blant ungdommer i Førde, Sogn og Fjordane relatert til helseplager.	43
3.2	Prevalensen av legemiddelbruk blant ungdommer i Førde, Sogn og Fjordane over en 12-års periode fra 1997 til 2009.	45
3.2.1	Legemidler mot biologisk sykdom	46
3.2.2	Legemidler mot psykosomatiske plager	47
3.2.3	Legemidler mot definerte psykiske lidelser.	48
3.3	Sammenhengen mellom ungdoms rapporterte helseplager, selvvalderte helse og bruk av legemidler.	49
3.4	Sammenheng mellom ungdommers bruk av legemidler og selvvalderte helsemål, sosial integrasjon, risikoatferd, risikofaktorer og beskyttende faktorer i ungdommenes liv og omgivelser	50
3.4.1	Selvvalderte helsemål.	51
3.4.2	Sosial integrasjon og foreldrestøtte.....	52
3.4.3	Risikoatferd.....	53
3.4.4	Risikofaktorer i ungdommenes liv	55
4.	DISKUSJON.....	57
4.1	Hovedfunn i studien.....	57
4.2	Styrker ved studien	58
4.3	Begrensninger ved studien.....	59
4.4	Legemiddelbruk hos ungdom i Sogn og Fjordane relatert til rapporterte helseplager. ..	60

4.5 Prevalensen av legemiddelbruk blant ungdommer i Sogn og Fjordane over en 12-års periode fra 1997 til 2009.	63
4.6 Sammenhengen mellom ungdoms rapporterte helseplager, selvvurderte helse og bruk av legemidler.	66
4.7 Sammenheng mellom ungdommers bruk av legemidler og selvvurderte helsemål, sosial integrasjon, risikoatferd, risikofaktorer og beskyttende faktorer i ungdommenes liv og omgivelser.	69
4.7.1 Selvvurderte helsemål	69
4.7.2 Sosial integrasjon.	70
4.7.3 Risikoatferd.	72
4.7.4 Risikofaktorer og beskyttende faktorer i ungdommers liv.	74
5. KONKLUSJON	79
5.1 Veien videre.....	81
REFERANSELISTE	83
VEDLEGG.....	93
VEDLEGG 1 Utdrag av spørsmål fra spørreundersøkelsen;.....	95

1. INNLEDNING

1.1 Ungdomstiden

En er definert som ungdom i alderen 10-21 år [1], og et annet uttrykk for denne aldersgruppen er adolescence, definert av psykologen G.S Hall i 1904. Begrepet er hentet fra det latinske ordet adolescentia som betyr «å vokse opp» [2]. Mange opplever ungdomsårene som en problematisk periode slik Shakespeare og Platon beskrev den, en periode med mye «storm og stress». Empirisk forskning viser likevel at det går bra med de fleste og nesten alle kommer seg igjennom tenårene uten større traumer [3].

Denne perioden er kanskje en av livets viktigste overgangsfaser, og den innebærer store endringer og krever en betydelig grad av tilpasning. Ungdommene ser fram til det som ligger foran dem, som større grad av frihet og muligheter. Mange vil være trist for at de mister barndommen med tryggheten den bærer med seg. Det kan gjøre at ungdommer viser motstridende atferd ettersom de innvendig føler seg både som barn og voksen. Perioden innebærer også en grad av usikkerhet og engstelse med tanke på fremtiden, som for eksempel eksamener, jobbmarkedet og selvstendig økonomi. Psykologiske omstillinger i forhold til relasjoner spiller en stor rolle, som for eksempel forholdet til familien, venner, jevnaldrende og den store verden. Ungdomstiden medfører en følelse av usikkerhet når det gjelder oppfatning av egen status og rolle i samfunnet [3].

En kan dele ungdomstiden inn i 3 deler; tidlig ungdomstid for aldersgruppen 10-13 år, midtre ungdomstid for aldersgruppen 14-16 år og sen ungdomstid for de som er 17-21 år gamle. En ser likevel at ungdomsårene er forlenget i vår tid. Grunnen til dette kan være at ungdommer gjerne tar en høyere utdanning og dermed utsetter tidspunktet der de står på egne bein, samt at foreldre nå har bedre økonomi og råd til å følge opp sine barn. En kan dermed gjerne strekke sen ungdomstid opp til 25 år [2].

1.1.1 Beskrivelser av tidlig, midtre og sen ungdomstid

Tidlig ungdomstid er preget av kroppslige endringer (jenter starter 2 år før gutter), og en begynnende utvikling av uavhengighet og egen identitet. Familien står likevel fremdeles i

sentrum for de fleste. Endringene som skjer med kroppen øker kroppsbevisstheten, og ungdommene begynner å sammenligne seg selv med andre jevnaldrende.

Midtre ungdomstid fører ofte med seg flere konflikter, blant annet fordi ungdommer nå tilbringer mer tid med jevnaldrende i forhold til foreldre. Det å forene seg med venners verdier, koder og påkledning bidrar til at ungdommene nå gjør seg mer og mer uavhengig av familien. Seksuell identitet, erotiske følelser og søken etter en kjæreste blir viktig, og de unge begynner ofte å eksperimentere med sin egen seksualitet. De kroppslige endringene er ofte avsluttet og ungdommene blir mer bevisst på sitt eget utseende og hvilke klær de skal gå med. Spiseforstyrrelser starter gjerne i denne aldersperioden ettersom de unge er opptatt av å være attraktiv. Dersom ungdommene har lite utviklet impuls kontroll og er rastløs, kan det medføre et behov for umiddelbare tilfredsstillelser, noe som kan resultere i en atferd som er forbundet med risiko.

Sen ungdomstid preges av at søken etter egen identitet går inn i slutfasen. Dersom denne søken har fått utarte seg uforstyrret med støtte fra foreldre, venner og skole vil ungdommene begynne å reorientere seg mot familien og deres verdier. Motsetningen er en mer komplisert fase med forsinkede reaksjoner, depresjon og mangelfull selvstendighet. I denne perioden vil mange ungdommer igjen revurdere sine moralske, religiøse og seksuelle verdier. Risikoatferd avtar for mange gjerne ikke før i slutten av perioden. Som nevnt tidligere er trolig sen ungdomstid strukket utover, opp mot en alder av 25 år [2].

1.1.2 Hjernens utvikling i ungdomsårene

Hjernen utvikles kontinuerlig igjennom hele ungdomstiden og inn i voksen alder, i et samspill mellom indre og ytre faktorer. Utviklingen styres av mange ulike impulser, og disse påvirker celleutvikling, den funksjonelle organisering i hjernen og hormonsystemene. Dette er kompliserte, velregulerte styringsprosesser i kroppen. Ytre faktorer kan være stress, ernæringsmessige signaler og fysisk aktivitet. Sentre i hjernen regulerer hormonutstrømming, og sekundært til den hormonelle påvirkningen på organer, er kroppslige endringer. Komplekse handlingsmønstre som sosial tilpasning, kognitiv funksjon og risikoatferd påvirkes igjen av de kroppslige endringene [2].

1.2 Risiko og Risikoatferd

Med risikoatferd eller risikabel oppførsel menes potensielle skadelige atferder som unge kan være innblandet i. Eksempler på slik oppførsel kan være det å ha ubeskyttet sex, ta del i antisosiale aktiviteter, misbruk av rusmidler osv [3].

1.2.1 Ulike syn på risikoatferd og ansvarsområde.

Mange forbinder begrepet risiko med noe negativt og farlig, spesielt voksne. Unge og voksne har ikke nødvendigvis samme oppfatning av hva risikoatferd er [4]. En studie utført av Rodham der han intervjuet ungdommer over 16 år, beskriver deres tolkning av risikoatferd. Ungdommene i studien mente at risiko er noe en gjør der en ikke kan kontrollere for eller vet hva utfallet vil bli. De uttrykte også at de følte seg godt informert om helserisikoer i forhold til risikoatferd, og at det å ta en risiko er noe de unge bestemmer selv, en avgjørelse de tar på eget ansvar. [5]

Noen ungdommer vil likevel utøve risikoatferd fordi de ønsker å passe inn i vennegjengen. Slike vurderinger viser at denne aldersgruppen ikke er ferdig utviklet i forhold til det å ta rasjonelle avgjørelser når det gjelder deltagelse i slik atferd. Årsaker til det kan være at de ikke har nok livserfaringer eller kunnskap om de konsekvenser som kan forekomme ved risikoatferd. Når en utøver slik atferd ser en gjerne på seg selv som udødelig, og tenker at det ikke kan komme noe negativt ut av det. Enkelte vil også beskrive det som søken etter en bestemt følelse som en får når en utøver risikoatferd, og oppmerksomheten en mottar rundt handlingen. [5]

Samfunnet spiller en rolle i om ungdommer utøver risikoatferd. Det å fokusere på tilfeldig og ubeskyttet sex på tv, påvirker de unge til å ville utforske det samme. En kan ikke se på risikoatferd som kun individets eget ansvar, det bidrar til at en ignorerer samfunnets ansvar når det gjelder å promotere farlig atferd [6]. Individuelle og sosiale faktorer påvirker hverandre dynamisk i utviklingsperioden til barn, så en kan aldri forutsi hvordan utfallet vil bli. Hvordan et barn responderer på risiko er et resultat av personlige egenskaper, der noe er delvis sosialt eller biologisk bestemt [7].

1.2.2 Risikoatferd og eksperimentering

Risikoatferd omfatter de aktiviteter som de fleste ungdommer er involvert i og som potensielt kan være skadelig. Eksempler på risikoatferd kan være alkohol- og annet rusmiddelmissbruk, anti-sosial atferd, røyking eller risikabel seksuell atferd. En kan spørre seg om risikoatferd er noe alle ungdommer utøver, og at det er en del av puberteten og det å skaffe seg erfaringer og perspektiv på livet. Motsetningen vil være å anse risikoatferd som en trussel mot ungdommenes sosiale rang og helse. Enkelte mener at ungdom bør utøve noe risikoatferd da det kan være fordelaktig. Et eksempel er det å introdusere alkohol til ungdommer tidlig, slik at de utvikler et sunt forhold til alkohol og lærer å kjenne sine begrensninger [3]. En studie fra Sveits viser at det å akseptere at ungdommer har sex og fokusere på å ha god informasjon om sikker sex, bidrar til lave statistikker for ungdomsgraviditet og abort i forhold til andre land som USA [8], der avholdskampanjer er en vanlig strategi [9].

Michaud [6] mener en bør vurdere å endre terminologien av den milde formen for risikoatferd som de fleste ungdommer utøver, til eksperimentering eller utforskning. Atferd som vil falle innunder den kategorien vil være moderat alkoholdriking eller røyking, og det å ha beskyttet sex med en trygg partner. For mange ungdommer er rusmisbruk tidsbegrenset, og risikoatferden blir dermed bare utforskning eller eksperimentering. En kan si at uttrykk slik som »risikoutøvende ungdom» er upassende, og det bidrar til et ensidig syn på ungdoms helse der en ikke tar høyde for hvor viktig utvikling og utprøving er i ungdomsårene. Det er viktig å ikke generalisere negative utfall hos enkelte ungdom, til å gjelde alle ungdommer. [6].

Risikoatferd passer bedre til å beskrive situasjoner som for eksempel bruk av tunge rusmidler, eller der ungdommer konsumerer store mengder alkohol jevnlig. En slik endring i forståelsen av risikoatferd vil bidra til å endre voksnes syn og holdning til ungdommers atferd. Det vil også utfordre helsepersonell og sosialarbeidere til å prøve å forstå motiver bak slik atferd, og de potensielle konsekvenser som kommer av risikoatferd hos hver enkelt ungdom [6]. Dersom en ser på risikoatferd og eksperimentering på denne måten, vil det være en utfordring å skille mellom hvilke situasjoner som er eksperimentering og hvilke som er skadelig atferd.

1.3 Risikofaktorer

Når en snakker om risikofaktorer mener en omstendigheter eller faktorer som kan bidra til negative utfall hos ungdom. Slike faktorer kan for eksempel være fattigdom, krig, naturkatastrofer, langvarig familiedysfunksjon, helseproblemer av alle slag, seksuelt misbruk, vold, svikt i oppdragelse osv. [3].

1.3.1 Frekvens og kumulativ utvikling av risikofaktorer

En har tidligere fokusert på risikofaktorene en og en, og ikke i sammenheng med hverandre. Det viser seg i midlertidig at risikofaktorer har en tendens til å klynge seg sammen, og forekommer ofte samtidig. Colman [3] nevner et eksempel der det i familier med dårlig økonomi, ofte også vil være foreldre som lider av depresjon eller annen mental sykdom, og det vil igjen påvirke foreldrenes evne til å oppdra barna. I en slik sammenheng vil altså foreldres depresjon, foreldreansvar og økonomiske situasjon påvirke barna eller den unge personen i en kumulativ forstand [3]. En studie utført i USA viser at jo flere risikofaktorer barn er utsatt for i oppveksten, jo større er sannsynligheten for at barnet får et dårlig utfall med en problemfull ungdomstid. Sammenhengen er kumulativ, med en lineær stigning. Det viser altså at det utgjør en forskjell dersom en klarer å redusere antall risikofaktorer barnet kan bli utsatt for [10].

1.3.2 Uavhengige og avhengige risikofaktorer.

En kan skille risikofaktorer inn i uavhengige og avhengige faktorer ut i fra de unges ståsted. Hendelser som opptrer der ungdommer ikke har noen kontroll over hva som skjer, kalles uavhengige risikofaktorer. Eksempler på slike situasjoner er sykdom eller død i familien, krig og naturkatastrofer. Dersom ungdommer utøver risikoatferd eller er involvert i rusmiljøer osv, kalles det avhengige risikofaktorer ettersom de er relatert til ungdommenes egne atferder [3]. En studie fra USA fant at andelen av avhengige risikofaktorer øker med alderen. I samme studie viste det seg også at familiehendelser er den mest vanlige uavhengige risikofaktoren blant barn og unge [11]. Det at antall avhengige risikofaktorer øker med alderen hos barn og unge er ikke overraskende, ettersom de da også får mer frihet og mulighet til å gjøre ting uavhengig av foreldre [3].

1.3.3 Risikofaktorer ved ulike nivå i samfunnet

En kan sortere risikofaktorer etter hvilket nivå i samfunnet de befinner seg på; individuelle faktorer, familie faktorer og samfunnsfaktorer. De individuelle faktorene henger sammen med avhengige faktorer og ses på som for eksempel det å ha lite tålmodighet, lav intelligens, dårlig helse, lav konsentrasjonsevne og hyperaktivitet. Familie risikofaktorer kan være at en forelder er syk, foreldrekonflikt, kriminelle foreldre, streng eller inkonsistent oppdragelse, tap av foreldre på grunn av skilsmisse eller død, eller vanskelige søsken. Risikofaktorer forårsaket av samfunnet kan være ufordelaktig økonomisk politikk, dårlig kvalitet på skoler og skolesystemet, dårlige hus, høy andel av kriminalitet, og mangel på gode rollemodeller i samfunnet [3].

1.4 Resiliens

Det er ikke nødvendigvis slik at å oppleve risikofaktorer i ungdomstiden alltid resulterer i et dårlig utfall i livet. Ungdom kan være resilient og ha evner til å kunne mestre og tilpasse seg vanskelige situasjoner. Studier som omhandler risiko og resiliens viser at det er ungdommer som på tross av at de har opplevd store traumer, håndterer situasjoner godt [7]. Begrepet resiliens beskrives på ulike måter i litteraturen, som evnen til å kunne tilpasse seg i endrede omgivelser [12], og det å ha egenskaper som å være hardhudet og lite sårbar [13, 14]. En kan også tolke begrepet resiliens som en form for motstandsdyktighet hos barn og unge. I senere tid har en sett på resiliens som en dynamisk prosess som innebærer en interaksjon mellom risikofaktorer og beskyttende faktorer, interne eller eksterne for individet. Disse interaksjonene vil være med på å modifisere reaksjoner og effekter av uønskede livshendelser [14].

1.4.1 Forutsetninger for resiliens.

For at en skal kunne benytte resiliensbegrepet må to nøkkelfaktorer være tilstede. For det første må personen oppleve eller ha opplevd et traume eller en uønsket situasjon, slik som for eksempel risikofaktorene nevnt tidligere. Den andre viktige faktoren er at personen i etterkant fungerer bra og er oppegående. Resiliens vil oppstå ved en gradvis utsettelse for risiko eller stress på et håndterbart intensitetsnivå, i deler av livet der beskyttende faktorer er tilstede [3]. Beskyttende faktorer er positive faktorer som påvirker ungdommene slik som for eksempel det å ha støttende foreldre, gode venner, være flink på skolen osv.

1.4.2 Risikofaktorerers alvorlighetsgrad og resiliens

Mange longitudinale studier slik som the Christchurch Health and Development Study (CHDS) utført i New Zealand, viser at de fleste barn og unge vil kunne håndtere kortvarig motgang og vise resiliens, så lenge det er beskyttende faktorer og begrenset med risikofaktorer til stede. Dette gjelder ikke dersom risikofaktorene er omfattende og vedvarende. Desto flere tilfeller av negative hendelser som er til stede, jo større er risikoen for at utfallet blir dårlig [15]. Bare et fåtall av unge vil kunne mestre slike situasjoner og det krever sterke beskyttende faktorer. Barn og unge vil vise større grad av resiliens ved akutte risikofaktorer slik som kortvarig sykdom, dødsfall, sorg eller savn, enn ved kroniske eller overgangs risikofaktorer slik som kontinuerlige familiekonflikter, store endringer i forhold til hjemmet eller skolen [3].

Rutter uttrykker at resiliens ikke er en enkelt kvalitet som gjelder i alle situasjoner. Ungdom kan være resilient i noen bestemte situasjoner, men ikke i andre, og kun i forhold til bestemte typer utfall. I tillegg kan omstendighetene i situasjonen være så avgjørende at unge kun er resilient i en tid av livet [14].

1.4.3 Strategier for å oppnå resiliens

Newman og kollegaer har kommet frem til tre strategier for å fremheve resiliens hos barn og unge. Den første strategien er å redusere deres utsettelse for risikofaktorer. Den andre strategien er å finne en måte å bryte kjedereaksjoner av negative hendelser. Tilstedeværelse av en negativ faktor kan øke sannsynligheten for at en annen negativ faktor vil oppstå. Den tredje strategien vil være å tilby de unge opplevelser som kan være med på å styrke potensielle beskyttende faktorer. Det å få barn og ungdommer til å oppdage sine positive sider vil forsterke selvtilliten, og kan være med på å utvikle gode, positive forhold til voksne. Disse tingene til sammen vil påvirke de unges kapasitet til å møte motgang og å kunne overvinne negative hendelser. ([16] som referert i [3] s.14)

1.5 Beskyttende faktorer - resiliens

Beskyttende faktorer kan være årsak til at ungdom mestrer vanskelige situasjoner, og de representerer emosjonelle, pedagogiske, sosiale og økonomiske innvirkninger på ungdoms liv. Slike faktorer opptrer enten enkeltvis eller mer vanlig i interaksjon med hverandre, og de vil påvirke og modulere ungdommers utvikling, tilpasning og reaksjon på hendelser i livet [7].

1.5.1 Inndeling av beskyttende faktorer

Slik som med risikofaktorene kan en dele beskyttende faktorer inn i ulike grupper ut ifra nivået de utspiller seg i; individuelle tiltak, familie bidrag og samfunns bidrag.

1.5.2 Individuelle tiltak som beskyttende faktorer

Høy intelligens, konstitusjonelle faktorer slik som et positivt lynne og robust nevrobiologi, omgjengelighet, gode kommunikative evner og personlighetstrekk slik som selvtillit, toleranse for negative hendelser, fleksibilitet osv, er alle eksempler på beskyttende faktorer som opptrer i individet. Det har også vist seg at ungdommer som har tanker om høyere utdanning er bedre rustet, enn de som ikke har det. En annen viktig faktor er evnen til å være selvstendig og kunne løse problemer på egenhånd. [17]. For å gjøre intervensjoner på individnivå, må en prøve å utvikle personlige mestringsstrategier hos ungdommene [18]. Ungdommer kan lære det å mestre kriser og vanskelige situasjoner ved hjelp av eksponeringsteknikk («Steeling effect»), men det er veldig komplekst å utsette dem for det de frykter mest [19]. Ungdom blir ikke nødvendigvis tøffere av eksponering, men overbeskyttelse og skjerming bidrar lite til å utvikle resiliens. For mye eksponering for fort kan resultere i at ungdom blir overveldet, og det vil igjen gå utover utviklingen av resiliens. Dersom en setter en direkte linje mellom eksponering og resiliens vil en utelukke de kritiske punktene som mengde av eksponering og timing av de negative hendelsene, samt ignorere den buffereffekten som beskyttende mekanismer har. Det resulterer i et forenklet bilde av oppnåelse av resiliens via eksponering [18].

1.5.3 Familiebidrag som beskyttende faktorer

Til tross for at ungdommer fokuserer og bruker mye tid på vennegjenger og jevnaldrende, så vil familien for mange fremdeles være den primære sosiale støtten. Et godt foreldre-barn forhold, eller at barnet har et godt forhold til en annen omsorgsfull voksen, er en av de

viktigste beskyttende faktorene. Familien kan bidra med å vise omsorg, støtte, engasjement og ha forventinger til og tro på ungdommene. Det er viktig at de unge føler en tilhørighet til sin familie og at deres meninger blir hørt og verdsatt av dem [17].

1.5.4 Samfunnsbidrag som beskyttende faktorer

Gode, stabile skoler, sosiale nettverk og ressurser i nabolaget er eksempler på beskyttende faktorer som samfunnet kan bidra med [3]. Skolen er et viktig sted for ungdommer å skape resiliens, ettersom de der får mulighet til å utvikle seg og vise frem sine evner. Den fremtrer som en trygg omgivelse som aktivt kan fungere som en buffer mot vanskeligheter [20]. Skoleopplevelser involverer støttende jevnaldrende, påvirkning fra positive lærere, og muligheter for suksess (akademisk eller annet) [18]. Det er vist at ungdommer som er fysisk aktive etter skoletid, rapporterer bedre selvurdert helse enn ungdommer som ikke er fysisk aktive [21]. Samfunnet bør legge til rette for at ungdommer kan drive med idrett og fritidsaktiviteter, da det kan gi ungdommer mestringsfølelse og styrke deres helse.

1.5.5 Beskyttende faktorer og hvilke ungdommer som har nytte av dem.

Det å ha høy intelligens, støttende foreldre og god selvtillit er fordelaktig for alle ungdommer uansett hvilken bakgrunn de har, så det vil være feil å si at kun ungdommer som har opplevd traumer vil ha nytte av slike beskyttende faktorer. Noen faktorer vil likevel ha større betydning og passe bedre for ungdommer som har opplevd negative livshendelser. Et eksempel her vil være det å ha foreldre som setter strenge grenser. En ungdom som driver mye med risikoatferd og tidligere bare har gjort som han vil, trenger at en autoritativ voksen som setter grenser [3]. En studie viser at foreldredisiplin er fordelaktig for ungdommer som vokser opp i bysentrum med belastede miljøer [22]. Fergusson og Horwood [15] beskriver forskjellen i betydning av beskyttende faktorer blant ungdom, og deler forståelsen av resiliens inn i to; beskyttende prosesser og kompensatoriske prosesser. Beskyttende prosesser er fordelaktig for ungdommer som utsatt for risikofaktorer, mens kompensatoriske prosesser når alle ungdommer uavhengig av om de er involvert i risiko. [15].

1.6 Helsebegrepet

Helse i en befolkning vurderes ofte ved hjelp av måleparametere slik som livslengde, dødelighet og sykkelighet i befolkningen. Det er likevel en annen komponent som er meget sentral i en vurdering av helse, nemlig individets subjektive opplevelse av egen helse [23]. Helsebegrepet er dynamisk og stadig i utvikling [24]. Mæland refererer til 3 ulike oppfatninger av helse: fravær av sykdom, en ressurs og velbefinnende. Beskrivelsene av disse er oppført i tabell 1 [25].

Tabell 1 Tre oppfatninger av helse

	Som fravær av sykdom	Som en ressurs	Som velbefinnende
Tilstand	Å være	Å ha	Å fungere
Beskrivelse	Fravær av sykdomstegn og symptomer	Robusthet Styrke Motstandskraft	Opplevd velvære Aktivitet Gode relasjoner
Relasjon til sykdom	Ødeleggelse av sykdom	Gir motstand av sykdom	Kan oppleves til tross for sykdom

Tabell hentet fra J.G Mæland, Forebyggende helsearbeid - i teori og praksis (s 26) [25]

Begrepet fravær av sykdom kan anses som en negativ helsedefinisjon, og kobles til et reduksjonistisk menneskesyn. Svikt i helsen vurderes som reparerbart, og helse kan gjenvinnnes ved hjelp av vitenskap og teknologi [24]. Hjort mener at helse ikke innebærer å ha fravær av problemer, men evnen til å kunne mestre dem [26]. I en slik sammenheng kan en se på helse som en ressurs, og det å ha overskudd til å håndtere hverdagens krav [27]. En tredje definisjon, helse som velbefinnende, beskrives av Mæland som en tilstand av fysisk og psykisk velvære og at mennesket kan fungere optimalt [25]. Denne siste definisjonen ser ut til å bygge på WHO's helsedefinisjon: «Helse er definert som en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom eller lidelser» [28]. WHO's definisjon blir ofte kritisert for å være uoppnåelig og utopisk. Helse som velbefinnende har mange fellestrekk med livskvalitetsbegrepet [24, 25].

1.6.1 Utvikling av helsebegrepet

Opp igjennom tidene har vi hatt et paradigmeskift når det gjelder forståelsen av sykdom og helse. Under antikken styrte Asklepios og Hippokrates holistiske syn, der også menneskets livsstil ble en viktig del av diagnostikken og behandling av sykdom [23]. I middelalderen oppstod forestillingen av sykdom som « Guds straffedom», og den tiden kalles gjerne stagnasjonsperioden [29]. Deretter kom renessansen og opplysningstiden med mange nye framskritt i tenking, kunnskap og teknologi også innen helserelaterte områder. I Norge hadde vi fra slutten av 1700-tallet og utover potetprestene, som drev samfunnsmessig forebyggende og behandlende helsearbeid i lokalsamfunnene (Helsefremmende arbeid på befolkningsnivå). Med oppdagelsen av årsaken til epidemiologiske infeksjonssykdommer på midten av 1800-tallet og inn i 1900-tallet, blomstret den mer moderne biomedisinske (reduksjonistiske) sykdomsmodellen (helsefremmende arbeid på individnivå). Rundt midten av 1950-tallet var det en fremvekst av kroniske lidelser i samfunnet som hjerte-karsykdommer, kreft og obstruktive lungesykdommer. En fant at dette var livsstilssykdommer, der årsaken til sykdommen kunne være forbundet med atferd og livsstil [23]. I nyere tid er det en framvekst av psykososiale sykdommer som for eksempel stress, utbrenthet og muskel-skjelettsymptomer. Mange av disse sykdommene kan føre til redusert funksjonsevne i dagliglivet [30]. Samfunnet må innføre forebyggende og helsefremmende tiltak for å redusere denne sykdomsutviklingen, slik det kommer frem i Folkehelseloven, og vi ser da at fokuset igjen blir flyttet fra enkeltindivider og til samfunnsmessige forhold. [31]

1.6.2 George Engels biopsykososiale helsemodell

George Engel skrev i 1977 en artikkel angående psykiateres identitetskrise i forhold til den biomedisinske helsemodellen. Den biomedisinske modellen går som nevnt ut på at all sykdom har utgangspunkt i en biokjemisk eller neurofysiologisk defekt, og at all sykdom kan helbredes ved å rette opp i denne defekten. Modellen tar ikke hensyn til psykologiske eller sosiale forhold hos den som er syk, og separerer på den måten sinnet fra kroppen. Problemet i den reduksjonistiske biomedisinske modellen er at den krever tilstrekkelige faktorer eller defekter for å kunne konstatere sykdom. Det gjør at modellen anser personer som mangler biologiske defekter friske, selv om de kan føle seg syke. Vice versa kan en person med biologiske defekter bli definert som syk, til tross for at personen føler og anser seg som frisk

[32]. I stedet for en lineær sammenheng mellom årsak og virkning, vil en biopsykososial helsemodell heller fokusere på mer sirkulære og komplekse kausaliteter når det gjelder definering av sykdom [23].

Ulike kulturelle, sosiale og psykososiale vurderinger gjør at en ikke kan trekke klare grenser mellom helse og sykdom, frisk og syk. En biopsykososial modell vil kunne forklare hvordan enkelte personer ser på en helseplage som en sykdom, mens en annen kan se på det som et hverdagsproblem, problem i livet, en følelsesreaksjon på en livshendelse eller et somatisk symptom. Sorg kan være et eksempel på en slik splittelse i oppfattelsen av sykdom og påtagelse av en sykerolle. Engel mener at fordelene med den biopsykososiale modellen er at den bidrar til en forståelse av underliggende determinanter for å utvikle sykdom, noe som igjen vil kunne medføre utvikling av nye behandlingsmetoder og helsesystem [32].

Edward Shorter skriver i en artikkel fra 2005 at den biopsykososiale modellen er blitt styrket ettersom farmakoterapi, som er en stor del av den biomedisinske modellen, ikke alltid kan løse en pasients problemer. Han tolker den biopsykososiale modellen slik at bio- står for vevsskade eller biokjemisk skade, psyko- står for personlig vekst og utvikling, mens sosial- står for nåværende livssituasjon [33].

1.6.3 Selvopplevd helse.

Hvordan den selvopplevde helsen er, avhenger av hva en definerer som god helse. Hvilke faktorer som inngår i det å ha god helse viser seg å variere med alder, utdanning og rase [34]. Samtidig kan rangert selvopplevd helse i en spørreundersøkelse henge sammen med hvordan en anser helsen sin den dagen. Det er likevel vist i studier utført på barn og unge at den rapporterte selvopplevde helsen ofte er et stabilt fenomen [23, 35]. En kan også anta at selv rapportert helse (SRH) er et kontinuum fra dårlig til god helse, ettersom sosio-demografiske variabler og spesifikke risikofaktorer ofte blir funnet å være speilvendte, i forhold til rapportering av svært god og ikke god helse [23, 36].

I studier utført på voksne kan en se en klar sammenheng mellom SRH og senere morbiditet og mortalitet, bruk av helsetjenester, langtidssykemelding og uførepensjonering [37]. En norsk studie basert på Helseundersøkelsene i Nord Trøndelag 1 (HUNT 1) fant at det var større

mortalitetsrisiko hos personer som rapporterte dårlig SRH, i forhold til de som rapporterte svært god SRH. De som rapporterte dårlig SRH viste sterkere sammenheng i forhold til senere mortalitet, enn det personer med kroniske lidelser slik som diabetes, og hjerteinfarkt gjorde. Ut i fra dette ble det konkluderte med at SRH er en svært viktig helseindikator i populasjonsstudier [38]. Vi kan dermed anse SRH som en viktig risikofaktor i seg selv, og at den «indre» kunnskapen en har om egen helse, er noe utenforstående ikke kan vurdere, forstå eller få frem i vanlige biomedisinske undersøkelser. SRH kan i den sammenheng fremstilles som en fellesfaktor for biomedisinske, psykologiske, helseatferdsmessige og sosiale sider ved individets tilværelse og helse [23].

1.6.3.2 Helseparadokset

Et viktig mål for suksess i et samfunn er at så mange som mulig har god helse. En har til nå vanligvis brukt dødelighet og forventet levealder som mål på folkehelse.[23] Imidlertid vil dette gi et helseparadoks, ettersom det ser ut til at folkehelsen har forbedret seg de siste årene med tanke på økt levealder, men at et stadig større antall mennesker rapporterer funksjonssvikt grunnet nye subjektive lidelser. Barsky [39] mener at det kan være 4 grunner til dette:

1. Der er et økende antall diagnoser av kroniske og degenerative sykdommer, ettersom en har klart å få ned mortalitetsraten på infeksjøs sykdommer.
2. Det vanlige mennesket har større tilgang til informasjon om symptomer og plager som er karakteristiske ved bestemte lidelser.
3. Samfunnet reklamerer for det å ha god helse, og fokuserer på helserelaterte saker i media, noe som bidrar til usikkerhet og oppstyr rundt sykdom.
4. En økende grad av medikalisering, og urealistiske krav til kurer i samfunnet [39].

1.6.4 Ungdoms oppfatning av helsebegrepet og den biopsykososiale helsemodellen

I litteraturen finner en at ungdoms oppfatning av helse generelt er bredere enn den en ser hos voksne. En studie av ungdommers forståelse av helse viste at bare en liten andel av dem, 28 %, definerte helse som fravær av sykdom [29]. De unges helsebegrep inkluderer mer følelsen av velvære enn fravær av sykdom, og unge kan i tillegg definere helse gjennom faktorer som familie, venner, utdanning, arbeid, fritid, ulike media-opplevelser og materielle forhold. I følge Hans Johan Breidabliks studie [23] om selvopplevd helse hos barn og unge, er

helsebegrepet en bred konstruksjon hos denne aldersgruppen og den er relatert til både medisinske, psykologiske, sosiale og livsstilsmessige faktorer. Både positiv og negativ rangering av SRH var assosiert med de samme faktorene, og dette funnet gjaldt for begge kjønn [23]. Vi ser dermed en del fellestrekk mellom ungdommenes forståelse av helsebegrepet og den biopsykososiale helsemodellen.

En studie utført på norske ungdommer i alderen 15-16 år fant at ni av ti ungdommer rapporterte at de hadde god helse [40]. Prevalensen av psykiske og kroppslige plager er likevel funnet å være høy hos ungdommer. En annen norsk studie fant at omtrent hver femte gutt og hver tredje jente i 10.klasse på grunnskole, rapporterte minst en daglig helseplage [41]. Ungdommenes helseplager kan skyldes at de har deltatt i risikoatferd eller vært utsatt for risikofaktorer. For noen av ungdommene kan helseplagene være så omfattende at de trenger å bruke legemidler eller oppsøke helsetjenester for å håndtere dem.

1.7 Medikamentbruk

Legemidler er den vanligste medisinske behandlingsformen for sykdom i den norske befolkningen, og hele to av tre nordmenn mottar et reseptbelagt legemiddel i løpet av et år. Det er viktig at legemidler blir brukt riktig slik at de kan forebygge og redusere sykkelighet, samt opprettholde trivsel og livskvalitet i befolkningen. Legemidler kan forårsake bivirkninger og andre legemiddelrelaterte problemer, særlig hvis de brukes feil [42].

1.7.1 Prevalens av legemiddelbruk og definisjon av selvmedisinering

Det er vist at en stor andel av ungdommer i en rekke land bruker medikamenter eller selvmedisinerer seg. Flere studier har funnet at omtrent hver annen ungdom hadde brukt minst et legemiddel den siste tiden forut for undersøkelsene, og prevalensen av legemiddelbruk var større blant jenter enn gutter [43-46]. Selvmedisinering omfatter selvinitiert bruk av legemidler (som oftest reseptfrie) uten oppfølging fra lege eller andre helsetjenester [47]. Også dårlig etterlevelse av anbefalt dosering og administrasjon, bruk av rester fra tidligere foreskrivninger, bruk av legemidler foreskrevet til andre [48], og det å motta råd om legemiddelbruk fra familie, venner eller apotekansatte kan defineres som selv-medisinering [45].

1.7.2 Ukritisk legemiddelbruk og risikoaspektet.

Legemidler er ment for å helbrede eller forebygge sykdom, og dersom legemiddelet brukes forsvarlig er dette en effektiv behandlingsmåte. Ukritisk legemiddelbruk derimot, kan være skadelig og bør vurderes som en risikoatferd på lik linje med andre skadelige atferder slik som inaktivitet, dårlig diett, røyking, alkoholmisbruk, risikabel seksuell atferd osv. [3] Vi ser at en rekke helseproblemer assosieres med deltakelse i risikoatferd [49-51].

En dansk studie bekrefter sammenhengen mellom risikoatferdene røyking, overstadig beruselse og bruk av legemidler [46]. Det å røyke, drikke alkohol og bruke medikamenter er ulike helseatferder, men det er to ting som går igjen; de involverer en substans som kan være giftig og effekten kan være stressdempende. Dette er atferder som assosieres med voksenlivet, og sosiale omgivelser kan ha innflytelse på ungdommers bruk av slike substanser [46, 52-54].

Eksempler på ukritisk legemiddelbruk kan være å bruke legemidler en ikke vet navnet på [45], og å bruke nye ukjente legemidler uten å lese pakningsvedlegget først, eller at en ikke følger legemiddelets angitte dosering fra lege, helsepersonell eller pakningsvedlegg (non-adherence). En brasiliansk studie fant at hovedparten av ungdommene som hadde brukt et legemiddel den siste tiden, ikke visste navnet på det legemiddelet de hadde brukt [45]. Dette antallet var høyere hos jenter enn gutter, og det kan skyldes at jenter oftere oppsøker helsetjenester [55], og dermed råd om bruk av legemidler. Jentene kan da føle at de i mindre grad trenger å sette seg inn i hvilke legemidler de bruker [45]. Det at foreldre til ungdom, eller ungdommer selv ikke har tilstrekkelig kunnskap om legemiddelene som de bruker, kan føre til urasjonell og feil bruk av medikamenter. Fatale helseskader kan bli konsekvenser av slik ukritisk legemiddelbruk [56].

Det er vist at ungdommer er en aldersgruppe der det er svært vanlig med non-adherence [57], det vil si dårlig etterlevelse i forhold til avtalt bruk av legemidler mellom pasient og helsepersonell [58]. En antar at det skyldes den ekstra belastningen det er å håndtere og bruke legemidler når en i tillegg går igjennom ungdomstiden [59]. Noen ungdommer, for eksempel med diabetes kan være avhengige av medisiner for å kunne fungere på likt nivå med sine friske jevnaldrende i hverdagen. Dette kan føre til at de føler seg annerledes, noe som ikke er en ønsket situasjon i ungdomsårene [59]. Et annet problem er ungdommers tendens til å leve i

nuet [59], noe som kan være en utfordring med tanke på å få ungdommer til å forstå langtidsfordelene av å ta medisiner, spesielt i tilfeller der en ikke merker effekten av legemiddelet med en gang [60], eller forstå skadeeffektene ved overdreven bruk. Konsekvensene av non-adherence kan være nedsatt livskvalitet, forverring av sykdommen (økt morbiditet) økte helseøkonomiske utgifter, og i noen tilfeller tidlig død (økt mortalitet) [58].

Den danske studien [46], konkluderte med at medikamentbruk kan assosieres med andre risikoatferder, og denne assosiasjonen var lignende hos både gutter og jenter [46]. En vet lite om norske ungdommers bruk og holdning til legemidler. Det er få legemiddelrelaterte studier utført på denne aldersgruppen, og spesielt når det gjelder legemiddelforbruk og risikoaspektet ved ukritisk bruk av legemidler. En vet at norske ungdommer ikke er flinke til å lese pakningsvedlegg [61], og at omtrent hver annen ungdom rapporterer bruk av legemidler [43].

1.7.3 Andre faktorer assosiert med medikamentbruk blant ungdom

Det er funnet noen sammenhenger mellom ungdommers medikamentbruk og ulike faktorer innen miljø, sosial integrasjon og atferder. Studier fra Brasil viser at det å gå i arbeid og å bo hjemme hos foreldre, øker prevalensen av legemiddelbruk blant ungdommer. Ungdommer som bor hjemme hos foreldre kan ha lettere tilgang til legemidler, ettersom mange husholdninger har et medisinskap med medikamenter, og det kan bidra til at terskelen for å bruke legemidler mot vanlige helseplager senkes [62].

I 2003 ble tilgjengeligheten på reseptfrie legemidler lettere for den norske befolkning, ettersom LUA-ordningen tredde i kraft. LUA står for Legemidler utenom apotek, og er en gruppe legemidler som er unntatt reseptplikt og som kan kjøpes fritt i minstepakning i apotek, dagligvareforretninger, kiosker eller bensinstasjoner. Det er 18 års aldersgrense for å kjøpe legemidler utenom apotek, og pakningsvedlegget angir medikamentenes indikasjon og dosering [63]. Det er ikke gjort studier på om denne økte tilgjengeligheten har påvirket prevalensen av legemiddelbruk blant ungdommer.

Blant danske ungdommer har en funnet at mobbing [64] og dårlig selvrapportert helse [65] er assosiert med bruk av legemidler. Ungdom som blir mobbet har enn høyere prevalens av legemiddelbruk enn sine jevnaldrende. Denne sammenhengen vedvarte selv etter at studien

kontrollerte for forekomst og frekvens av helseplager [64]. En amerikansk studie bekrefter assosiasjonen mellom mobbeofre og medikamentbruk, og fant at barn og unge som bruker legemidler har høyere odds for å bli mobbet enn andre friske barn og unge [66]. Når det gjelder egenvurdert helse er det funnet at danske ungdommer med dårlig selvvdert helse, har høyere prevalens av legemiddelbruk enn ungdommer som vurderer sin egen helse bedre [65].

Det sosiale miljøet og samfunn som ungdommer er en del av, som venner, familie og media kan ha betydning for ungdommers bruk av legemidler. Norske ungdommer påvirker hverandre til å bruke legemidler, og en studie fant at det spesielt blant unge jenter har utviklet seg en slags kultur der det alltid er en i vennegjengen som har smertestillende legemidler tilgjengelig, og som kan deles ut til venner med behov. Ungdommer har uttalt at media, foreldrenes kunnskap og tilgjengeligheten av legemidler er med på å fremstille bruk av legemidler som ufarlig [61]. Det vil kunne bidra til at terskelen for å bruke legemidler blir lavere.

Det er få studier som omhandler motiver assosiert med bruk av legemidler blant ungdom, og spesielt norske studier. Mange artikler som finnes på dette området kommer fra Brasil, USA eller andre europeiske land som Danmark. Det er usikkert hvor godt studier fra land utenfor Europa kan generaliseres til norske ungdommer. En annen ting er at de fleste av studiene som omhandler ungdom og legemiddelbruk er utført på ungdommer i tidlig og midtre ungdomstid, noe som betyr at vi vet lite om hva som skjer blant ungdommer i sen ungdomstid, der autonomi er mer utbredt.

1.7.4 Betydningen av barn og ungdoms bruk av legemidler i senere voksenliv.

En ser at medisinbruk i tidlige barneår kan predikere fremtidig bruk i ungdomsårene. Et slikt mønster ser en også ved selv-medisinering. Forebyggende tiltak som informasjon om riktig bruk av legemidler kan trolig bryte slike negative mønstre, og bidra til rasjonell legemiddelbruk i familier og blant barn og unge [67]. Gode informasjonsstrategier innen legemiddelbruk hos ungdom kan også bidra til større grad av tilslutning til andre sunne atferder som for eksempel tobakkavhold, som en så ofte var assosiert med en høyere prevalens av medisinbruk [45].

1.7.5 Hyppig brukte legemidler blant ungdom

Medikamentene som hyppigst blir brukt av ungdommer er smertestillende, febernedsettende og betennelsesdempende legemidler, og da spesielt blant jenter [41, 44, 46-48, 68].

Smertestillende legemidler er noen av de mest brukte medikamentene i Norge, og det gjelder både det som er reseptfritt og reseptpliktig [69]. En norsk studie som omhandler ungdom og bruk av reseptfrie legemidler, fant at denne aldersgruppen bruker smertestillende for et bredt kontinuum av indikasjoner, alt fra behandling av faktiske smerter til det å kunne mestre hverdagen. Livsstil og atferd kan henge sammen med slik legemiddelbruk som for eksempel uregelmessig søvn og næringstilførsel, dårlig inneklima og stram timeplan, og for disse ungdommene kan legemidler hjelpe dem å fungere i hverdagen. I verste fall kan ungdom bruke smertestillende mot «sjelelig smerte», slik at de med vilje tar en overdose og havner på sykehus [61].

Reseptregisteret, et nasjonalt helseregister som viser salgsstatistikk over reseptbelagte legemidler kjøpt på apotek i Norge, viser at antibiotika er legemidlene som oftest ble skrevet ut på resept til norske ungdommer de siste årene. Det er flere jenter enn gutter som har hentet ut slike medikamenter fra apotek [70]. Tyske ungdommer viser høy prevalens av selvmedisinering av legemidler som virker på det respiratoriske systemet, og de hyppigste indikasjonene for bruk av legemidler hos barn og unge var profylakse eller behandling av forkjølelssymptomer. [47] I Norge er det kun slimhinneavsvellende neseply, febernedsettende og slimløsende hostesaft som kan kjøpes uten resept i dagligvarebutikker eller apotek [63]. Det er ingen salgsregistre og få eller ingen studier som viser prevalensen av bruk av slike legemidler blant norske ungdommer.

Blant jenter i alderen 10-19 år er det p-piller som er det mest brukte reseptpliktige legemiddelet. Andre legemidler som ungdommer henter fra norske apotek er legemidler for allergi og astma. I følge reseptregisteret har omtrent 5 % av ungdommer i Norge i alderen 10-19 år, de siste årene fått foreskrevet psykotrope legemidler som antidepressiva, beroligende og legemidler for søvnvansker og ADHD [70]. Denne lave prevalensen blant ungdommer er også funnet i studier som omhandler selvrapportert legemiddelbruk blant ungdommer i Norge og andre land [43, 68]. Likevel har prevalensen av bruk av beroligende legemidler, legemidler for søvnvansker og ADHD økt blant norske ungdommer de siste årene.[70] Den økende trenden i brukere av slike psykotrope legemidler er også funnet blant amerikanske ungdommer [71].

1.7.6 Norske ungdommers bruk av legemidler i forhold til ungdommer i andre land.

En internasjonal studie fra 2003 sammenlignet bruk av legemidler mot hodepine, magesmerter, søvnevansker og nervøsitet hos ungdom i forskjellige land, og fant at Norge hadde en av de laveste prevalensene av legemiddelbruk blant ungdom [68]. Det er riktignok 10 år siden studien ble utført så trendene kan ha endret seg. I en studie av barn og ungdoms (7-15 år) bruk av legemidler mot ADHD er det vist at norske og islandske barn og ungdommer hadde høyest prevalens av bruk av ADHD-legemidler i Norden. Islandske barn og unge hadde en forekomst av legemiddelbruk for ADHD på 4,7 % og blant norske barn og ungdommer var den 1,8 % [72].

Det er få studier som kartlegger prevalensen av legemiddelbruk blant norske ungdommer, og det er som nevnt ikke alltid slik at funn fra studier i andre land kan generaliseres til norske ungdommer. Land kan ha ulike kulturer og lovverk når det gjelder bruk av legemidler. Tilgjengeligheten av og holdninger til bruk av legemidler kan være ulike hos ungdommer i forskjellige land og samfunn. Norge trenger flere studier som kan kartlegge norske ungdommers legemiddelbruk, og om det har vært en utvikling i prevalensen av legemiddelbruk blant ungdommene med årene. I den sammenheng er det også viktig å undersøke hvilke faktorer eller motiver som henger sammen med eller står bak ungdommers valg i å bruke legemidler.

1.8 FORMÅL

Det ble i perioden 1997-2009 utført 4 tverrsnittundersøkelser på alle de videregående skolene i Førde, Sogn og Fjordane, der en kartla et bredt spekter av forhold innenfor helse, miljø, atferd og livsstil hos ungdom. Deriblant ble det spurt om ungdommers medikamentbruk i løpet av de 4 siste ukene forut for spørreundersøkelsen. Jeg ønsker i denne studien å bruke resultatene av disse undersøkelsene til å se på flere problemstillinger som omhandler ungdom og bruk av legemidler:

1. Ut i fra de symptomer og helseplager som omtales i spørreundersøkelsen, hvilke legemidler bruker ungdom i Sogn og Fjordane?
2. Hvordan har prevalensen av legemiddelbruk blant ungdom i Sogn og Fjordane utviklet seg over en 12 års-periode, fra 1997-2009?
3. Kan en se en sammenheng mellom ungdoms rapporterte helseplager, selvvurderte helse og bruk av legemidler?
4. Er det en sammenheng mellom ungdommers bruk av legemidler og selvvurderte helse mål, sosial integrasjon, risikoatferd, risikofaktorer og beskyttende faktorer i ungdommenes liv?

2. METODE OG MATERIALE

Studien min er basert på et stort datamateriale, og deler av dette har allerede blitt analysert og publisert i andre artikler. Beskrivelsen av materiale og metode er derfor også publisert tidligere. Det som står skrevet i mitt kapittel om metode og materiale baserer seg dermed på methodedelene til disse artiklene [73-76]

2.1 Datainnsamling og studiepopulasjon

Datamateriale i denne studien er hentet fra 4 tverrsnittundersøkelser utført på alle videregående skoler i Førde, Sogn og Fjordane (ca 12 000 innbyggere) i 1997, 2001, 2005 og 2009. Det ble utført en studie hvert 4 år slik at undersøkelsene inkluderte nye elever i hver runde.

Ungdommene som ikke deltok var hovedsakelig dem som ikke var på skolen den dagen

studien ble gjennomført. Tabell 2.1 viser responsraten og antall deltakere hvert år fordelt på kjønn, alder og skoletilhørighet.

Tabell 2.1 Demografi av deltakerne i studien

		Årstall				
		1997	2001	2005	2009	Total (%)
Prosentvis responsrate		91	93	87	90	90
Antall deltakere (%)		828 (25)	837 (25)	776 (23)	914 (27)	3355 (100)
Kjønn (%)	Gutt	445 (54)	417 (50)	395 (51)	412 (45)	1669 (50)
	Jente	380 (46)	420 (50)	380 (49)	499 (55)	1679 (50)
	Total	825	837	775	911	3348
	<i>Mangler data</i>	3	0	1	3	7
Alder (%)	14-17 år	534 (65)	548 (66)	553 (72)	630 (70)	2265 (68)
	18-20 år	195 (24)	210 (25)	190 (25)	286 (30)	863 (26)
	20 år +	95 (12)	79 (9)	24 (3)	9 (1)	207 (6)
	Total	824	837	767	907	3335
	<i>Mangler data</i>	4	0	9	7	20
Skoletilhørighet (%)	Allmennfaglig	367 (44)	451 (54)	387 (50)	432 (47)	1637 (49)
	Yrkesfagfaglig	459 (56)	385 (46)	388 (50)	479 (53)	1711 (51)
	Total	826	836	775	911	3348
	<i>Mangler data</i>	2	1	1	3	7

Undersøkelsene bestod av et spørreskjema som i 1997 inneholdt 77 spørsmål, og som med årene ble utvidet til 82 spørsmål. De fleste av spørsmålene var flervalgsspørsmål som omhandlet et bredt spekter av forhold innenfor helse, demografi, miljø, atferd og livsstil. Omkring halvparten av spørsmålene var basert på WHO's tversnittundersøkelse HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) som omhandler livsstil, helseatferd, selvopplevd helse og sosial integrasjon, alle temaer med relevans i ungdommers liv [77]. Den andre halvparten av spørsmålene ble utformet av Hans Johan Breidablikk i samarbeid med helsesøstre og pedagogisk personale ved de deltagende skolene.

Spørreundersøkelsen ble utført uanmeldt og i forkant av besvarelsen av spørreskjemaet, fikk elevene en kort orientering om anonymitet og at det var frivillig å delta. Deretter fikk de 45 min til å fylle ut spørreskjemaene, og det var en lærer til stede i klasserommet under hele undersøkelsen.

2.2 Målevariabler

Et spørsmål i spørreskjemaet angikk bruk av legemidler: «I løpet av de 4 siste ukene, har du tatt medisiner for noe av dette: hoste, forkjølelse, hodepine, magesmerter, søvnproblemer, nervøsitet/angst, depresjon, ADHD eller noe annet?» Jeg valgte å lage tre utfallsvariabler fra dette spørsmålet, gruppert etter legemidlenes bruksområde. Utfallsvariabelen «Legemidler mot biologisk sykdom» ble satt sammen av bruk av legemidler mot hoste og forkjølelse. Den andre utfallsvariabelen «Legemidler mot psykosomatiske plager» representerte bruk av legemidler mot hodepine, magesmerte og søvnvansker. «Legemidler mot definerte psykiske lidelser» utgjorde den siste utfallsvariabelen og var basert på bruk av legemidler mot nervøsitet og angst, depresjon og ADHD. I årene 2001-2009 var det i tillegg ett spørsmål som angikk bruk av angrepille, der en kunne krysse av for nei, ja, en gang eller ja, flere ganger.

De uavhengige variablene som utfallsvariablene ble målt opp mot ble inndelt i gruppene: selvvurderte helsemål, sosial integrasjon, risikoatferd og risikofaktorer i ungdommenes liv. For enkelthets skyld kaller jeg disse prediktorvariabler videre i teksten selv om de reelt er variabler som samvarierer med utfallet. Alle disse prediktorvariablene var kodet eller ble rekodet slik at svaralternativene ga en stigende grad av helseplager eller negative omstendigheter.

Ettersom mange spørsmål i undersøkelsen dekket samme felt ble flere spørsmål satt sammen i samlevariabler, og det resulterte i seks kontinuerlige samlevariabler og tre kategoriserte samlevariabler, slik det er presentert i tabell 2.2 og 2.3. De kontinuerlige samlevariablene var «Psykosomatiske plager», utformet av fem spørsmål, variabelen «Depresjon og angst», satt sammen av ni spørsmål, «Negativt kroppsbilde» av fire spørsmål, variabelen «Mangel på horisontal støtte» satt sammen av ni spørsmål, «Mangel på foreldrestøtte» av fem spørsmål, og variabelen «Lav Selvtillit» av to spørsmål. Cronbach`s alpha viste god intern reliabilitet for alle samlevariablene med verdier over eller oppunder 0,7 [78]. Jeg har konstruert disse

kontinuerlige samlevvariablene med utgangspunkt i samlevvariabler tidligere skrevet av Meland et al [51], og Dahle et.al [76]. Det ble forsøkt å lage en kontinuerlig samlevvariabel som angikk den sosioøkonomiske status til ungdommenes familie, men dette ga ingen god intern validitet, og en av kategoriene i denne variabelen ble derfor brukt videre enkeltvis.

Jeg laget selv to kategoriske samlevvariabler basert på dikotome svar fra flere spørsmål. En av dem var variabel «Skilsmisse og foreldrekontakt», som ble basert på tre spørsmål angående ungdommenes kontakt med mor og far, og om foreldrene var skilt. Den andre samlevvariabelen var «Negative seksuelle erfaringer», som baserte seg på fem spørsmål om ungdommen hadde hatt samleie og hvilke erfaringer hadde i den forbindelse. I tillegg brukte jeg spørsmål som ikke ble slått sammen i samlevvariabler, men som var enkle kategoriske variabler slik som røyking, alkoholberuselse, selvrapportert helse, skoletilhørighet, fysisk aktivitet utenom skoletid og bruk av angrepille. En oversikt over alle spørsmål fra spørreskjemaet som er brukt i min masteroppgave finnes i vedlegg 1.

Jeg har kalt en av gruppene for selvvurderte helsemål, og jeg ønsker å presisere at den ikke er det samme som kategorivariabelen selvrapportert helse. Sistnevnte representerer et spørsmål i undersøkelsen som direkte spurte ungdommene om deres egen vurdering av sin generelle helse. Gruppen selvvurderte helsemål representerer underkategorier av ungdommenes egenvurderte helse, og inneholder samlevvariablene psykosomatiske plager, depresjon og angst, egenvurdert kroppsbilde og selvtillit. Alle disse gir et mål for ungdommenes helsetilstand.

Validiteten til studiematerialet er diskutert i tidligere publikasjoner [73-76] og ansett å være god. Det ser ut til at ungdommene hadde god forståelse av spørsmålene, ettersom det var lik respons mellom svar på spørsmål som omhandlet samme tema. Spørreskjemaene var også godt besvarte slik en kan se av antall valide svar i tabell 2.2 og 2.3. Det kan diskuteres om ungdommene svarte ærlig på spørsmålene som omfattet stigmatiserende tema som for eksempel angst og depresjon, men ettersom det er vist god reliabilitet mellom variabler som omhandlet samme tema, kan jeg anta at de fleste ungdommene svarte sant.

2.3 Statistikk

Statistiske beregninger ble utført i SPSS 18.0. Jeg brukte Cronbach`s alpha til å måle intern reliabilitet mellom variabler som inngikk i samlevariabler og vurderte videre om de kunne benyttes i studien. Grenseverdien ble satt til å være rundt 0,7 slik at lavere verdier medførte at samlevariabler ble forkastet. Ved hjelp av krysstabulering og chi-square tester så jeg om det var signifikante sammenhenger mellom de ulike utfallsvariablene og de uavhengige kategoriske prediktorvariablene. For å undersøke signifikante sammenhenger mellom utfallsvariablene og de kontinuerlige uavhengige variablene, brukte jeg konfidensintervaller (95 %) til å sammenligne middelværdier for kontinuerlige variabler. Ikke-overlappende konfidensintervaller ble tolket som statistisk signifikante forskjeller mellom grupper. Jeg brukte Explore analyser for å finne middelværdiene med konfidensintervall.

På grunnlag av de foregående analysene, ble utfallsvariabler og uavhengige prediktorvariabler som viste signifikante sammenhenger undersøkt videre i bivariat logistisk regresjonsanalyse. Utfallsvariablene ble dikotomisert og det ble gjort analyser der jeg justerte for de konfunderende effektene til kjønn og alder (bakgrunnsvariabler) på medikamentbruk. Alder var kategorisert i 3 grupper, 14-17 år, 18-20 år og de over 20 år. Funnene ble presentert ved hjelp av OR med 95 % konfidensintervall og signifikans. En p-verdi $< 0,05$ ble brukt som signifikansgrense. I analysene som angikk utviklingen i prevalensen av legemiddelbruk blant ungdommene fra 1997 til 2009, valgte jeg en signifikansgrense med p-verdi $< 0,01$ ettersom antall valide svar var høyt, og jeg ville unngå at forskjeller av tvilsom betydning ble statistisk signifikant

2.4 Etikk

Dataene ble innsamlet, registrert og oppbevart på en slik måte at der ikke er mulighet for personidentifisering. Elevene som deltok i undersøkelsen ble informert om at deltagelsen var frivillig, og at de selv kunne bestemme om de ønsket å la være å svare på alle eller deler av spørsmålene i spørreskjemaet. Besvarte spørreskjemaer ble innlevert i forseglede konvolutter og sendt videre til Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD) for datatilrettelegging.

Tabell 2.2 Spørsmål som inngikk i konstruksjonen av kontinuerlige samlevariabler

Variabel	Svar-Alternativer	Antall valide svar	Cronbach`s alpha	Gjennomsnitt (SD)	Intervall
<i>Psykosomatiske plager (n=3339)</i>			0,74	1,86 (0,823)	1,00-5,00
Hvor ofte i løpet av de siste 6 månedene har du opplevd:					
Hodepine	5 (1-5)	3328			
Magesmerter	5 (1-5)	3307			
Ryggsmertter	5 (1-5)	3316			
Svimmel	5 (1-5)	3313			
Nakke-skulderplager	5 (1-5)	3325			
<i>Negativt kroppsbilde (n=3352)</i>			0,67	3,55(1,23)	1,00-6,00
Prøver du å slanke deg?	3 (1-6)	3320			
Er det noe ved kroppen din du har lyst å forandre?	2 (1-6)	3328			
Hva synes du om kroppen din?	4 (1-6)	3329			
Hva synes du om utseendet ditt?	6 (1-6)	3328			
<i>Lav selvtillit (n=3342)</i>			0,63	3,56 (0,736)	1,00-5,00
Føler du deg hjelpeløs?	5 (1-5)	3337			
Er du sikker på deg selv?	5 (1-5)	3332			

<i>Depresjon og angst (n=3352)</i>			0,83	1,92 (0,748)	1,00-5,00
Hva synes du stort sett om livet ditt for tiden?	3 (1-5)	3332			
Hvor ofte i løpet av de siste 6 månedene har du følt deg nedfor?	5 (1-5)	3317			
Hvor ofte i løpet av de siste 6 månedene har du følt deg irritabel eller i dårlig humør?	5 (1-5)	3324			
Hvor ofte i løpet av de siste 6 månedene har du vært nervøs?	5 (1-5)	3317			
Hvor ofte i løpet av de siste 6 månedene har du hatt søvnevansker?	5 (1-5)	3324			
Hvor ofte i løpet av de siste 6 månedene har du opplevd diffus angst/angstanfall?	5 (1-5)	3320			
Har du siste året hatt sammenhengende perioder på flere dager der du har vært ulykkelig/deprimert eller manglet livslyst?	3 (1-5)	3320			
Har depresjonen vært av en slik grad at det har gått ut over skolen eller dagliglivet?	2 (1-5)	2784			
Har du i perioder tenkt på å gjøre slutt på livet ditt?	3 (1-5)	3269			
<i>Mangel på foreldrestøtte (n=3340)</i>			0,69	2,14 (0,788)	1,00-5,00
Hvis jeg har problemer på skolen, er mine foreldre klar til å hjelpe meg.	5 (1-5)	3300			
Mine foreldre er villig til å gå på møter på skolen for å snakke med lærerne.	5 (1-5)	3279			
Mine foreldre oppmuntrer meg til å gjøre det bra på skolen.	5 (1-5)	3305			
Hvor lett eller vanskelig er det for deg å snakke med din far om ting som plager deg? *	4 (1-5)	2942			
Hvor lett eller vanskelig er det for deg å snakke med din mor om ting som plager deg? *	4 (1-5)	3162			

<i>Mangel på horisontal støtte (n=3352)</i>			0,69	1,88(0,447)	1,00-4,00
Hvor mange gode venner har du i klassen din?	5 (1-4)	3336			
Hvor lett eller vanskelig er det for deg å snakke med venner med samme kjønn om ting som virkelig plager deg?	5 (1-4)	3284			
Hvor lett eller vanskelig er det for deg å snakke med venner med motsatt kjønn om ting som virkelig plager deg?	5 (1-4)	3264			
Hvor mange nære venner har du akkurat nå for tiden?	3 (1-4)	3340			
Hvor ofte er du sammen med venner utenom skoletid?	4 (1-4)	3327			
Hvor mange kvelder i uken er du ute sammen med venner?	8 (1-4)	3304			
Er det lett eller vanskelig for deg å skaffe deg nye venner?	4 (1-4)	3308			

* De som ikke har kontakt med enten mor eller far er registrert som «missing»

Tabell 2.3 Spørsmål som inngikk i konstruksjonen av kategoriske samlevariabler

	Antall	
	valide svar	Andel (%)
<hr/>		
<i>Foreldrekontakt (n=3147) *</i>		
Kontakt med begge foreldre	2869	91,2
Kontakt med kun mor eller far	212	6,7
Har ikke kontakt med noen av foreldrene	66	2,1
<i>Skilsmisse og foreldrekontakt (n=3006)</i>		
Foreldrene er ikke skilt**	2318	77,1
Foreldrene er skilt og har kontakt med begge foreldre	538	17,9
Foreldre er skilt og har kontakt med en eller ingen av foreldrene **	150	5,0
<i>Negative seksuelle erfaringer (n=3319)</i>		
Har ikke debutert seksuelt	1520	45,8
Har debutert seksuelt, men ingen negativ erfaring	1458	43,9
Har debutert seksuelt, og har angret eller følt seg presset	257	7,7
Har blitt utsatt for seksuelt overgrep	84	2,5

* Denne samlevariabelen ble brukt for å lage samlevariabelen «Skilsmisse og foreldrekontakt.»

**De ungdommer som ikke traff noen av foreldrene sine (n = 21) ble lagt innunder disse gruppene, avhengig av om foreldrene var skilt eller ikke

3. RESULTATER

3.1 Legemiddelbruken blant ungdommer i Førde, Sogn og Fjordane relatert til helseplager.

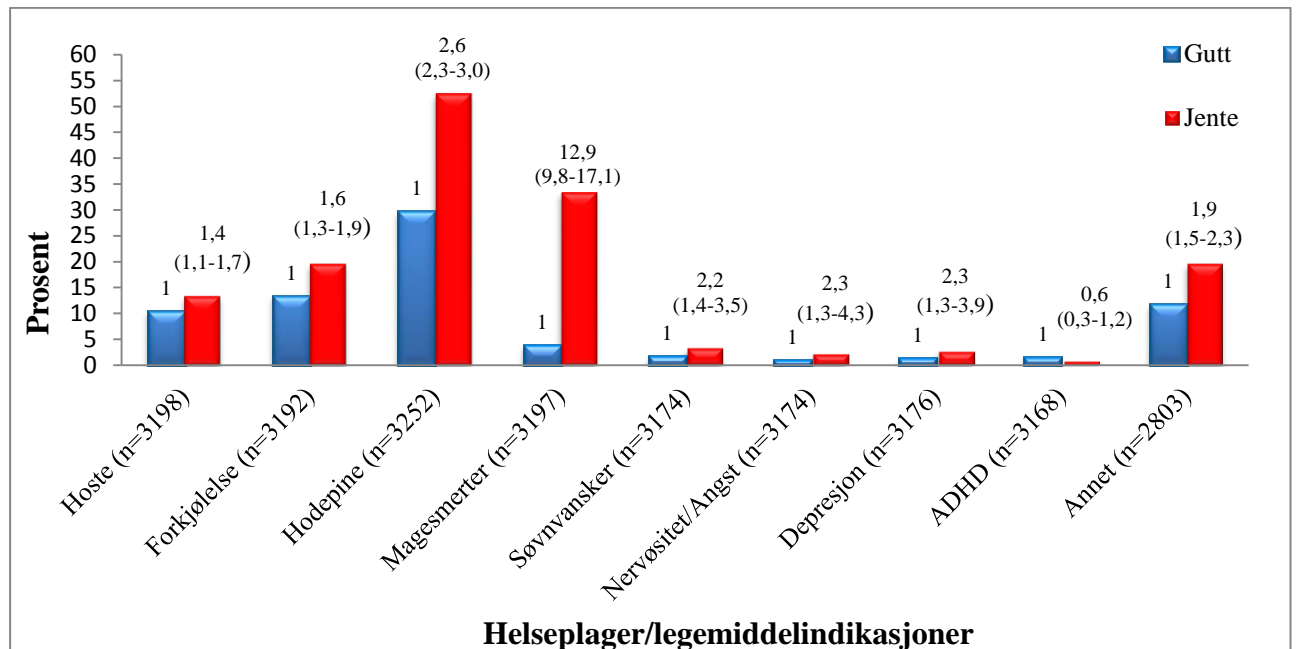
Omtrent halvparten, 54 %, av ungdommene hadde brukt legemiddel mot minst en helseplage i løpet av de siste fire ukene forut for undersøkelsen. Tabell 3.1 gir en oversikt over den prosentvise andelen av ungdommene som brukte legemidler mot de angitte helseplagene, og figur 3.1 viser kjønnsfordeling i bruken av legemidlene. Det var signifikante forskjeller mellom kjønnene og bruk av legemiddel mot alle de angitte helseplagene, bortsett fra bruk av legemiddel mot ADHD. Tallene over søylene i figur 3.1 er odds ratio for bruk av de angitte legemidlene, og konfidensintervallet er gitt i parentes. Guttene var sammenligningskategori. En ser jevnt over at flere jenter enn gutter hadde brukt legemidler mot de fleste helseplagene utenom ADHD. Magesmerter var den helseplagen hvor forskjellen i prevalensen av legemiddelbruk mellom kjønnene var størst, og jentenes odds ratio for å ha brukt legemiddel mot magesmerter var 12,9. Legemidler mot hodepine var den mest rapporterte legemiddelindikasjonen hos både jenter og gutter, og 41,1 % av ungdommene i studien rapporterte at de hadde brukt et slikt legemiddel. Når det gjelder prevalensen av ungdommer som hadde brukt psykotrope legemidler (legemidler mot angst, depresjon, søvnvansker og ADHD) var den 4 %.

De fleste av ungdommene i studien var i aldersgruppen 14-17 år. Når det gjaldt aldersinndeling og bruk av legemidler mot de angitte helseplagene i tabell 3.1, var det ikke store forskjeller mellom de ulike aldersgruppene. Blant jentene var det en liten økning i prevalensen av legemiddelbruk for hodepine, søvnvansker, nervøsitet og angst, depresjon og ADHD med økende alder, men det var kun legemiddelbruk for depresjon som viste signifikante forskjeller mellom aldersgruppene. Hos guttene var det også en liten, men signifikant økende forekomst i bruk av legemidler mot depresjon med økende alder.

Tabell 3.1 Prevalens i prosent av legemiddelbruk for de angitte helseplagene

Legemiddelindikasjon:		Antall ungdommer (%)
Hoste		11,9
Forkjølelse		16,5
Samlevvariabel	Biologisk sykdom	19,4
Hodepine		41,1
Magesmerter		18,6
Søvnvansker		2,5
Samlevvariabel	Psykosomatiske plager	44,5
Nervøsitet/Angst		1,5
Depresjon		1,9
ADHD		1,1
Samlevvariabel	Definerte psykiske lidelser	2,8
Annet		15,6

Antall respondenter på spørsmål om legemiddelbruk varierte fra 2880 til 3257 for de ulike legemiddelindikasjonene.



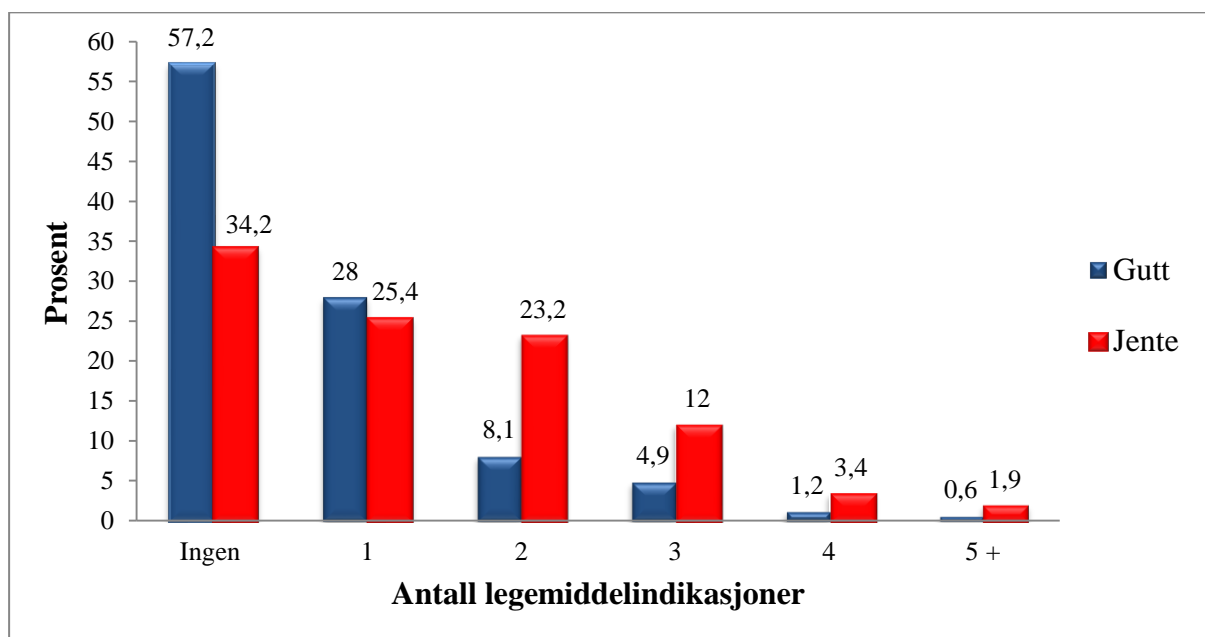
Figur 3.1 Kjønnssindelt bruk av legemidler mot angitte symptomer og helseplager, der søylene for jenter er merket med odds ratio og KI i forhold til gutters bruk.

Omtrent halvparten av ungdommene i studien min rapporterte at de hadde debutert seksuelt. Blant jentene som var seksuelt aktive, var det 26,4 % som hadde brukt angrepille minst en gang, og 17,7 % som hadde brukt angrepille mer enn en gang i forbindelse med ubeskyttet samleie. Det var gutter i studien som rapporterte at de hadde hatt samleie og brukt angrepille, men ettersom det er et legemiddel som kun kan tas av jenter ble disse utelatt fra analysene.

Figur 3.2 viser at det var flere jenter enn gutter som hadde brukt legemiddel mot mer enn en helseplage den siste tiden. Chi-square tester ($p = 0,00$) fant at sammenhengen mellom kjønn og antall legemiddelindikasjoner var signifikant. Over hver søyle er det angitt den prosentvise prevalensen av legemiddelbruk for de ulike antall legemiddelindikasjoner. Med betegnelsen antall legemiddelindikasjoner menes antall helseplager som ungdommer har rapportert at de har brukt et legemiddel for. Dersom antall legemiddelindikasjoner er to, betyr det at ungdommen for eksempel har brukt legemiddel mot hodepine og magesmerter. Det ble ikke spurt om hvilket legemiddel, og hvor mange legemidler ungdommen hadde brukt mot den angitte helseplagen. Blant guttene var det 43 % som hadde brukt legemiddel mot minst en av de angitte helseplagene i studien. Tilsvarende tall for jentene var 67 %. Figur 3.2 viser at det var sjeldent at ungdommene brukte legemidler mot mer enn 4-5 legemiddelindikasjoner, og at det hos jentene var omtrent like mange som hadde brukt legemiddel mot en, som to helseplager den siste tiden.

3.2 Prevalensen av legemiddelbruk blant ungdommer i Førde, Sogn og Fjordane over en 12-års periode fra 1997 til 2009.

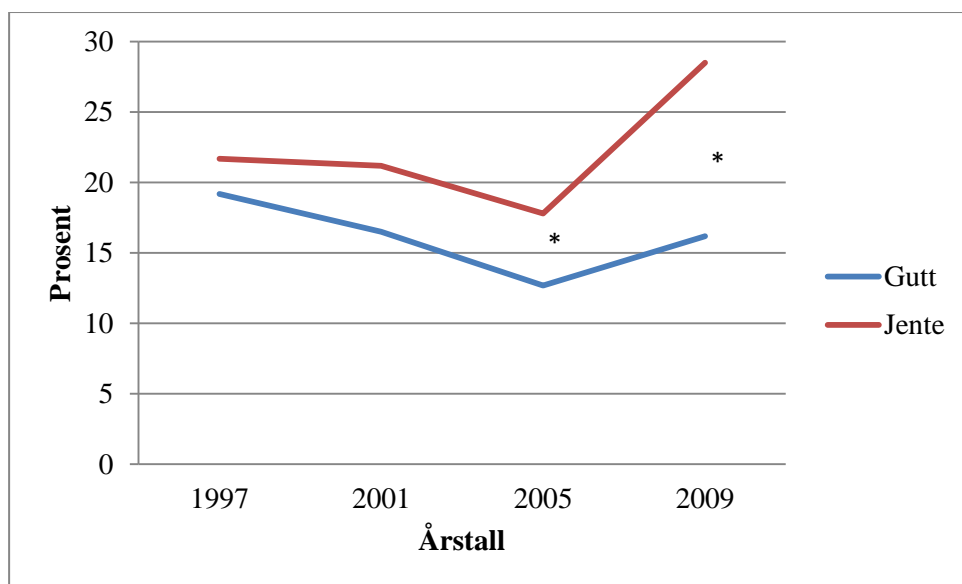
Figur 3.3-3.5 viser utviklingen i bruk av legemidler hos ungdommene i Førde, Sogn og Fjordane fra 1997-2009. Signifikansnivået til disse analysene ble satt til 1 % ettersom studiematerialet var så stort. Helseplager og symptomer som kategoriseres som biologisk sykdom i studien min er hoste og forkjølelse. Når det gjelder psykosomatiske plager gjengir det hodepine, magesmerter og søvnevansker. Nervøsitet og angst, depresjon og ADHD omtales i studien som definerte psykiske lidelser.



Figur 3.2 Kjønnssindelt prosentvis prevalens av legemiddelbruk for antall legemiddelindikasjoner.

3.2.1 Legemidler mot biologisk sykdom

Figur 3.3 viser at prevalensen av legemiddelbruk for biologisk sykdom hadde en liten nedgang fra 1997 til 2005, men at forekomsten deretter steg fra 2005 til 2009. Kun endringen i antall legemiddelbrukere fra 2005 til 2009, der prevalensen steg fra 15 % til 23 %, var statistisk signifikant. Jentene hadde i hele perioden 1997-2009 en litt høyere prevalens i bruk av legemidler mot biologisk sykdom enn guttene, og det var signifikante forskjeller mellom kjønnene i 2005 og 2009. Det var ikke store forskjeller i bruk av legemidler mellom de ulike aldersgruppene, og det var kun i 1997 at forskjellene var statistisk signifikant mellom aldersgruppene 14-17 år og 18-20 år. Da var forekomsten av legemiddelbruk høyere for aldersgruppen 18-20 år (26 %) enn aldersgruppen 14-17 år (18 %). Det var en sterk nedgang i antall ungdommer over 20 år i studien fra 1997 til 2009, noe som medførte store svingninger i kurvene for alle utfallsvariablene når det gjaldt prevalensen av legemiddelbruk med årene. Det gjør at jeg videre ikke kommenterer denne aldersgruppen.



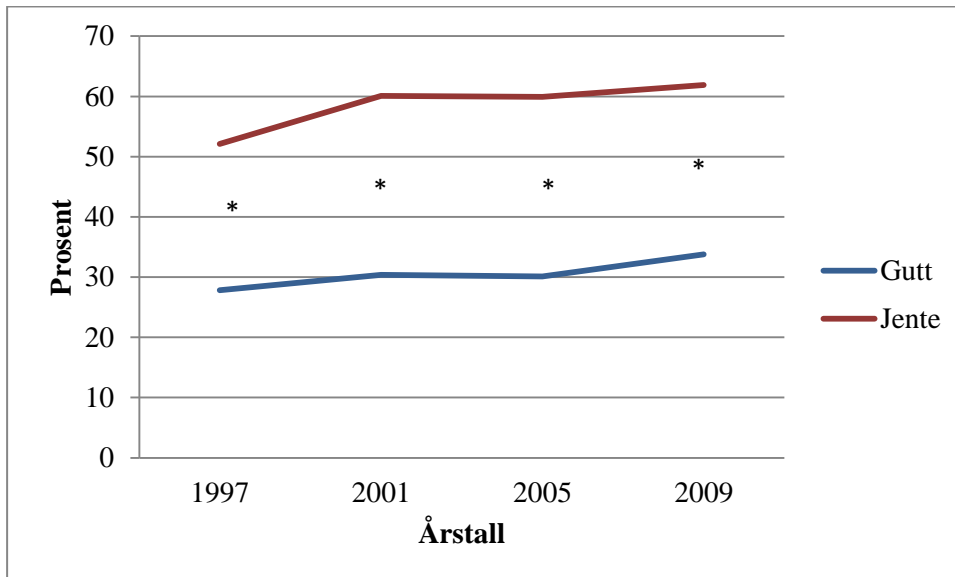
Figur 3.3 Kjønnssinndelt utvikling i bruk av legemidler mot biologisk sykdom blant ungdommene i Sogn og Fjordane fra 1997 til 2009.

*Det er signifikant forskjell i prevalensen av legemiddelbruk for kjønnene samlet, fra 2005 til 2009. Det var signifikante forskjeller i bruk av legemidler mellom kjønnene i 2005 og 2009.

3.2.2 Legemidler mot psykosomatiske plager

Figur 3.4 viser at prevalensen i bruk av legemidler mot psykosomatiske plager var høy blant ungdommene, og at den økte fra 1997 til 2009. Denne stigningen var ikke jevn, og kurven viser at legemiddelbruken blant ungdommene var omtrent like stor i 2001 og 2005. I 2009 hadde omtrent 50 % av ungdommene brukt minst ett legemiddel mot psykosomatiske plager i løpet av de 4 siste ukene forut for spørreundersøkelsen. Dette er en økning på omtrent 25 % i forhold til det som ble rapportert i 1997. Vi ser i figur 3.4 at det var flere jenter enn gutter som hadde brukt legemidler mot psykosomatiske plager, og forskjellen mellom kjønnene var omtrent stabil i størrelse fra 2001 til 2009 på omtrent 100 %. Denne kjønnsforskjellen er mye større enn den er ser i figur 3.3 og 3.5, når det gjelder bruk av legemidler mot biologisk sykdom, og definerte psykiske lidelser. Etter å ha sett på utviklingen i bruk av legemidler for helseplagene under psykosomatiske plager hver for seg, fant jeg at det var signifikant økning i prevalensen av legemiddelbruk mot hodepine og søvnvansker fra 1997 til 2009. Det samme gjaldt ikke for bruk av legemidler mot magesmerter.

Det var ikke signifikante forskjeller i prevalensen av legemiddelbruk mot psykosomatiske plager mellom de ulike aldersgruppene.



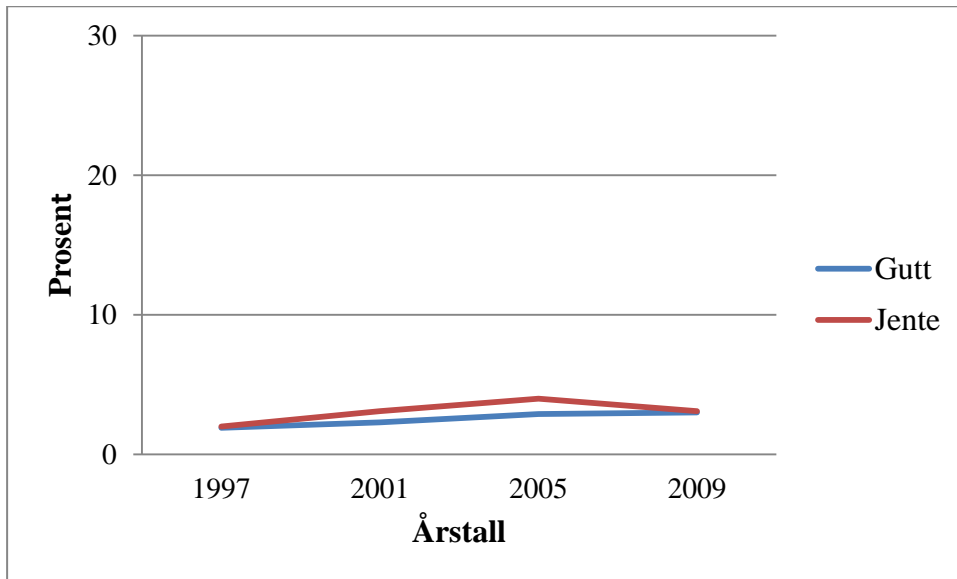
*Det er signifikante forskjeller i prevalens av legemiddelbruk for kjønnene samlet, fra 1997 til 2001 og, fra 1997 til 2009. Det var signifikante forskjeller i bruk av legemidler mellom kjønnene alle årstallene

Figur 3.4 Kjønnssindelt utvikling i bruk av legemidler mot psykosomatiske plager blant ungdommene i Sogn og Fjordane fra 1997 til 2009.

3.2.3 Legemidler mot definerte psykiske lidelser.

En liten andel av ungdommene i studien rapporterte bruk av legemidler mot definerte psykiske lidelser. Figur 3.5 viser at prevalensen av legemiddelbruk for definerte psykiske lidelser har vært noenlunde stabilt fra 1997 til 2009. I 1997 rapporterte 1,9 % av ungdommene at de hadde brukt minst ett legemiddel mot definerte psykiske lidelser, og i 2009 hadde tallet steget til 3,1 % av ungdommene, men denne stigningen var ikke statistisk signifikant. I figur 3.5 ser en at det var noe flere jenter enn gutter som hadde brukt legemidler for definerte psykiske lidelser, men forskjellen i legemiddelprevalens mellom kjønnene var ikke signifikant. Endringene i ungdommenes bruk av legemiddel mot ADHD var det eneste av legemidlene under utfallsvariabelen «Legemidler mot definerte psykiske lidelser», som viste en signifikant forskjell i prevalensen av legemiddelbruk fra 1997 til 2009. Jeg fant signifikante forskjell i bruk av legemidler mot definerte psykiske lidelser mellom aldersgruppene 14-17 år og 18-20 år i 2001, men ikke de andre årene. Det var i 2001 høyest

forekomst av slik legemiddelbruk blant aldersgruppen 18-20 år (4,5 %) i forhold til ungdom i aldersgruppen 14-17 år (1,8 %).



Figur 3.5 Kjønnssindelt utvikling i bruk av legemidler mot definerte psykiske lidelser blant ungdommene i Sogn og Fjordane fra 1997 til 2009.

*Det er ingen signifikante forskjeller i prevalensen av legemiddelbruk mellom de ulike årene, eller mellom kjønnene de angitte årstallene.

3.3 Sammenhengen mellom ungdoms rapporterte helseplager, selvvalgte helse og bruk av legemidler.

Resultatene mine viser en signifikant sammenheng mellom ungdommenes rapportering av helseplager og bruk av legemidler for dem. Desto oftere ungdommene opplevde en helseplage, jo flere hadde brukt legemidler for den helseplagen de siste 4 ukene før spørreundersøkelsen.

Ungdommenes rapportering av hodepine, magesmerter og angstplager viser et lineært forhold mellom økende frekvens av helseplagen, og forekomsten av legemiddelbruk for den. Av de ungdommer som opplevde hodepine hver dag, hadde 79 % av dem brukt legemiddel for hodepine minst en gang i løpet av de siste 4 ukene før undersøkelsen. Det var omtrent 56 % av de som rapporterte magesmerter mer enn en gang i uken, og 39 % av de som rapporterte magesmerter hver dag, som ikke hadde brukt legemiddel for magesmerter. Av de ungdommene som opplevde angst mer enn en gang i uken, så hadde omtrent 16 % av dem

brukt legemiddel for angst, og prevalensen for ungdommene som rapporterte angst omtrent hver dag var 25 %.

Når det gjelder helseplagene søvnevansker og det å føle seg nedfor, er kurvene mer eksponentielle i forholdet mellom frekvensen av helseplagene og bruk av legemiddel for dem. Av de ungdommene som rapporterte søvnevansker omtrent hver dag, var det omtrent kun 17 % som hadde brukt legemiddel mot dette, mens tallet var omtrent 7 % for de som hadde søvnevansker mer enn en gang per uke. Det var få ungdommer som hadde brukt legemiddel mot depresjon, til tross for at de følte seg nedfor mer enn en gang per uke eller omtrent hver dag. Det var kun 16 % av dem som følte seg nedfor hver dag som rapporterte bruk av legemiddel for depresjon.

Av ungdommene i min studie var det 62 % som rapporterte at de anså helsen sin som god. Det var flere ungdommer som vurderte helsen sin som svært god (25%), enn ungdommer som mente at de ikke hadde særlig god helse (13%). Ungdommenes oppfatning av egen helse er en signifikant prediktor for bruk av legemidler. Svært god helse ble satt som sammenligningskategori, og har OR lik 1. Ungdom som mente de hadde god SRH hadde en OR på 1,59 (KI:1,32-1,91) for å ha bruk legemidler mot psykosomatiske plager. Det ble ikke funnet signifikante forskjeller mellom svært god og god SRH når det gjaldt bruk av legemidler mot definerte psykiske lidelser. Ungdommene som vurderte helsen sin som svært dårlig hadde en OR på 2,81 (KI:2,16-3,65) for å ha brukt legemidler mot psykosomatiske plager og OR lik 3 (KI:2,00-7,23) for å ha brukt legemidler mot definerte psykiske lidelser. Når det gjaldt bruk av legemidler mot biologisk sykdom viste det seg at ungdommene som vurderte helsen sin som god (OR lik 1,46 (KI: 1,16-1,84)), og svært dårlig (OR lik 1,57 (KI:1,15-2,15)) hadde noen lunde like OR for å ha brukt legemidler for biologisk sykdom.

3.4 Sammenheng mellom ungdommers bruk av legemidler og selvvalgte helse mål, sosial integrasjon, risikofaktor, risikofaktorer og beskyttende faktorer i ungdommens liv og omgivelser

Tabell 3.2 til 3.5 viser en oversikt over ulike prediktorvariabler og odds ratio for bruk av legemidler mot psykosomatiske plager og definerte psykiske lidelser. Tilsvarende analyser ble utført med utfallsvariabelen legemidler mot biologisk sykdom, men sammenhengene var

ubetydelige og bare unntaksvis statistisk signifikante, så jeg valgte dermed ikke å gjengi denne utfallsvariabelen.

3.4.1 Selvvurderte helsemål.

Det å kjenne psykosomatiske plager, angst og depresjon, ha et negativt kroppsbilde og mangel på selvtillit, er alle faktorer som kan assosieres med manglende resiliens blant ungdommer som har opplevd negative livshendelser, og det er variabler som representerer mål for selvvurdert helse. Tabell 3.2 viser prediktorvariabler med odds ratio for at ungdommene har brukt legemidler mot psykosomatiske plager og definerte psykiske lidelser innen kategorien selvvurderte helsemål.

Tabell 3.2 Prediktorvariabler innen kategorien selvvurderte helsemål og bruk av legemidler

		Bruk av legemidler mot psykosomatiske plager		Bruk av legemidler mot definerte psykiske lidelser	
		OR	95 % KI	OR	95 % KI
Helseplager	Psykosomatiske plager	2,35	2,11-2,62	2,32	1,88-2,87
	Depresjon og angst	1,48	1,34-1,64	4,17	3,29-5,28
Selv-oppfatning	Negativt kroppsbilde	1,20	1,12-1,28	1,40	1,15-1,70
	Mangel på selvtillit	0,84	0,75-0,93	0,30	0,23-0,40

De kontinuerlige samlevareblene er kodet slik at økende verdier representerer en økende grad av helseplager, negativt kroppsbilde og dårlig selvtillit.

Den kontinuerlige samlevareblen for psykosomatiske plager (inneholder; hodepine, magesmerter, ryggmerter, nakke-skulderplager og svimmelhet) er en signifikant prediktor for bruk av legemidler mot både psykosomatiske plager og definerte psykiske lidelser. Odds ratio for at en ungdom i Førde hadde brukt legemiddel mot psykosomatiske plager de siste ukene, økte med en faktor på 2,4 per stigende enhet innen samlevareblen psykosomatiske plager. Samme tall for bruk av legemiddel for definerte psykiske lidelser var 2,3. Det vil si at oddsen for at ungdommene hadde brukt et legemiddel mot psykosomatiske plager eller definerte psykisk lidelser økte jo mer alvorlige og omfattende de rapporterte psykosomatiske plager var. For prediktorvariablene depresjon og angst og negativt kroppsbilde fant jeg også slike økende verdier for prevalensen av legemiddelbruk for psykosomatiske plager og definerte

psykiske lidelser. Disse odds ratioverdiene er presentert i tabell 3.2 Prediktorvariablene mangel på selvtillit viste OR verdier under 1, noe som betyr at ungdommene som rapporterte lav selvtillit hadde en lavere OR for å ha brukt legemidler mot psykosomatiske plager og definerte psykiske lidelser, enn ungdommer med høy selvtillit.

3.4.2 Sosial integrasjon og foreldrestøtte.

Tabell 3.3 viser prediktorvariablene i kategorien sosial integrasjon og støtte. Mangel på foreldrestøtte viste seg å ha betydning for bruk av legemidler mot definerte psykiske lidelser (OR 1,38). Desto mindre støtte ungdommene fikk fra sine foreldre, jo større var sannsynligheten for at de hadde brukt legemidler mot definerte psykiske lidelser. Prediktorvariabelen viste imidlertid ikke signifikant sammenheng med ungdommenes rapporterte bruk av legemidler mot psykosomatiske plager.

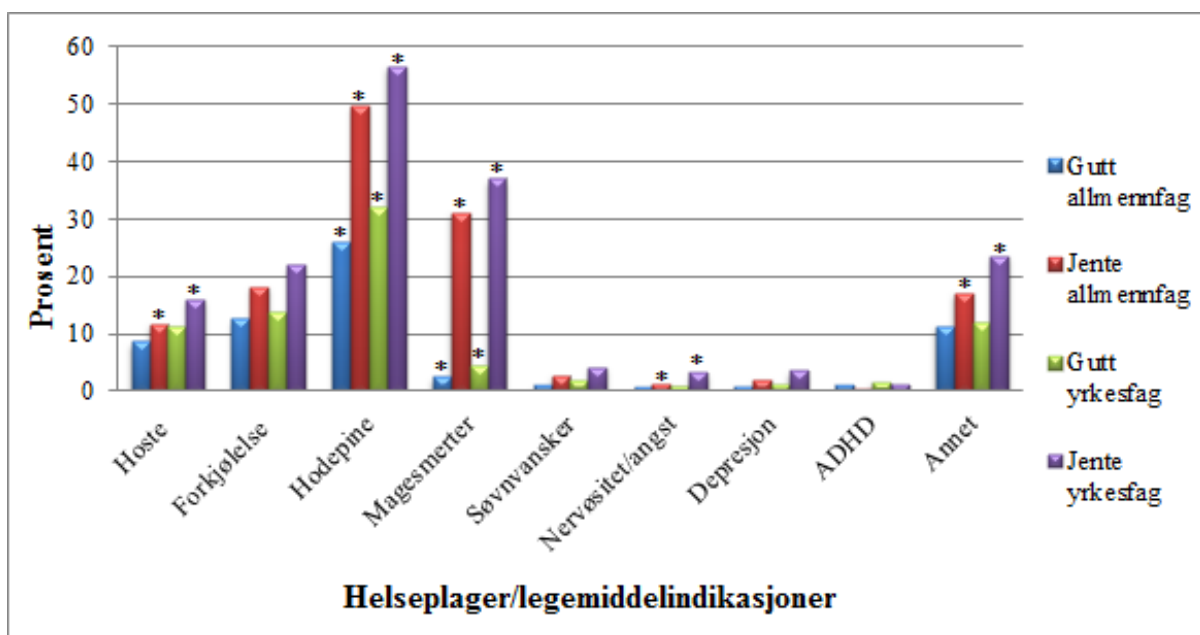
Tabell 3.3. Prediktorvariabler innen kategorien sosial integrasjon og bruk av legemidler

		Bruk av legemidler mot psykosomatiske plager		Bruk av legemidler mot definerte psykiske lidelser	
		OR	95 % KI	OR	95 % KI
Støtte	Mangel på foreldrestøtte	1,02	0,92-1,12	1,38	1,07-1,78
	Mangel på horisontal støtte	0,81	0,68-0,96	1,43	0,91-2,26
Skole-tilhørighet	Allmennfaglig	1		1	
	Yrkesfaglig	1,45	1,24-1,69	1,72	1,08-2,73

De kontinuerlige samlevariablene er kodet slik at økende verdier representerer dårligere sosial støtte.

Hvis ungdommer rapporterte mangel på horisontal støtte var det mindre sannsynlig (OR 0,81) at de hadde brukt legemidler mot psykosomatiske plager, i forhold til ungdommer med god horisontal støtte. Det vil si at jo mindre støtte ungdommene fikk fra sine jevnaldrende, desto lavere var sannsynligheten for at de hadde brukt legemidler mot psykosomatiske lidelser. Det var ikke noen signifikant sammenheng mellom denne variabelen og ungdommenes rapporterte bruk av legemidler mot definerte psykiske lidelser.

Omtrent seks av ti gutter og fire av ti jenter i studien min rapporterte at de gikk på yrkesfaglige skoler. Skoletilhørighet hadde en signifikant betydning for rapportert bruk av legemidler. Tabell 3.3 viser OR for bruk av legemidler mot psykosomatiske plager og definerte psykiske lidelser for elever i yrkesfaglig skole sammenlignet med elever i allmennfaglig skole. Figur 3.6 viser prevalens av bruk av de ulike legemiddelgruppene fordelt på kjønn og skoletilhørighet, og en ser at jenter som gikk på yrkesfaglige skoler jevnt over har høyest forekomst av legemiddelbruk for de angitte helseplagene. I den bivariate regresjonsanalysen der jeg sammenlignet skoletilhørighet og bruk av legemidler mot psykosomatiske plager, fant jeg at kjønn ga en høyere odds ratio enn alder. Det betyr at kjønn i den sammenheng er en sterkere prediktorvariabel enn skoletilhørighet. Jeg fant ikke tilsvarende resultat når det gjaldt bruk av legemidler mot definerte psykiske lidelser.



Figur 3.6 Bruk av legemidler mot angitte symptomer og helseplager etter kjønn og skoletilhørighet.

*Signifikante forskjeller mellom yrkesfaglige og allmennfaglige elever, kjønn hver for seg.

3.4.3 Risikoatferd

Tabell 3.4 viser sammenhenger mellom risikoatferd og legemiddelbruk. Røyking og overstadig beruselse omtales i litteraturen som risikoatferder [3], og resultatene mine viser at ungdommene som rapporterte daglig røyking, eller hadde vært alkoholberuset mer enn 10 ganger, hadde økt sannsynlighet for å ha brukt legemidler mot både psykosomatiske plager og

definerte psykiske lidelser. Jeg fant sterkest sammenheng mellom disse risikoatferdene og bruk av legemidler mot definerte psykiske lidelser, der OR for daglige røykere var 2,83 og for ungdom som hadde vært alkoholberuset mer enn 10 ganger var OR 2,45.

Tabell 3.4. Prediktorvariabler innen kategorien risikoatferd og bruk av legemidler

		Bruk av legemidler mot psykosomatiske plager		Bruk av legemidler mot definerte psykiske lidelser	
		OR	95 % KI	OR	95 % KI
Røyking	Er ikke daglig røyker	1		1	
	Er daglig røyker	1,85	1,54-2,23	2,83	1,81-4,42
Alkoholberuselse	Har ikke vært overstadig beruset mer enn 10 ganger	1		1	
	Har vært overstadig beruset mer enn 10 ganger	1,48	1,26-1,73	2,45	1,58-3,80
Fysisk aktivitet utenom skoletid	Ingen	1		1	
	½-1 time per uke	1,15	0,90-1,48	0,48	0,25-0,91
	2-4 timer per uke	0,94	0,75-1,18	0,41	0,22-0,74
	Over 4 timer per uke	0,71	0,56-0,90	0,46	0,26-0,83
Angrepille	Har ikke brukt angrepille	1		1	
	Har brukt angrepille 1 gang	0,78	0,54-1,12	1,54	0,61-3,88
	Har brukt angrepille flere ganger	1,43	0,92-2,25	3,64	1,57-8,46

Det å være fysisk inaktiv kan ses på som en risikoatferd ettersom det kan føre til en rekke helsefarer som for eksempel fedme. Samtidig kan fysisk aktivitet bidra til bedre selvopplevd helse, og på den måten være en protektiv faktor [21]. Over halvparten av ungdommene i studien min rapporterte at de var fysisk aktive mer enn 4 timer utenom skoletid hver uke, og det var denne gruppen av ungdommer som hadde lavest odds ratio for å ha brukt legemidler den siste tiden. Resultatene mine viser at ungdommer som var fysisk aktiv mer enn 4 timer i

uken utenom skolen, hadde en lavere OR for å bruke legemidler mot psykosomatiske plager, enn ungdommer som trente mindre enn det. Ungdommer som trente utenom skoletid hadde en lavere prevalens for å bruke legemidler mot definerte psykiske lidelser enn ungdommer som var inaktive.

Ungdom rapporterte også om de hadde brukt angrepille en eller flere ganger. Det å ha sex uten å være beskyttet for graviditet eller seksuelt overførbare sykdommer omtales i litteraturen som en risikoatferd [3]. Kun jenter som rapporterte at de var seksuelt aktive ble tatt med i analysen av legemiddelbruk for psykosomatiske plager eller definerte psykiske lidelser, i forhold til bruk av angrepille. Det var en sterk sammenheng mellom å ha brukt angrepille mer enn en gang og sannsynlighet for å ha brukt legemidler mot definerte psykiske lidelser (OR 3,64). Det var ikke signifikante funn for bruk av legemidler mot psykosomatiske plager.

3.4.4 Risikofaktorer i ungdommenes liv

Risikofaktorer kan bidra til at unge blir utsatt for negative utfall som for eksempel deltagelse i risikoatferder eller opplevelse av helseplager [3], som igjen kan føre til at de trenger å bruke legemidler. Tabell 3.5 viser sammenhengen mellom bruk av legemidler mot definert psykisk sykdom og psykosomatiske plager og prediktorvariabler innenfor kategorien risikofaktorer. Ungdommene som rapporterte at foreldrene var skilt og at de hadde tapt kontakt med en eller begge foreldre, viste en økt sannsynlighet for å ha brukt legemidler mot både psykosomatiske plager (OR 2) og definerte psykiske lidelser (OR 5.2), i forhold til ungdommer som ikke hadde skilte foreldre og kontakt med begge. Det var ingen signifikant forskjell i rapportert bruk av legemidler mot psykosomatiske plager mellom de som ikke hadde skilte foreldre og de som hadde skilte foreldre, men kontakt med begge. Imidlertid var det en OR på 1,9 for bruk av legemidler mot definerte psykiske lidelser, for de ungdommer som hadde skilte foreldre, men kontakt med begge.

Tabell 3.5 viser sammenhengen mellom ungdommer som har opplevd negative seksuelle hendelser og bruk av legemidler mot psykosomatiske plager og definerte psykiske lidelser. Ungdommer som ikke hadde debutert seksuelt ble satt som sammenligningskategori, og en så at ungdommer som var seksuelt aktive hadde høyere sannsynlighet for å ha brukt legemidler. Høyest odds ratio viste ungdommer som rapporterte at de hadde vært utsatt for seksuelle

overgrep med en OR på 3,2 for å ha brukt legemidler mot psykosomatiske plager, og på 9,2 for å ha brukt legemidler mot definerte psykiske lidelser.

Verken mobbing eller familieøkonomi viste signifikant betydning for bruk av legemidler mot psykosomatiske plager og definerte psykiske lidelser.

Tabell 3.5 Prediktorvariabler innen kategorien risikofaktorer i ungdommenes liv og bruk av legemidler

		Bruk av legemidler mot psykosomatiske plager		Bruk av legemidler mot definerte psykiske lidelser	
		OR	95 % KI	OR	95 % KI
Skilsmisse og foreldre-	Foreldre er ikke skilt og har kontakt med begge foreldre	1		1	
Kontakt	Foreldre er skilt og har kontakt med begge foreldre	1,12	0,91-1,37	1,87	1,06-3,30
	Foreldre er skilt og har kontakt med en eller ingen av foreldrene.	2,00	1,34-2,99	5,21	2,58-10,5
Negative seksuelle erfaringer	Har ikke hatt samleie	1		1	
	Har hatt samleie, men ingen negative erfaringer	1,64	1,40-1,93	1,91	1,10-3,30
	Har hatt samleie og har angret og/eller følt seg presset	1,78	1,33-2,39	4,80	2,41-9,55
	Har hatt samleie og det var et overgrep	3,16	1,87-5,33	9,19	3,96-21,3

4. DISKUSJON

4.1 Hovedfunn i studien

Jeg fant i studien min at omtrent halvparten av ungdommene i Førde, Sogn og Fjordane fra 1997 til 2009, hadde brukt legemiddel mot minst en helseplage i løpet av de fire siste ukene forut for spørreundersøkelsen. Jentene rapporterte en høyere forekomst av legemiddelbruk enn guttene, og jeg fant at den vanligste helseplagen som ungdommene brukte legemiddel for var hodepine. Resultatene mine viser en signifikant økning i prevalensen av legemiddelbruk blant ungdommene i Sogn og Fjordane, fra 1997 til 2009 angående legemidler for psykosomatiske plager (hodepine, magesmerter og søvnevansker), og fra 2005 til 2009 vedrørende legemidler mot biologisk sykdom (hoste og forkjølelse). Disse resultatene kan ha en sammenheng med LUA-ordningen som kom i 2003. Det var omtrent 3 % av ungdommene i studien som rapporterte at de hadde brukt legemidler mot definerte psykiske lidelser (depresjon, angst og ADHD), og prevalensen av legemiddelbruk forble stabil fra 1997 til 2009, bortsett fra bruk av legemidler mot ADHD som steg fra 1997 til 2009.

Jeg fant videre i studien min at det var en signifikant sammenheng mellom ungdommenes hyppighet av helseplager og antall ungdommer som hadde brukt legemidler for dem. Jeg så samtidig at faktorer innen selvvalgte helse mål, sosial integrasjon, risikoatferd og risikofaktorer i ungdommenes liv, viste sammenhenger med prevalensen av legemiddelbruk. Spesielt sterke assosiasjoner fant jeg når det gjaldt prediktorvariablene psykosomatiske plager, depresjon og angstplager, lav selvvalgt helse, skilsmisse og tapt foreldrekontakt, og negative seksuelle erfaringer. Når det gjaldt risikoatferdene, røyking, alkoholberuselse, fysisk inaktivitet og gjentakende bruk av angrepille, viste disse sterke sammenhenger med bruk av legemidler for definerte psykiske lidelser. Jeg fant at mangel på selvtillit og redusert integrasjon med venner var forbundet med lavere forekomst av legemiddelbruk for psykosomatiske plager blant ungdommene. Mangel på selvtillit viste også tilsvarende funn for bruk av legemidler mot definerte psykiske lidelser. Riktig bruk av legemidler kan representere en akseptabel mestringsstrategi for ungdom og derved være assosiert med resiliensfaktorer som selvtillit og vennekontakt. Dersom imidlertid bruken av legemidler blir ukritisk kan det føre til helseplager. Jeg manglet data som kunne skille mellom bruk og misbruk av legemidler.

Legemidler mot de angitte helseplagene i studien min har forskjellig tilgjengelighet for kjøp. Legemidler mot biologisk sykdom som hoste og forkjølelse kan hovedsakelig kjøpes i apotek og dagligvarebutikker uten behov for resept. Det samme gjelder legemidler mot psykosomatiske plager som hodepine og magesmerter. Bruk av slike legemidler kan dermed være på eget ansvar som ved selvmedisinering. Når det gjelder bruk av legemidler mot søvnavansker og definerte psykiske lidelser som depresjon, angst og ADHD er dette legemidler som kun kan skaffes ved hjelp av resept fra lege.

4.2 Styrker ved studien

I min studie ble det brukt spørreskjema for å kartlegge legemiddelbruk i en befolkning, og man kan dermed innsamle informasjon om bruk av både reseptbelagte og reseptfrie legemidler. En kan også spørre deltagere direkte om de har brukt legemidler, i motsetning til om man bruker data fra for eksempel det norske reseptregisteret, som kun gir opplysninger om salg av reseptpliktige legemidler, og ikke om legemidlene faktisk blir brukt. Ved å bruke spørreskjemaer kan en også få kartlagt andre faktorer rundt bruken av legemidlet som for eksempel helse, livsstil, sosiale forhold, og risikofaktorer i livet. Ved å bruke anonyme spørreskjema øker man sjansen for at ungdommene svarer ærlig, også på spørsmål om tema som kan være stigmatiserende å svare på, som for eksempel seksuell atferd, legemiddelbruk og rusmisbruk.

Min studie er basert på et stort antall deltakere, og det gjør at (faren for å overse viktige forskjeller blir liten) jeg har mulighet til å finne signifikante forskjeller, også hvis de har liten effektstørrelse. Innsamlingen av data foregikk over en tidsperiode på 12 år, så resultatene vil kunne presentere utviklingstrender i prevalensen av legemiddelbruk blant ungdommene i Sogn og Fjordane. God responsrate alle de 4 innsamlingsårene gir liten sannsynlighet for skjevhet i resultatene. Elevene ved de ulike skolene representerer dermed et bredt spekter av ungdommer, noe som gjør studien representativ for andre ungdommer i Norge. Jeg antar at det er lite erindringsbias i dataene ettersom en minneperiode på 4 uker ikke er så lang tid, og det er vist blant voksne at hukommelsen er bedre og bedre jo yngre deltakerne er [79].

Konstruksjonen av de fleste av samlevariablene i studien har vært benyttet i tidligere publikasjoner av mitt og andres datamateriale, og har vist god konstruksjonsvaliditet [51, 75,

76]. Jeg antar derfor at dette også gjelder min studie. Jeg har i tillegg utført egne reliabilitetsanalyser i form av Cronbach`s alpha, der de fleste av samlevariablene viste verdier over 0,7, noe som betyr god intern reliabilitet i samlevariablene.[78] Den gode interne reliabiliteten viser også at ungdommene hadde forståelse for hva det blir spurt om i spørsmålene, og svarte ærlig ettersom en ser lignende svartendenser på spørsmål som angikk samme tema.

4.3 Begrensninger ved studien.

Masteroppgaven er basert på tversnittstudier og jeg kan dermed ikke finne årsak-virkningsforhold, men kun antyde sammenhenger mellom ulike faktorer. Jeg kan ikke vite om det er rapporterte helseplager, negative sosiale relasjoner, risikoatferder eller risikofaktorer i ungdommenes liv som gir økt legemiddelbruk, eller om det er legemiddelbruken blant ungdommer som påvirker helseplager, negative sosiale relasjoner, deltagelse i risikoatferd eller utsettelse for risikofaktorer. Påvirkningene og sammenhengene mellom de ulike faktorene kan gå begge veier, men i de fleste tilfeller så vil det være mest naturlig at det er helseplager eller negative livshendelser som fører til legemiddelbruk. Det er studier som har funnet at negative livshendelser kan føre til helseplager [80-82]. En annen forklaring kan være konfunderende faktorer som påvirker både prediktorvariabelen og utfallsvariabelen, og på den måten representere en tredje faktor i sammenhengen.

Da jeg benyttet ferdig innsamlede data, har jeg ikke hatt påvirkning på spørsmålsformulering eller hva det er blitt spurt om. Studiemateriale mangler en del informasjon som hadde vært av interesse med tanke på ungdommers legemiddelbruk. I spørreskjemaet ble det ikke stilt spørsmål om dosering eller forbruk av legemidler, og det gir en begrensning med tanke på å vurdere forekomsten av misbruk og ukritisk bruk av legemidler hos ungdommer. Hadde denne informasjonen vært kartlagt kunne jeg i mye større grad undersøkt ukritisk legemiddelbruk som en mulig risikoatferd. Resultatene mine forteller ikke hvilket legemiddel som er blitt brukt mot de ulike helseplagene, eller om ungdommene har brukt flere ulike legemidler mot en helseplage. Et legemiddel kan også ha vært brukt mot ulike legemiddelindikasjoner på en gang. Det gjør at jeg ikke vet noe om forbruket av legemidler mot de angitte helseplagene eller hvilke legemidler som blir brukt hyppigst.

Jeg kunne ønsket meg mer opplysninger om motivene bak legemiddelbruken. Var det foreldrene som gav legemidler til dem, fant de legemiddelet hjemme, eller kjøpte de det selv på apoteket? Brukte ungdommene legemidlene i samråd med lege eller andre helsetjeneste? Dette er alle faktorer som er med å beskrive ungdommenes eget ansvar i bruk av legemidler og prevalensen av selvmedisinering.

Det kan være andre årsaker til at ungdommer har brukt legemidler enn de som er vurdert i studien min. Høsten 2009 var det svineinfluensasesong i Norge, og dette var samme tidspunkt som spørreskjemaene ble utlevert til ungdommene i Førde, Sogn og Fjordane. Det kan ha påvirket forekomsten av legemiddelbruk når det gjelder legemidler mot forkjølelse, hoste og smerter.

4.4 Legemiddelbruk hos ungdom i Sogn og Fjordane relatert til rapporterte helseplager.

Prevalensen av legemiddelbruk som jeg fant hos ungdom i Sogn og Fjordane, stemmer godt overens med det som er rapportert andre steder. En norsk tverrsnittstudie av ungdommer i alderen 15-16 år, utført på skoler på Østlandet og i Tromsø, viste at omtrent halvparten av ungdommene hadde brukt legemidler de siste 4 ukene forut for studien. Det hyppigst brukte legemiddelet var smertestillende, og flere jenter enn gutter hadde brukt slike medikamenter. Når det gjaldt bruk av andre angitte legemidler, var det ikke signifikante forskjeller mellom kjønnene. Likevel hadde flere jenter enn gutter brukt legemidler mot mer enn en helseplage den siste tiden [43]. Studier fra en rekke andre land har publisert lignende resultater[46, 68]. Jeg fant dog signifikante kjønnsforskjeller i prevalensen av legemiddelbruk for alle helseplagene, foruten ADHD. En mulig forklaring kan være at ungdommene i min studie gikk på videregående skoler, mens elevene i den andre norske studien gikk 10.klasse på ungdomsskolen, slik at forskjellen i bruk av legemidler mellom kjønnene blir større jo eldre ungdommene er.

En stor internasjonal studie av ungdommer i Europa og Nord-Amerika, fant at flere jenter enn gutter opplevde helseplagene hodepine, magesmerter, ryggsmarter, svimmelhet, føle seg nedfor, irriterbar, nervøs og søvnvansker. Kjønnsforskjellen ble større med økende alder, fra tidlig ungdomstid til midtre ungdomstid [83]. Det er dermed ikke overraskende at jeg fant at

jentene i studien min hadde en høyere prevalens av legemiddelbruk for disse helseplagene. Det var spesielt stor kjønnsforskjell når det gjaldt bruk av legemidler mot hodepine og magesmerte. En mulig forklaring kan være at jenter oftere oppsøker helsetjenester [55], og dermed får foreskrevet legemidler på resept eller mottar råd til å bruke reseptfrie legemidler mot sine helseplager. Fokusgruppeintervjuer av 29 ungdommer på to ungdomskoler i Oslo, viste at jenter har en lavere terskel for å bruke legemidler enn det gutter har, og ungdommene uttalte at jenter er mer redd for å bli syke enn det gutter er. Studien fant også at jenter i en venninnegjeng påvirker hverandre til å bruke smertestillende legemidler, ettersom det ofte er en av dem som alltid har det tilgjengelig i sminkepungen eller pennalet [61].

At smertestillende legemidler er de medikamentene flest ungdommer bruker bekreftes også av to internasjonale studier som undersøkte og sammenlignet prevalensen av legemiddelbruk for en rekke helseplager land imellom, i årene 1997/1998 og 2005/2006. [68, 84]. Ungdommer bruker smertestillende for en rekke ulike indikasjoner som for eksempel å behandle hodepine, å kunne fungere i hverdagen eller for å forebygge smerter i situasjoner der de forventer å oppleve smerteubehag [61, 85]. Bruk av smertestillende for å kunne fungere i hverdagen kan i den sammenheng ansees som en mestringsstrategi [85]. Norske ungdommer har selv uttalt at uregelmessig søvn, lite væske og næring, dårlig inneklima og en stram timeplan, er situasjoner som kan føre til smerteubehag. Bruken av legemidler mot smerte henger da naturlig sammen med atferder eller livsstiler som kan bidra til smerte og ubehag [61]. Jeg fant i studien min at ungdommer som var fysisk aktive mer enn 4 timer i uken utenom skoletid, rapporterte mindre bruk av legemidler enn ungdommer som ikke trente noe særlig utenom skoletid.

En norsk tverrsnittstudie av 15-16 år gamle ungdommer i Oslo kommune fant at en liten andel av ungdommene, oppunder 4 %, hadde brukt psykotrope legemidler som antidepressiva, beroligende legemidler og legemidler for søvnvansker de siste 4 ukene før undersøkelsen. Resultatene til studien viste ikke store forskjeller mellom kjønnene i bruk av slike legemidler[86]. Ungdommene i min studie rapporterte nær identisk prevalens av bruk av psykotrope legemidler (inklusive legemidler mot ADHD). Imidlertid fant jeg i min studie at signifikant flere jenter enn gutter brukte legemidler mot søvnvansker, angst og depresjon. Som nevnt tidligere kan aldersforskjeller mellom deltakerne i studier av ungdommers

legemiddelbruk, ha betydning for kjønnsforskjeller i bruk av medikamenter. Det er funnet i en dansk studie at kjønnsforskjeller i bruk av psykotrope legemidler blant ungdommer trolig først blir tydelige etter puberteten og ungdomsskoleårene, i alderen 16-19 år [87].

På verdensbasis antar en at omtrent 5 % av barn og unge under 18 år har en eller annen form for ADHD [88]. I min studie var det kun 1 % av ungdommene som rapporterte at de hadde brukt legemiddel mot denne psykiske lidelsen. Salgsdata fra det norske reseptregisteret viser også en prevalens på ca 1 % for legemidler mot ADHD hos ungdommer i aldersgruppen 15-19 år i 2005 og 2009 [70]. Det viser at ungdommene i min studie har svart ærlig på spørsmålet om de har brukt legemidler for ADHD, og at de ikke har underrapportert prevalensen av bruk av slike legemidler. En mulig forklaring til den lave prevalensen av medikamentbruk kan være at mange ungdommer med ADHD slutter å bruke legemidler for sykdommen når de er 16-17 år. Dette kan være et problem ettersom symptomene ikke nødvendigvis er avtagende eller borte i denne alderen. Det er ikke sikkert at alle ungdommene har lært seg mestringsstrategier for å holde symptomene i sjakk, så det er derfor grunn til å tro at noen av disse ungdommene er underbehandlet. Ungdommer streber etter autonomi, og det er derfor fare for non-adherence med tanke på legemiddelbehandling av ADHD [89]. Ungdommer kan føle at det å bruke legemidler er en ekstra belastning i tillegg til det å gjennomgå pubertet og ungdomstid, med de fysiske, psykiske og sosiale endringer den medfølger. Det å være avhengig av medisiner for å fungere i hverdagen på likt nivå med sine friske jevnaldrende, kan føre til at den unge føler seg annerledes, noe som ikke er en ønsket situasjon i ungdomsårene [59].

De tidligere omtalte internasjonale HBSC studiene, samt en dansk HBSC studie fra 2002, fant at ungdommenes bruk av legemidler mot hodepine steg med økende alder, og at det hos jenter også gjaldt legemiddelbruk for magesmerter. Prevalensen av medikamentbruk for søvnvansker og nervøsitet viste imidlertid å synke med økende alder [46, 68, 84]. Jeg fant ikke lignende trender i min studie, der det kun var bruk av legemidler mot depresjon som steg signifikant med økende alder. En mulig forklaring til at jeg i min studie ikke kan finne sammenhenger mellom alder og legemiddelbruk, kan være at ungdommene i min studie er eldre enn dem som deltok i HBSC studiene, som var 11, 13 og 15 år gamle. Det kan være at ungdommer som er 15 år og oppover ligner hverandre mer i bruken av legemidler, og at

kurven for økende prevalens av legemiddelbruk med økende/synkende alder stagnerer etter 15 år. Ungdommer begynner å ta over ansvaret for selvmedisinering allerede i ungdomsskolealder og de har selv uttalt at det bidrar til at terskelen for å bruke legemidler blir lavere [61]. Ulike diagnose- og terapitradisjoner i ulike land kan også ha betydning.

Mange av de psykiske lidelser, deriblant depresjon debuterer for alvor først etter puberteten, og forekomsten stiger med økende alder. Omtrent 15-20 % av ungdommer får betydelige symptomer på depresjon før de er fylt 18 år [90]. En mulig årsak til denne trenden kan være at ungdommer som har gjennomgått en vanskelig pubertet der de har vært utsatt for risikofaktorer, lettere utvikle forsinkede reaksjoner som for eksempel depresjon etter endt pubertet [2]. Det kan muligens forklare hvorfor prevalensen i bruk av antidepressiva blant ungdommene i min studie økte med økende alder. En annen mulig sammenheng kan være at det er omdiskutert å la barn og unge bruke legemidler mot depresjon, ettersom det kan gi en økt risiko for selvmord [91, 92], samt at det kan påvirke ungdommers nevrologiske og atferdsmessige utvikling. [93]

Til tross for at forekomsten av legemiddelbruk blant ungdommer i Norge kan synes høy, ser det ut til at ungdommer i andre land i Europa har en enda høyere prevalens av legemiddelbruk. Det er vist at norske ungdommer er noen av de ungdommer i Europa som bruker minst legemidler mot søvnevansker og angst [68]

4.5 Prevalensen av legemiddelbruk blant ungdommer i Sogn og Fjordane over en 12-års periode fra 1997 til 2009.

Omtrent 6 % av brukerne av reseptpliktige legemidler i Norge er ungdommer i alderen 10-19 år [70]. Dette lave tallet antyder at mange ungdommer bruker reseptfrie legemidler.

I 2003 ble LUA-ordningen innført i Norge og det medførte at enkelte reseptfrie legemidler kunne selges i dagligvarebutikker, kiosker og bensinstasjoner. Blant disse legemidlene var slimhinneavsvellende nes spray, slimløsende hostesaft, smertestillende og febernedsettende legemidler [63]. Dette er legemidler som en gjerne benytter når en er forkjølet, har feber, hoster, opplever hodepine, muskelsmerter eller andre smerter. Det er blitt satt en aldersgrense på 18 år for kjøp av legemidler utenom apotek [63], så de fleste ungdommer kan ikke gå i dagligvarebutikker og handle dette selv. Jeg fant i min studie blant ungdommene i Sogn og

Fjordane, at det var en liten jevn nedgang i antall brukere av legemidler mot biologisk sykdom som forkjølelse og hoste fra 1997 til 2005, men fra 2005 til 2009 fikk kurven en knekk og prevalensen av legemiddelbruk økte signifikant. Resultatene mine viste også økning i prevalensen av legemiddelbruk mot psykosomatiske plager (hodepine, magesmerter og søvnvansker). Dette var ikke en jevn stigning, ettersom det var omtrent like mange ungdommer som brukte slike legemidler i 2001 som 2005. Det var derimot signifikante forskjeller mellom forekomsten av legemiddelbruk fra 1997 til 2001, og fra 2005 til 2009, og til sammen ga dette en økende prevalens i legemiddelbruk mot psykosomatiske plager fra 1997 til 2009.

Biologisk sykdom som forkjølelse og hoste, og psykosomatiske plager som smerte er tilstander som ungdommer kan selvmedisinere seg for, enten de får tak i legemidlene selv eller foreldre gir dem det. LUA-ordningen hadde trolig en innvirkning på utviklingen i antall legemiddelbrukere blant ungdommene i Sogn og Fjordane, ettersom tilgjengeligheten på enkelte legemidler ble bedre.

Folkehelseinstituttets legemiddelstatistikk viser at salgssteder utenom apotek overtok omtrent 50 % av markedet for reseptfrie legemidler som smertestillende og slimhinneavsvellende neseppray [94]. Det at legemidler ble synliggjort i dagligvareforretninger kan ha bidratt til å skape fokus på legemidler. Voksne kan kjøpe inn legemidler til medisinskapet slik de alltid har legemidler tilgjengelig, og det er vist at ungdommer som bor i slike hjem har lavere terskel for å selvmedisinere seg [62, 95]. Foreldrenes holdninger til bruk av legemidler er med på å forme ungdommenes egne holdninger til legemiddelbruk [61, 95], så dersom foreldre bruker eller har mye legemidler liggende hjemme, kan det påvirke ungdommen til å velge å bruke et legemiddel mot en helseplage.

Giftsentralen mottok en rekke flere henvendelser angående paracetamolforgiftninger etter at LUA-ordningen ble innført.[96] Jenter i alderen 15-19 år utgjorde 20 % av kvinneandelen når det gjaldt potensielt alvorlige paracetamolforgiftninger [96], og det er kjent at legemiddelet brukes ved selvmordsforsøk ettersom det er lett tilgjengelig [97]. Til tross for at tilgjengeligheten av smertestillende legemidler i Norge ble bedre etter 2003, var det blant ungdommene i min studie ingen betydelig forskjell i antall brukere av legemidler mot psykosomatiske plager fra 2001 til 2005. Resultatene mine viser likevel en signifikant økning på 25 % i prevalensen av legemiddelbruk mot psykosomatiske plager fra 1997 til 2009, og

dette er en utvikling som bør overvåkes. Helseparadokset og medikalisering i samfunnet kan ha en sammenheng med økt prevalens av legemiddelbruk for smerteubehag og andre helseplager. Økt tilgjengelighet og prevalens av brukere, kan medfølge større risiko for ukritisk legemiddelbruk, noe som i verste fall kan resultere i legemiddelforgiftninger eller legemiddelindusert selvmord. Det hadde vært interessant å se om forbruket av legemidler mot psykosomatiske plager også har steget i takt med den økende prevalensen av slik medikamentbruk blant ungdommene i studien min. Jeg kunne da kartlagt forekomsten og utviklingen av overdoseringer og misbruk av legemidler mot psykosomatiske legemidler de siste 16 årene. Dette er dog ikke mulig å vurdere ut fra mine data.

Legemidler mot søvnevansker kan ikke kjøpes uten resept i Norge, foruten det plantebaserte legemiddelet Valerina Natt/Forte. En økning i bruk av legemidler mot søvnevansker kan dermed ikke skyldes LUA-ordningen. En norsk studie basert på data fra reseptregisteret fant at prevalensen av ungdommer som hadde fått utlevert psykotrope legemidler, økte fra 2006 til 2010 og da spesielt legemidler innen gruppen hypnotika (legemidler mot søvnevansker). Legemiddelet melatonin stod for 75 % av den totale økningen i utlevering av psykotrope legemidler til ungdommer [98]. Melatonin er et hormon som normalt produseres i pinealkjertelen, og som har betydning for kontrollen av døgnrytmen og tilpasning til lys-mørke-syklusen. Den har også en søvnfremkallende effekt som er gunstig dersom en lider av innsovningsbesvær [99].

En undersøkelse utført av WHO, fant i 1998 at norske ungdommer hadde en høy forekomst av subjektiv morgentretthet, og at prevalensen av morgentretthet blant ungdommene hadde økt de siste ti årene [100]. Denne studien er 15 år gammel, men dataene fra min og en annen norsk studie [101] antyder at en del norske ungdommer fremdeles ikke har gode søvnvaner. Forekomsten av bruk av legemidler mot søvnevansker økte signifikant blant ungdommene i Sogn og Fjordane fra 1997 til 2009. Mulige forklaringer til denne økningen kan være den fremadstormende utviklingen av teknologiske «duppeditter» som mobilspill, data, sosiale medier osv de siste årene. En studie utført av National Sleep Foundation i USA fant at bruk av mobil og data før sengetid var svært prevalent hos ungdommer i alderen 13-18 år, og at bruk av slike teknologier var korrelert med dårlig nattesøvn og tretthet [102]. Det er omtalt i en artikkel at ungdommer som er lenge oppe i helgene ikke klarer å hente inn forskyvningen av døgnet i løpet av hverdagsuken, og at det fører til at ungdommene får akkumulert

søvnunderskudd over tid. Selve pubertetsutviklingen og for få timer i sengen vil også kunne bidra til at ungdommene føler seg trette [100].

Få ungdommer i min studie brukte legemidler mot definerte psykiske lidelser (angst, depresjon og ADHD), og resultatene viste ingen signifikant forskjell i prevalensen av bruk av slike psykotrope legemidler over tid. Det var omtrent like mange ungdommer som brukte slike legemidler alle årene. Steffenak et.al fant heller ingen økning i prevalensen av legemiddelbruk mot depresjon og angst i sin studie basert på data fra det norske reseptregisteret ifra 2006 til 2010 [98]. Til tross for at jeg i min studie ikke fant en signifikant endring i prevalensen av legemiddelbruk for definerte psykiske lidelser samlet med årene, fant jeg fra 1997 til 2009 en signifikant utvikling i forekomsten av bruk av legemidler mot ADHD. Nasjonalt folkehelseinstitutt har funnet at prevalensen av legemiddelbruk for ADHD har økt kraftig de siste 10-15 årene [70, 103]. En studie basert på data fra det norske reseptregisteret viser at fra 2004 til 2008, hadde forekomsten av bruk av legemidler mot ADHD økt kraftig for både jenter og gutter i alderen 11 til 20 år. Den største økningen var blant jenter i alderen 16-20 år, der prevalensen av legemiddelbruk hadde tredoblet seg fra 2004 til 2008. Forklaringen til denne økningen er trolig at det er blitt mer oppmerksomhet rundt diagnosen, og en blir mer oppmerksom på barn og unge som viser symptomer på ADHD [104].

4.6 Sammenhengen mellom ungdoms rapporterte helseplager, selvvalurderte helse og bruk av legemidler.

Andelen av norske ungdommer som rapporterer subjektive helseplager er vist å være høy. En spørreundersøkelse utført på ungdommer i 10. klasse ved flere skoler i Norge, fant at en femtedel av guttene og en tredjedel av jentene rapporterte minst en helseplage i uken. Dataene ble innhentet i skoleåret 1997-1998, og de mest prevalente daglige plagene var; å være lei og utslitt, ha vansker med å sove eller ha vondt i ryggen [105]. Det ble også kartlagt at forekomsten av slike helseplager hadde økt kraftig de siste årene [106]. Mange ungdommer opplever helseplager så intenst at de bruker legemidler for å håndtere dem. Resultater fra en internasjonal tverrsnittstudie basert på HBSC-undersøkelser fra 2005-2006, fant at det var en sterk, konsistent og gradert assosiasjon mellom ungdommenes frekvens av helseplager, og bruk av legemidler for dem. Desto oftere ungdommene opplevde en helseplage, jo flere ungdommer hadde brukt et legemiddel for helseplagen den siste måneden. Det var en høyere

forekomst av helseplager og medisinbruk blant jentene i forhold til guttene, men denne kjønnsforskjellen ble utjevnet blant ungdommer som hadde daglige helseplager [84]. Min studie støtter assosiasjonen mellom frekvensen av helseplager og bruk av legemidler. Jeg fant for helseplagene hodepine, magesmerter og angst, en lineær stigning mellom økende hyppighet av helseplagen og antall ungdommer som hadde brukt et legemiddel for den. For helseplagene søvnvansker og depresjon fant jeg derimot en eksponentiell stigning i prevalensen av legemiddelbruk med økende frekvens av helseplagene. Et gradert forhold kan bety at terskelen for å bruke et legemiddel mot en helseplage senkes systematisk med økende hyppighet av helseplagen, mens en eksponentiell stigning kan tolkes som at det er større forskjell i tersklene for å bruke legemidler i forhold til om en opplever helseplagen sjelden eller ofte. Blant ungdommer som rapporterte søvnvansker og depresjon, var det hovedsakelig de som opplevde helseplagen en gang i uken eller oftere som hadde brukt legemiddel. Mine data forteller ikke hvor ofte ungdommene hadde brukt legemiddel for en helseplage, så det kan være at ungdommer som opplevde helseplager hver dag kun hadde brukt legemiddel for dem en gang. Det antar jeg imidlertid lite sannsynlig. En annen mulig feilkilde kan være at ungdommer som behandles med legemidler for kroniske sykdommer som for eksempel angst, ikke opplever symptomer i like stor grad lenger og dermed rapporterer at de sjelden erfarer helseplager i forbindelse med sykdommen.

Ungdommers bruk av legemidler kan indikere alvorlighetsgraden og byrden av helseplagene. Det er vanlig blant ungdommer å bruke legemidler for å mestre hyppige subjektive helseplager [84], men det er ikke en god mestringsstrategi for de fleste i det lange løp. Unntaket er kronisk syke ungdommer som må bruke legemidler for å fungere i hverdagen. Ungdommer trenger å utvikle andre strategier for å kunne mestre stress, og foreldre og samfunnet har et ansvar for å lære dem gode mestringsstrategier. Det er viktig at ungdommene lærer seg å forstå egne fysiske og psykiske symptom, og hvordan de skal reagere på kroppslige signaler [84].

De fleste av ungdommene i min studie rapporterte at de hadde god helse. Det var færre ungdommer som mente at de hadde dårlig helse, enn de som mente de hadde svært god helse. Hos voksne er det funnet en klar sammenheng mellom selvrapportert helse og senere morbiditet og mortalitet [37]. En dansk tversnittstudie basert på en HBSC-undersøkelse fra 2002, fant en klar sammenheng mellom ungdommer med dårlig selvrapportert helse og bruk av legemidler mot smerter og blant jenter også søvnvansker. Dette funnet var signifikant selv

etter at det ble kontrollert for rapportering av helseplagen som legemiddelet ble brukt for [65]. Dette viser at ungdommer kan ha andre motiver enn helseplager for å bruke legemidler, og at de muligens kan bruke legemidler som en mestringsstrategi for å fungere i hverdagen. En norsk studie som undersøkte bruk av psykotrope legemidler blant ungdommer, fant ikke noen signifikant sammenheng mellom ungdommers selvrapporterte helse og bruk av psykotrope legemidler, etter at de kontrollerte for andre variabler i studien innen helse, livsstil, sosioøkonomiske forhold, og skoleprestasjoner [86].

I min studie fant jeg en sammenheng mellom ungdommers selvrapporterte helse og bruk av legemidler mot biologisk sykdom, psykosomatiske plager, og definerte psykiske lidelser. Sannsynligheten for at ungdommene hadde brukt et legemiddel mot psykosomatiske plager økte, jo dårligere ungdommene vurderte sin egen helse. Et slikt kontinuum fant jeg ikke når det gjaldt bruk av legemidler for definerte psykiske lidelser, der det kun var ungdommene med svært dårlig helse som viste høyere sannsynlighet for å ha brukt et slikt legemiddel. Når det gjaldt bruk av legemidler for biologisk sykdom var odds ratio omtrent like stor for ungdommer med god og svært dårlig selvrapportert helse. Jeg har ikke kontrollert for frekvensen av helseplagen som legemidlene ble brukt for, og det gjør at jeg ikke kan trekke samme konklusjoner som i den danske studien, at ungdommer bruker legemidler fordi de anser helsen sin som dårlig uavhengig av om de opplever helseplager. Det er mulig at det er selve helseplagene som gjør at ungdommene i min studie bruker legemidler, og at de på grunn av helseplagen vurderer sin egen helse som dårlig. Dette kan være forklaringen på at jeg fant en signifikant sammenheng mellom dårlig selvrapportert helse, og økt sannsynlighet for at ungdommene hadde brukt legemidler mot definerte psykiske lidelser, ettersom det ikke var et statistisk signifikant funn i den danske [65] eller norske studien [86]. Det er ikke utført mange studier som omhandler ungdommers selvrapporterte helse og bruk av legemidler, og en vet lite om ungdommers motiv for å bruke legemidler.

Dersom en anser bruk av legemidler som et mål for morbiditet vil min studie støtte teorien om at selvrapportert helse er en prediktor for morbiditet [37]. Selvrapportert helse er noe som utenforstående ikke kan vurdere, forstå eller få frem i vanlige biomedisinske undersøkelser [23]. Funnene i min, og andres studier vil dermed understreke hvor viktig den biopsykososiale sykdomsmodellen er i dagens samfunn. All sykdom kan ikke defineres som biologiske

defekter [32], og individets subjektive helse har trolig betydning for diagnosesetting. For ungdommer er helsebegrepet en bred konstruksjon relatert til både medisinske, psykologiske, sosiale og livsstilsmessige faktorer [23], og fremhever dermed relevansen av den biopsykososiale sykdomsmodellen.

4.7 Sammenheng mellom ungdommers bruk av legemidler og selvvurderte helsemål, sosial integrasjon, risikoatferd, risikofaktorer og beskyttende faktorer i ungdommenes liv og omgivelser.

4.7.1 Selvvurderte helsemål

Selvvurderte helsemål er en samlebetegnelse for menneskers egen forståelse av helse og kropp. Det sier noe om hvordan en tolker seg selv, og vises ikke nødvendigvis på resultater fra biologiske prøver. Som nevnt er selvvurdert helse funnet å være en indikator for individets senere morbiditet og mortalitet [37]. Også undervariabler knyttet mot selvvurderte helsemål kan vise grad av resiliens hos ungdommer som har opplevd negative livshendelser, eller andre belastninger i barne-ungdomsårene. Det å bli utsatt for negative livshendelser kan manifestere seg i kroppen og resultere i helseplager, men ungdommer som viser høy grad av resiliens vil ikke utvikle disse kroppslige ubehagene i like stor grad, som ungdommer som ikke klarer å tilpasse seg og mestre vanskelige situasjoner. I min studie ønsket jeg å se om det var en sammenheng mellom ungdommers egenvurderte helsetilstand og bruk av legemidler. Det er ikke slik at alle ungdommene som skåret dårlig på selvvurderte helsemål nødvendigvis har vært utsatt for negative livshendelser, men resultatene vil være en indikator på hvilken betydning dårlig selvvurdert helse kan ha for ungdommers bruk av legemidler.

Jeg undersøkte om psykosomatiske plager, depresjon og angst, negativt kroppsbilde og lav selvtillit kunne predikere legemiddelbruk. Resultatene mine viste en økt sannsynlighet for at ungdommer hadde brukt legemidler mot psykosomatiske plager og definerte psykiske lidelser med økende skår på samlevariablene psykosomatiske plager, depresjon og angstplager, og negativt kroppsbilde. Med økende skår, menes at ungdommene hadde rapportert hyppigere frekvenser av helseplager, eller at de hadde et dårligere kroppsbilde. Disse resultatene viser at det er en sammenheng mellom ungdommenes selvvurderte helsemål og om de har brukt

legemidler. Dette kan indikere at ungdommer som har erfart negative livshendelser og som viser liten grad av resiliens, muligens kan bruke legemidler som en mestringsstrategi i hverdagen for å lindre helseplager og belastninger.

Et interessant funn i studien min var at ungdommene som rapporterte god selvtillit viste høyere sannsynlighet for å ha brukt legemidler mot psykosomatiske plager og definerte psykiske lidelser, enn ungdommene som rapporterte lav selvtillit. En teori er at ungdom med god selvtillit har lavere terskel for å søke hjelp i helsevesenet eller hos bekjente dersom de opplever helseplager, og på den måten får råd angående bruk av legemidler hvis de skulle ha behov. Det å ta ansvar for egne problemer og kunne løse dem på egenhånd er en viktig beskyttende faktor som kan bidra til resiliens hos ungdommer, og det kan være bakgrunnen for bruk av legemiddel hos en selvsikker ungdom. Ungdommer tar over ansvaret for selvmedisinering når de når ungdomsskolealder [61].

4.7.2 Sosial integrasjon.

Ungdommer påvirkes av det sosiale miljøet og kulturen de vokser opp i. Det sosiale miljøet kan være venner og jevnaldrende, foreldre eller andre voksne i samfunnet. Innflytelsen fra jevnaldrende er stor blant ungdommer, og det viktigste for mange av dem er en tilhørighet og aksept i vennegjengen [107]. Blant venner kan det etableres et bestemt sett med verdier og koder, og denne prosessen er en del av utviklingen av uavhengighet fra foreldre og andre voksne [2]. I min studie fant jeg en sammenheng mellom det å ha støttende jevnaldrende og venner rundt seg, og bruk av legemidler mot psykosomatiske plager. Desto mer støtte ungdommene opplevde fra sine jevnaldrende, jo større var sannsynligheten for at de hadde brukt legemidler mot psykosomatiske plager. Holdninger til bruk av legemidler er trolig en av verdiene som kan være felles i en vennegjeng, og det er vist at unge jenter deler smertestillende tabletter med hverandre [61]. Det ble ikke funnet lignende resultater blant ungdommene i undersøkelsen når det gjaldt bruk av legemidler mot definerte psykiske lidelser. Mulige forklaring til dette kan være at ungdommer som lider av psykiske lidelser lettere isolerer seg fra samfunnet, og at dette er legemidler som ikke deles i en vennegjeng, da en må ha resept fra lege for å kjøpe dem.

Støttende foreldre er viktig for ungdommer, også når det gjelder bruk av legemidler. To norske studier som omhandlet ungdommer og deres holdninger til bruk av reseptfrie

smertestillende legemidler, fant at foreldre var deres viktigste informasjonskilde når det gjaldt bruk av medikamenter [61, 95]. I min studie fant jeg ikke noen sammenheng mellom foreldrestøtte og ungdommenes bruk av legemidler mot psykosomatiske plager. Det at foreldrenes meninger og støtte ikke har betydning for at ungdommer bruker reseptfrie smertestillende, kan understreke situasjonen at ungdommer i midten av ungdomstiden tilbringer mer tid med venner enn foreldre. Når det gjaldt bruk av legemidler mot definerte psykiske lidelser fant jeg imidlertid en sammenheng med foreldrestøtte. Dersom ungdommene opplevde lite støtte fra foreldre økte sannsynligheten for at de hadde brukt et legemiddel mot definerte psykiske lidelser. Et eksempel på en situasjon der ungdom opplever lite støtte fra foreldre kan være i en foreldreskilsmiss, og spesielt dersom ungdommen mister kontakten med den ene forelderen. [75] En dybdeintervjubarert studie av ungdommer i California (USA) i 1993, fant at lite foreldrestøtte kunne være en risikofaktor som gjorde ungdommene mer sårbare for å utvikle psykiske lidelser som depresjon [108]. Det er vist at foreldrestøtte i seg selv kan ha en medierende effekt på negative livserfaringer når det gjelder psykisk og somatisk helse [76].

Valg av skolelinje kan ha betydning for om utdanningen er preget av mye teoretisk eller praktisk læring. Ungdommer som går på yrkesfaglige skoler har gjerne mye praktisk arbeid som kan være av fysisk karakter. En brasiliansk studie fant at ungdommer som gikk i arbeid var mer utsatt for å bruke legemidler enn de som ikke gjorde det, ettersom arbeidere lettere kan få fysiske belastninger som krever medikamentell behandling [45]. Jeg fant i min studie en sammenheng mellom ungdommenes valg av skole og bruk av legemidler. Det var en større sannsynlighet for at ungdommene som gikk på yrkesfaglige skoler hadde brukt legemidler mot psykosomatiske plager og definerte psykiske lidelser, enn ungdommene fra allmennfaglige skoler. Jenter som gikk på yrkesfaglige skoler var den gruppen av ungdommer som hadde flest legemiddelbrukere for nesten alle de angitte helseplagene i studien. Resultatene mine viser likevel at jentene som gikk på allmennfaglige skoler hadde en høyere prevalens av legemiddelbruk enn guttene på yrkesfaglige skoler, så det ser ut til at kjønn er en sterkere prediktorvariabel enn skoletilhørighet. Funnene indikerer imidlertid både kjønnsforskjeller og forskjeller av sosioøkonomisk karakter. En annen mulig forklaring kan være at ungdommer som lider av ADHD velger skoler med praktisk læring, ettersom konsentrasjonsvansker er et vanlig symptom ved denne lidelsen.

4.7.3 Risikoatferd.

Risikoatferd eller risikabel oppførsel er atferder som potensielt kan være negative eller skadelige [3]. En slik atferd kan forekomme hos unge mennesker som har lite utviklet impuls kontroll og dermed ikke kan utsette sine behov for tilfredsstillende [2]. Ungdommer mener risikoatferd er noe en gjør, der en ikke kan kontrollere for eller vite hva utfallet vil bli [5]. Eksempler på risikoatferder kan være det å ha ubeskyttet sex, kjøre bil i ruspåvirket tilstand, misbruke rusmidler, ta del i antisosiale aktiviteter osv [3]. Ukritisk bruk av legemidler som å ikke følge angitt dosering [58], bruke legemidler som forebyggende behandling (mestringsstrategi) [61], og ikke vite navnet eller virkningen av legemiddelet en bruker [45], kan anses som risikoatferd ettersom det kan være skadelig. I min studie har jeg sett på sammenhengen mellom atferdene daglig røyking, overstadig beruselse, bruk av angrepille, fysisk aktivitet og ungdommers bruk av legemidler.

At ungdommer røyker og drikker alkohol sporadisk for en kort periode, eller har brukt angrepille et par ganger trenger ikke bety at de utøver risikoatferd, men heller at de eksperimenterer og skaffer seg erfaringer i livet. Når det imidlertid gjelder daglig røyking og at en har vært overstadig beruset mer enn 10 ganger mener jeg dette er risikoatferder, ettersom det er velkjent at det er skadelig. En dansk studie av ungdommer basert på funn fra en HBSC-studie fra 2002, fant at risikoatferdene røyking og overstadig alkoholberuselse hadde en sammenheng med bruk av legemidler. Studien kontrollerte for kjønn, alder og helseplagene som legemiddelet ble brukt for [46]. Dette betyr at ungdommer som utøver risikoatferder har en høyere odds for å bruke legemidler enn ungdommer som ikke utøver disse risikoatferdene, til tross for at de kan ha lik prevalens av helseplagene som legemidlene blir brukt for. Resultatene fra min studie støtter den danske studien, men jeg har ikke kontrollert for prevalensen av helseplager som legemiddelelene blir brukt for, og kan dermed ikke utelukke at det har en betydning i assosiasjonen mellom risikoatferder og legemiddelbruk. Det er imidlertid dokumentert at ungdommer som røyker eller drikker store mengder alkohol, har en høyere prevalens av helseplager enn andre ungdommer [73, 74]. Det er få studier som omtaler sammenhengen mellom ungdommers risikoatferder og bruk av legemidler.

Det er vist at røyking har en stressdempende effekt på ungdommer [54], og det kan være en av grunnene til at studier finner en sammenheng mellom røyking og legemiddelbruk, og kanskje spesielt når det gjelder bruk av legemidler mot definerte psykiske lidelser. Alkohol er også en stressmodifiserende substans og har en umiddelbar angstdempende effekt. Felles for

røyking, alkoholkonsum og bruk av legemidler, er at de alle kan være helseskadelig og giftig i for store mengder [46, 53, 109]. En kombinasjon av tobakksrøyk eller alkohol sammen med legemidler kan være en enda større helsetrussel enn det å bruke substansene hver for seg. Tobakksrøyk kan påvirke metabolisme av enkelte legemidler [110], og alkohol sammen med blant annet psykotrope legemidler kan potensere den beroligende effekten til slike legemidler. En norsk studie av ungdommer i alderen 15-16 år fant at den hyppigste indikasjonen for bruk av smertestillende blant gutter var bakrus [43].

Dersom en jente har hatt ubeskyttet sex kan hun bruke en angrepille innen de første 72 timene etter samleie, og da være beskyttet mot å bli gravid [111]. Bruk av angrepille trenger ikke være å være en risikoatferd ettersom det er en ansvarlig handling i forhold til det å ha hatt ubeskyttet sex. Dersom ungdommer gjentatte ganger bruker angrepille kan en derimot anse dem som risikoutøvende, ettersom de heller burde bruke annen form for prevensjon. Det er ikke bare graviditet, men også seksuelt overførbare sykdommer som kan bli konsekvens av ubeskyttet sex, og angrepille beskytter ikke mot sistnevnte. Hyppig bruk av angrepille kan for noen være et resultat av mye ubeskyttet sex med ulike og tilfeldige partnere.

I min studie fant jeg at 26 % av jentene som var seksuelt aktive, hadde brukt angrepille minst en gang. Resultatene mine viste en sammenheng mellom bruk av angrepille og legemidler mot definerte psykiske lidelser. Seksuelt aktive jenter viste en nesten 4 ganger høyere odds for å ha brukt legemidler mot definerte psykiske lidelser, enn seksuelt aktive jenter som aldri hadde brukt angrepille. Ungdommer med lite utviklet impuls kontroll som for eksempel ved ADHD, kan lettere gjøre handlinger uten å tenke over konsekvensen. Det kan være at sex er en slik tilfeldig handling, og at de da trenger å bruke en angrepille i etterkant. En omfattende amerikansk studie av søskenpar i alderen 13-18 år fant en sammenheng mellom «ikke i forhold- sex» og depressive symptomer. Studien kontrollerte for sosiale omgivelser og genetikk ettersom den ble utført på søskenpar [112]. Det betyr at det å ha tilfeldig sex kan ha en sammenheng med ungdommers mentale helse. Ulykkelige eller stressede ungdommer kan bruke sex og sexpartnere til å føle støtte og omsorg, en strategi for å mestre negative følelser [113].

En norsk studie fant at ungdommer i alderen 11-15 år som drev med fysisk aktivitet i fritiden, vurderte sin egen helse bedre enn ungdommer som ikke gjorde det. Det ble også funnet at graden av fysisk aktivitet blant ungdommene sank med økende alder [21]. I min studie fant

jeg at ungdommer som var fysisk aktive mer enn 2 timer hver uke utenom skolen, rapporterte mindre bruk av legemidler mot psykosomatiske plager enn ungdommer som ikke var fysisk aktive på fritiden. Når det gjaldt bruk av legemidler mot definerte psykiske lidelser fant jeg mindre legemiddelbruk hos ungdommer som var fysisk aktive mer enn ½-1 time hver uke utenom skolen. Disse funnene er med på å bekrefte at fysisk aktivitet er en beskyttende faktor med tanke på ungdommers egenrapporterte helse og bruk av legemidler. Samfunnet burde legge bedre til rette for at ungdommer kan drive med sport og være fysisk aktive, spesielt med tanke på at aktivitetsgraden blant ungdommer synker med økende alder [21]. En annen mulig forklaring på sammenhengen mellom fysisk aktivitet og bruk av legemidler, kan være at ungdommer som lider av psykosomatiske plager og psykiske lidelser er mindre aktive. Det er ikke uvanlig at ungdommer med depresjon og angst isolerer seg fra sosiale aktiviteter, og mangler energi til å drive med idrett eller trening.

Funnene i min studie angående risikoatferder og sammenhengen med bruk av legemidler mot psykosomatiske plager og definerte psykiske lidelser, støtter utsagnet at legemiddelbruk kan assosieres med flere risikoatferder hos ungdommer [46]. Det studien ikke kan bekrefte er at legemiddelbruk i seg selv er en risikoatferd, ettersom dataene ikke kunne identifisere ukritisk legemiddelbruk.

4.7.4 Risikofaktorer og beskyttende faktorer i ungdommers liv.

Ungdommer kan være utsatt for en rekke risikofaktorer og det kan gjøre dem mer mottakelige for negative utfall og deltakelse i risikoatferd [3]. I min studie har jeg konsentrert meg om risikofaktorene foreldreskilsmiss og tapt foreldrekontakt, negative seksuelle opplevelser, mobbing og dårlig foreldreøkonomi. En foreldreskilsmiss, dårlig foreldreøkonomi og å være utsatt for mobbing, kan kategoriseres som uavhengige risikofaktor ettersom ungdommen ikke selv kan kontrollere hva som skjer i den forbindelse. Negative seksuelle opplevelser kan anses som en avhengig risikofaktor dersom ungdommene selv har valgt å ha sex. Hvis den seksuelle opplevelsen er et overgrep kan en se på opplevelsen som en uavhengig risikofaktor, ettersom ungdommen selv ikke har kontroll over situasjonen. Det som driver ungdommer til å ha ubeskyttet sex kan være individuelle risikofaktorer som lite utviklet impuls kontroll, og liten evne til å ta egne rasjonelle beslutninger [3]. Det er vist at seksuell debut blant ungdommer ofte er relatert til rus [76]. Samfunnet har et ansvar når det gjelder unges eksperimentering med sex. Dagens medier har et stort fokus på sex og det kan nok bidra til at

noen ungdommer føler et press til å utforske sex før de egentlig er klare for det. I slike tilfeller kan den seksuelle opplevelsen bli negativ.

Jeg fant i min studie at risikofaktorene negative seksuelle erfaringer og skilsmisse og tapt foreldrekontakt, viste en signifikant sammenheng med bruk av legemidler mot psykosomatiske plager og definerte psykiske lidelser. Helseplager som depresjon, angst og psykosomatiske plager kan være negative utfall av disse risikofaktorene [75, 76], og helseplagene kan være så omfattende at de krever behandling i form av legemidler. Når det gjelder familier der foreldre er skilt, kan ungdommen befinne seg i to ulike situasjoner. Den ene er at foreldrene er skilt og ungdommen har kontakt med begge foreldrene, den andre at foreldrene er skilt, men ungdommen har tapt kontakt med en eller begge foreldre. Det siste tilfellet vil være en situasjon der ungdommer er utsatt for to risikofaktorer. Først skiller foreldrene seg og deretter mister barnet eller ungdommen kontakt med en eller begge foreldre. Risikofaktorer forekommer ofte samtidig [3], og en har sett i USA at jo flere risikofaktorer et barn bli utsatt for i oppveksten, jo større blir sannsynligheten for at barnet får en problemfull ungdomstid [10]. Jo flere risikofaktorer ungdommer er utsatt for, desto sterkere beskyttende faktorer trenger de i livet sitt for å oppnå resiliens [3].

En norsk studie fra 2002 av ungdommer i alderen 11-15 år, fant at ungdommer som opplevde skilsmisse, men opprettholdt kontakt med begge foreldre viste en moderat forhøyet rapportering av helseplager, i forhold til ungdommer som ikke hadde skilte foreldre. En enda tydeligere forhøyet rapportering av helseplager ble registret hos ungdommene som hadde opplevd skilsmisse, og mistet kontakt med en av foreldrene. I samme studie fant de at foreldrestøtte ikke medierte sammenhengen mellom skilsmisse og stress hos ungdommene [75]. Min studie støtter disse funnene ettersom ungdommer med skilte foreldre og tapt kontakt med begge eller en av dem, viste en høyere sannsynlighet for å ha brukt legemidler mot psykosomatiske plager, og en enda høyere sannsynlighet for å ha brukt legemidler mot definerte psykiske lidelser, i forhold til ungdommene som ikke hadde skilte foreldre. Blant ungdommene som hadde skilte foreldre, men kontakt med begge ble det funnet en sammenheng med bruk av legemidler mot definerte psykiske lidelser, men ikke med bruk av legemidler mot psykosomatiske plager.

Disse resultatene er urovekkende med tanke på at omtrent hvert annet ekteskap i Norge ender i skilsmisse [75], og at mange av disse ekteskapene involverer barn. Det er antakeligvis i

tillegg en stor andel barn og unge som opplever at foreldre går fra hverandre selv om de ikke er gift, og dermed ikke kommer med i statistikken. Nyere forskning viser at voksne som opplevde skilsmisse som barn, rapporterer en høyere forekomst av mentale helseproblemer enn voksne som vokste opp med begge foreldre sammen [114]. En bør innføre helsefremmende tiltak for å styrke den mentale helsen til barn og unge som opplever at foreldre går fra hverandre, og hjelpe dem til å utvikle resiliens. Foreldrestøtte ser ikke ut til å være nok til å motvirke effekten skilsmisse har på barn og unges mentale helse [75]. Ettersom det var ungdommene som hadde skilte foreldre og tapt foreldrekontakt som rapporterte høyest prevalens av bruk av legemidler mot helseplager, kunne et av samfunnstiltakene være å skape arenaer der foreldre og barn som ikke bor sammen, kunne møtes for å styrke og bevare sitt foreldre-barn forhold [3]. En annen viktig faktor i en slik sammenheng er at dersom foreldre og ungdommer utvikler et godt forhold, vil det være lettere for barna å fortelle og snakke ut om deres helseplager til foreldrene. Det vil være en bedre strategi for ungdommene i stedet for eventuelt å bruke legemidler for å dempe smerter og ubehag, som egentlig ikke har biologisk, men psykisk opphav i kroppen.

Foreldreøkonomi kan være et mål på ungdommers sosioøkonomisk status i samfunnet. Jeg fant ingen signifikant sammenheng mellom foreldreøkonomi og bruk av legemidler blant ungdommene i Sogn og Fjordane. Det er derimot funnet en sammenheng mellom familiens sosiale klasse og bruk av legemidler blant ungdommer i Danmark. En dansk studie fant at prevalensen av medisinbruk blant ungdommene økte med synkende sosial klasse, selv etter at det ble kontrollert for alder og prevalens av helseplagene som legemidlene ble brukt for [52]. I den danske studien var rangering av sosial klasse basert på foreldrenes arbeid, og i min studie var det ikke spørsmål om dette, men hvilken utdanning foreldrene hadde og foreldrenes økonomi. Mine resultater er dermed ikke helt sammenlignbare ettersom foreldre kan ha godt betalte jobber, selv om de ikke har høyere utdanning og omvendt. Det å vite hvilket arbeid foreldrene har kan mer presist si noe om inntekt, arbeidsforhold for foreldrene, og levestandard i ungdommens familie. Ungdommers vurdering av foreldrenes økonomi kan være basert på ulike sammenligningsgrunnlag, og det er ikke sikkert at foreldrene deler slik informasjon med sine barn.

Ungdommer som har vært utsatt for seksuelle overgrep assosieres med en rekke helseproblemer som psykosomatiske plager, angst og depresjon [76]. Resultater fra min studie viser at ungdommene med erfaring av negative seksuelle opplevelser, hadde høyere

sannsynlighet for å ha brukt legemidler mot psykosomatiske plager og definerte psykiske lidelser, enn ungdommer som ikke var seksuelt aktive. Ungdommene som hadde vært utsatt for seksuelle overgrep viste tre ganger høyere sannsynlighet for å ha brukt et legemiddel mot psykosomatiske plager, og ni ganger høyere sannsynlighet for å ha brukt et legemiddel mot definerte psykiske lidelser, i forhold til ungdommer som ikke hadde debutert seksuelt. Dette resultatet understreker tidligere publiserte funn fra samme studiemateriale, at ungdommer som har opplevd et seksuelt overgrep rapporterer høyere forekomster av helseplager, i forhold til ungdommer som ikke har debutert seksuelt eller vært utsatt for seksuelle overgrep [76].

For mange av disse ungdommene kan bruk av legemidler få dem til å fungere i hverdagen. En kan diskutere om legemiddelbruk i slike sammenhenger kan ses på som en beskyttende faktor, med tanke på eventuelt andre utfall som kunne ha kommet av å ikke bruke legemidler. Det kan også være at bruken av legemidlene kan fungere som en midlertidig form for resiliens, ettersom det ikke gjør noe med de utløsende faktorene til helseplagene, eller den mentale bearbeidelsen av den negative opplevelsen. Andre faktorer som vil være med å utvikle resiliens hos ungdommen kan være å tilby dem kontakt med voksne i samfunnet som kan støtte dem [17], og tilby gode og trygge skoler i samfunnet [3, 20]. Å ha trygge samlingspunkter for ungdommer i samfunnet kan minske sannsynligheten for at de samles, drikker seg overstadig beruset, og impulsivt debuterer seksuelt eller deltar i andre risikoatferder [3].

Et interessant funn i min studie var at ungdommer som rapporterte at de var seksuelt aktive, men ikke hadde noen negative erfaringer i den sammenheng, viste høyere sannsynlighet for å ha brukt et legemiddel mot psykosomatiske helseplager og definerte psykiske lidelser, i forhold til ungdommer som rapporterte at de ikke var seksuelt aktive. Dette viser at det å være seksuelt aktiv kan medføre at en lettere bruker legemidler. Funnet er interessant ettersom en studie basert på samme datamateriale som min masteroppgave, ikke fant sammenhenger mellom seksuell debut og høyere prevalens av psykosomatiske plager. Studien fant imidlertid at ungdommer som var seksuelt aktive hadde en høyere prevalens av depressive plager, enn ungdommer som ikke hadde debutert seksuelt [76]. En mulig forklaring på sammenhengen mellom seksuell debut og bruk av legemidler, kan være at ungdommer som er seksuelt aktive føler seg mer voksen og autonome ettersom sex er en atferd som assosieres med voksenlivet. Ungdommer som anser seg som autonome er trolig også ansvarlig for egen bruk av

legemidler. Det er vist at terskelen for å bruke smertestillende legemidler senkes enda mer når ungdommene selv tar ansvar for bruken av det. [61]

Å være utsatt for mobbing kan være en risikofaktor, ettersom det å bli mobbet er relatert til en høyere prevalens av somatiske plager og psykiske problemer blant ungdommer [51]. En dansk tverrsnittstudie basert på data fra en HBSC-studie utført i 1998, fant at ungdommer som var utsatt for mobbing hadde høyere odds for å bruke smertestillende og legemidler mot psykiske lidelser. Funnene skyldtes ikke en høyere prevalens av helseplager som legemidlene ble brukt for, ettersom det ble kontrollert for det i studien [64]. En amerikansk studie fant at barn og unge som brukte legemidler hadde en litt høyere sannsynlighet for å være utsatt for mobbing, men det var ikke store forskjeller mellom deltakerne [66]. I min studie fant jeg ikke noen signifikante, graderte sammenhenger mellom mobbing, mobbeatferd og bruk av legemidler mot psykosomatiske plager og definerte psykiske lidelser.

Min studie viser at å bli utsatt for risikofaktorene skilsmisse og tapt foreldrekontakt, og negative seksuelle erfaringer har betydning for ungdommenes helse og bruk av legemidler mot både psykosomatiske plager og definerte psykiske lidelser. Jeg ser også at odds ratio for at ungdommene hadde brukt slike legemidler økte med alvorlighetsgraden av risikofaktorene. Jeg har bare indirekte indikasjoner på at bruk av legemidler kan være en beskyttende faktor for disse ungdommene. Bruk av vanlige legemidler er nemlig assosiert med økt selvtillit og med høy grad av integrasjon med jevnaldrende.

Ungdommer utsatt for risikofaktorer i oppveksten kan fremstå som resiliente ved å søke hjelp angående helseplager som depresjon, angst, magesmerter og lignende ettersom det er å ta ansvar for egen helse og løse problemer på egenhånd. Legemidlene vil kunne hjelpe ungdommene til å fungere i hverdagen og forebygge eventuelle verre utfall av opplevelsen, som for eksempel sosial isolasjon, selvmordsforsøk eller rusmisbruk. Da blir kontakt med helsetjenester og legemiddelbruk en beskyttende faktor. Samtidig vil det å selvmedisinere seg med legemidler for å unngå bearbeidelse av traumatiske hendelser, være en form for unngåelsesstrategi på lik linje med rusmidler. Slike unngåelsesstrategier assosieres ofte med psykiske problemer. En tilnærmedesstrategi vil derimot oftere være relatert til bedring og mestring av traumatiske hendelser [115]. Psykoterapi er en form for tilnærmedesstrategi som trolig kan hjelpe ungdommer som bruker reseptfrie legemidler for å oppnå symptomlindring ved mental uhelse, slik en ser ved behandling av andre rusrelaterte misbruk

5. KONKLUSJON

Ungdommers helsedefinisjon er nært relatert til den biopsykososiale helsemodellen, og det medfører et bredt utvalg av indikasjoner for bruk av legemidler. Studien viser at det er en tydelig assosiasjon mellom redusert subjektiv helse og selvvardert helse med økt legemiddelbruk, der disse faktorene ser ut til å være en prediktor for morbiditet, hvis medikamentbruk ansees som et mål for dette. Kjønn har betydning for ungdommers medikamentbruk, og jeg har påvist en sosial gradient ved at ungdom som har valgt en yrkesfaglig utdanning har større sannsynlighet for å bruke legemidler enn elever i allmennfaglig skole. Medikamentbruk blant ungdom kan sees på som en atferd assosiert med helse- og risikofaktorer som daglig røyking og overdrevent alkoholkonsum. Det er en tydelig sammenheng mellom ungdommer som er utsatt for negative livshendelser og bruk av legemidler, ved at slike ungdommer i større grad enn andre bruker legemidler. Resultatene mine viste ikke medikamentbruk i kun negativ retning, da jeg fant at legemiddelbrukene ungdom rapporterte bedre selvtillit enn andre, og at de kunne være omgitt av støttende venner. En ser at legemiddelbruk er assosiert med seksuell debut, noe som er et tegn på å ha trådd inn i voksenrollen. Bruk av reseptpliktige legemidler vil også være uttrykk for ansvarlighet i søken etter hjelp for helseproblemer, til tross for at bruken er assosiert med risikoatferd og risikofaktorer i ungdommens liv. Selv om studiens resultater ikke har grunnlag for å vurdere overforbruk av legemidler, er det tydelig at medikamentbruk også kan være et tegn på livsproblemer og risikoatferder. Medikamenter kan brukes for å dempe mentale og kroppslige ubehag, eller som en mestringsstrategi for å komme seg igjennom dagen. Helsepersonell skal være klar over denne sammenhengen, og ta tak i ungdom som viser tegn på uhensiktsmessig symptomlindring med legemidler, og tilby dem hjelpen de har behov for.

5.1 Veien videre

At 50 % av ungdommene i studien min hadde brukt minst et legemiddel de 4 siste ukene, tilsier at legemiddelbruken blant ungdommer er høy. Det er derfor viktig at ungdommene er riktig informert, forstår virkningen, bivirkninger og forsiktighetsregler ved medikamentene de bruker. I motsetning til amerikanske ungdommer [116] leser ikke norske ungdommer pakningsvedlegg, og det kan tyde på at de ikke forholder seg til eventuelle bivirkninger eller forsiktighetsregler ved legemiddelet [61]. En bør derfor utvikle forebyggingskampanjer som er med på å opplyse ungdommer om trygg bruk av medikamenter, slik at overforbruk og skader som for eksempel medikamentindusert hodepine ikke utvikles. En må nå ungdommen på en slik måte at en sikrer at de får med seg informasjon som står i pakningsvedlegget, og at de ikke lar seg lure av medias fremstilling av legemidler. Ungdommer har selv uttalt at media påvirker dem til å tro at bruk av reseptfrie legemidler er harmløst, og at de dermed ikke tar forsiktighetsregler [61]. Det er også viktig å informere foreldre om riktig bruk av legemidler, ettersom ungdommer ofte arver foreldrenes holdninger til legemiddelbruk. En norsk studie mener at en kan få ned bruken av smertestillende medikamenter hos ungdommer, ved å begrense tilgangen og gi foreldre god informasjon om legemiddelbruk [61]. Det er kjent at medisinerbruk i tidlige barneår predikerer fremtidig bruk i ungdommen [67], så det er derfor viktig at helsefremmende tiltak også når foreldre.

Ungdommer som har opplevd negative livshendelser kan ha nytte av å bruke legemidler for å fungere i hverdagen, og det kan være en strategi som holder dem borte fra mer alvorlige og skadelige utfall. Det å bruke legemidler for psykiske lidelser er eksempel på situasjoner der legemiddelbruk kan anses som en god mestringsstrategi. Ungdommer som imidlertid ukritisk bruker reseptfrie legemidler for å håndtere stress og undertrykke underliggende faktorer, forhindres i å lære andre strategier enn bruk av medikamenter for å fungere i hverdagen [85]. Det å ukritisk bruke legemidler kan være en unngåelsesstrategi og bør ikke være eneste mulighet for ungdom med dårlig mental helse. Det trengs helsefremmende tiltak i samfunnet som legger til rette for at ungdommer kommer i kontakt med voksne, som kan fungere som støttespillere og gode forbilder for dem. Et annet viktig poeng er at voksne som omgås ungdommer følger med på deres bruk av legemidler, om de er en del av skolen, helsetjenester, er foreldre eller andre voksne i ungdommens liv. Det er blant annet vist at fysisk aktivitet har positiv innvirkning på ungdommers fysiske og mentale helse [21], så samfunnet bør bidra til å

fremme slik atferd blant ungdommer i form av å legge til rette for etablering av fritidsaktivitetstilbud i ungdommenes omgivelser.

For å bedre kartleggingen og forståelsen av ungdommers bruk av legemidler trengs det videre forskning på en rekke områder. Vi vet i dag lite om forbruket av legemidler blant norske ungdommer, og om det er fare for overdreven bruk av legemidler i denne aldersgruppen. Det er i den sammenheng også essensielt å vite hva motivet deres er for å bruke legemidler, er det faktisk symptomlindring eller en form for mestringsstrategi? Hvilke holdninger har denne aldersgruppen til bruk av legemidler, og hvem påvirker dem til å bruke legemidler? Hvor ansvarlig er ungdommer selv ovenfor egen bruk av legemidler? Det er få studier på dette området, og spesielt blant ungdommer i sen ungdomstid. Ved å samle inn informasjon på disse områdene blir samfunnet bedre rustet til å utvikle gode helsefremmende tiltak som omtalt tidligere.

REFERANSELISTE

1. Neinstein, L.S. and Ovid Technologies Inc, *Adolescent health care a practical guide*. 5th ed ed. 2007, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. s.
2. Haavet, O.R., *Ungdomsmedisin*. 2005, Oslo: Universitetsforl. 208 s.
3. Hagell, A. and J. Coleman, *Adolescence, risk and resilience : against the odds*. 2007, Chichester: Wiley. 205 s.
4. Gullone, E. and S. Moore, *Adolescent risk-taking and the five-factor model of personality*. J Adolesc, 2000. 23(4): p. 393-407.
5. Rodham, K., et al., *Adolescents' perception of risk and challenge: a qualitative study*. J Adolesc, 2006. 29(2): p. 261-72.
6. P.-A, M., *Adolescents and risks: Why not change our paradigm? . Journal of Adolescent Health* 2006. 38(5): p. 481-483.
7. Bynner, J., *Childhood risks and protective factors in social exclusion*. Children and Society 2001. 15(5): p. 285-301.
8. F Narring*, et al., *Abortion requests among adolescents in comparison with young adults in a Swiss region (1990–1998)*. Acta Paediatrica, 2002. 91(8): p. 965-970.
9. Santelli, J., et al., *Abstinence and abstinence-only education: A review of U.S. policies and programs*. Journal of Adolescent Health, 2006. 38(1): p. 72-81.
10. Appleyard, K., et al., *When more is not better: the role of cumulative risk in child behavior outcomes*. J Child Psychol Psychiatry, 2005. 46(3): p. 235-45.
11. Gest, S.D., M.G. Reed, and A.S. Masten, *Measuring developmental changes in exposure to adversity: a Life Chart and rating scale approach*. Dev Psychopathol, 1999. 11(1): p. 171-92.
12. Darwin, C., *The origin of species : by means of natural selection, or The presentation of favored races in the struggle for life*. 1999, New York: Bantam Books. ix, 416 s.
13. Kobasa, S.C., *Stressful life events, personality, and health: an inquiry into hardiness*. J Pers Soc Psychol, 1979. 37(1): p. 1-11.

14. Rutter, M., *Implications of resilience concepts for scientific understanding*. Ann N Y Acad Sci, 2006. 1094: p. 1-12.
15. Luthar Suniya S., F.D.M., Horwood L.J., *Resilience and Vulnerability*. Resilience to Childhood Adversity: Results of a 21-Year Study. 2003, Cambridge: Cambridge University Press.
16. Newman, T., *What Works in Building Resilience?* 2004: Jessica Kingsley Limited.
17. Haavet, O.R., *Adolescents at risk : the impact of contextual and individual factors on health : a study of 10th grade pupils in Oslo, Norway*. Unipubavhandling. 2005, Oslo: Faculty of Medicine Unipub. 1 b. (flere pag.).
18. Olsson, C.A., et al., *Adolescent resilience: a concept analysis*. J Adolesc, 2003. 26(1): p. 1-11.
19. Rutter, M., *Resilience as a dynamic concept*. Development and Psychopathology, 2012. 24(02): p. 335-344.
20. Blum, R.W., *Healthy Youth Development as a Model for Youth Health Promotion: A Review* Journal of Adolescent Health, 1998. 22(5): p. 368-375.
21. Haugland, T.N.S., *Fysisk aktivitet og opplevd helse blant norske 11 – 15-åringer*. Tidsskr Nor Lægeforen, 2003(6).
22. Gonzales, N.A., et al., *Family, peer, and neighborhood influences on academic achievement among African-American adolescents: one-year prospective effects*. Am J Community Psychol, 1996. 24(3): p. 365-87.
23. Breidablik, H.-J., *Selvopplevd helse hos barn og unge*. 2012, [Bergen]: Universitetet i Bergen. 1 b. (flere pag.) : ill.
24. Den Norske lægeforening, *Forskning og fagutvikling i forebyggende helsearbeid blant barn og unge : rapport fra arbeidsgruppe oppnevnt av Folkehelse, Norges forskningsråd, Statens helsetilsyn og Forprosjekt for oppretting av Forsknings- og utviklingscenter for helsestasjons- og skolehelsetjenesten : etter initiativ fra Den norske lægeforening : avgitt til Legeforeningen 15.02.2001*. 2001, Oslo: Legeforeningen. 62 s.

25. Mæland, J.G., *Forebyggende helsearbeid : i teori og praksis*. 1999, [Oslo]: Tano Aschehoug. 232 s.
26. Hjort, P.F., *Om helsebegrepet og det forebyggende helsearbeid*. Folkehelse Oslo.
27. Hjort, P.F., *Helsebegrepet, helseidealet og helsepolitiske mål*. 1982, Oslo: Tanum-Norli. S. 11-30.
28. Omsorgsdepartementet, H.o. *Verdens helseorganisasjon, WHO*. 2012 28.03 [cited 2013 05.05.13]; Available from:
http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/internasjonalt_helsearbeid/verdens-helseorganisasjon-who.html?id=435126.
29. Espnes, G.A. and G. Smedslund, *Helsepsykologi*. 2009, Oslo: Gyldendal akademisk. 445 s. : ill.
30. O. Ryden, U.S., *Hälsopsykologi. Psykologiske aspekter på hälsa och sjukdom*. 1994, Stockholm: Bonnier Utbildning.
31. HOD, *Lov om folkehelsearbeid*, 2011, Det Kongelige Helse og Omsorgsdepartementet: Oslo.
32. Engel, G.L., *The need for a new medical model: a challenge for biomedicine*. Science, 1977. 196(4286): p. 129-36.
33. White Peter, S.E., *Biopsychosocial medicine : an integrated approach to understanding illness*. The history of the biopsychosocial approach in medicine: before and after Engel. 2005, Oxford: Oxford University Press. XXIII, 242 s.
34. Krause, N.M. and G.M. Jay, *What Do Global Self-Rated Health Items Measure?* Medical Care, 1994. 32(9): p. 930-942.
35. Boardman, J.D., *Self-rated health among U.S. adolescents*. Journal of Adolescent Health, 2006. 38(4): p. 401-408.
36. Manderbacka, K., E. Lahelma, and P. Martikainen, *Examining the continuity of self-rated health*. Int J Epidemiol, 1998. 27(2): p. 208-13.
37. Idler, E.L. and Y. Benyamini, *Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies*. J Health Soc Behav, 1997. 38(1): p. 21-37.

38. Schou MB, K.S., Westin S., *Hva betyr selvopplevd helse for dødeligheten?* Tidsskr Nor Lægeforen., 2006. 126(20): p. 2644-2647.
39. Barsky, A.J., *The paradox of health.* N Engl J Med, 1988. 318(7): p. 414-8.
40. Grøtvedt L, G.A., *Helseprofil for Oslo. Barn og unge, 2002*, Nasjonalt folkehelseinstitutt.Oslo kommune: Oslo
41. L.E. Aarø, S.H., J. Hetland, T. Torsheim, O. Samdal, B. Wold, *Psykiske og somatiske plager blant ungdom.* Tidsskr Nor Lægeforen 2001. 121(25).
42. folkehelseinstitutt, N. *Tema: Legemider.* 06.05.2013]; Available from: <http://www.fhi.no/tema/legemidler>.
43. K.Furu, S.S., E.O.Rosvold, *Selvrapportert legemiddelbruk hos 15 – 16-åringer i Norge.* Tidsskr Nor Lægeforen, 2005. 125(20).
44. Pereira, F.S., et al., *Self-medication in children and adolescents.* J Pediatr (Rio J), 2007. 83(5): p. 453-8.
45. Moraes, A.C., et al., *Factors associated with medicine use and self medication are different in adolescents.* Clinics (Sao Paulo), 2011. 66(7): p. 1149-55.
46. Andersen, A., B.E. Holstein, and E.H. Hansen, *Is Medicine Use in Adolescence Risk Behavior? Cross-Sectional Survey of School-Aged Children from 11 to 15.* The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine, 2006. 39(3): p. 362-366.
47. Du, Y. and H. Knopf, *Self-medication among children and adolescents in Germany: results of the National Health Survey for Children and Adolescents (KiGGS).* Br J Clin Pharmacol, 2009. 68(4): p. 599-608.
48. Pfaffenbach, G., F. Tourinho, and F. Bucarechi, *Self-medication among children and adolescents.* Curr Drug Saf, 2010. 5(4): p. 324-8.
49. Pan, Y. and C.A. Pratt, *Metabolic syndrome and its association with diet and physical activity in US adolescents.* J Am Diet Assoc, 2008. 108(2): p. 276-86; discussion 286.

50. Audrain-McGovern, J., D. Rodriguez, and J.D. Kassel, *Adolescent smoking and depression: evidence for self-medication and peer smoking mediation*. *Addiction*, 2009. 104(10): p. 1743-56.
51. Meland, E., et al., *Emotional, self-conceptual, and relational characteristics of bullies and the bullied*. *Scand J Public Health*, 2010. 38(4): p. 359-67.
52. Holstein, B.E., E.H. Hansen, and P. Due, *Social class variation in medicine use among adolescents*. *Eur J Public Health*, 2004. 14(1): p. 49-52.
53. Ham, L.S. and D.A. Hope, *College students and problematic drinking: A review of the literature*. *Clinical Psychology Review*, 2003. 23(5): p. 719-759.
54. Tyas, S.L. and L.L. Pederson, *Psychosocial factors related to adolescent smoking: a critical review of the literature*. *Tob Control*, 1998. 7(4): p. 409-20.
55. Bertoldi, A.D., et al., *Medicine access and utilization in a population covered by primary health care in Brazil*. *Health Policy*, 2009. 89(3): p. 295-302.
56. Costello, I., I.C. Wong, and A.J. Nunn, *A literature review to identify interventions to improve the use of medicines in children*. *Child Care Health Dev*, 2004. 30(6): p. 647-65.
57. McQuaid, E.L., et al., *Medication adherence in pediatric asthma: reasoning, responsibility, and behavior*. *J Pediatr Psychol*, 2003. 28(5): p. 323-33.
58. Bakken, K. and A.G. Granås, *Samfunnsfarmasi: legemiddelbruk og farmasøytisk profesjonsutøvelse*. 2010, Bergen: Fagbokforlaget. 300 s. : ill. ; 28 cm.
59. Yeo, M. and S. Sawyer, *Chronic illness and disability*. *BMJ*, 2005. 330(7493): p. 721-3.
60. Salema, N.E., R.A. Elliott, and C. Glazebrook, *A systematic review of adherence-enhancing interventions in adolescents taking long-term medicines*. *J Adolesc Health*, 2011. 49(5): p. 455-66.
61. Helseth, S., et al., *Adolescents and the use of over-the-counter analgesics*. *Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies / Vård i Norden*, 2009. 29(3): p. 28-31.
62. Tourinho, F.S., et al., *Home medicine chests and their relationship with self-medication in children and adolescents*. *J Pediatr (Rio J)*, 2008. 84(5): p. 416-22.

63. legemiddelverk, S. *Salg av legemidler utenom apotek (LUA)*. 2012 [cited 2012 23.10.2013]; Available from: [http://www.legemiddelverket.no/Import_og_salg/Salg-av-legemidler-utenom-apotek-\(LUA\)/Sider/default.aspx](http://www.legemiddelverket.no/Import_og_salg/Salg-av-legemidler-utenom-apotek-(LUA)/Sider/default.aspx).
64. Due, P., et al., *Is Victimization From Bullying Associated With Medicine Use Among Adolescents? A Nationally Representative Cross-sectional Survey in Denmark*. *Pediatrics*, 2007. 120(1): p. 110-117.
65. Holstein, B.E., et al., *Self-rated health as predictor of medicine use in adolescence*. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 2008. 17(2): p. 186-192.
66. Van Cleave, J. and M.M. Davis, *Bullying and Peer Victimization Among Children With Special Health Care Needs*. *Pediatrics*, 2006. 118(4): p. e1212-e1219.
67. Bertoldi AD , T.S.M., Menezes AMB , et al., *Tracking of medicine use and self-medication from infancy to adolescence: 1993 Pelotas (Brazil) birth cohort study*. *J Adolesc Health* 2012. 51(6): p. 5-11.
68. Ebba H Hansen, B.E.H., Pernille Due, Candace E Currie *International Survey of Self-Reported Medicine Use Among Adolescents* *Ann Pharmacother*, 2003. vol. 37 (3): p. 361-366.
69. Furu K, T.D., *Validity of questions in the use of specific drug-groups in health surveys*. *Pharm World Sci* 2001. 23(2): p. 50-54.
70. legemiddelverk, S. *Reseptregisteret*. 2013; Available from: <http://www.reseptregisteret.no/Prevalens.aspx>.
71. Cox, E.R., et al., *Trends in the prevalence of chronic medication use in children: 2002-2005*. *Pediatrics*, 2008. 122(5): p. e1053-61.
72. Zoega, H., et al., *Use of ADHD drugs in the Nordic countries: a population-based comparison study*. *Acta Psychiatr Scand*, 2011. 123(5): p. 360-7.
73. Hoel, S., et al., *Adolescent alcohol use, psychological health, and social integration*. *Scand J Public Health*, 2004. 32(5): p. 361-7.
74. Meland, E., T.E. Kadar, and H.J. Breidablik, *[Smoking, self-experienced health and social integration among adolescents]*. *Tidsskr Nor Laegeforen*, 2000. 120(25): p. 3013-6.

75. Reiter, S.F., et al., *Impact of divorce and loss of parental contact on health complaints among adolescents*. Journal of Public Health, 2013.
76. Dahle, T., et al., *[Unwanted sexual experiences and health complaints among adolescents]*. Tidsskr Nor Laegeforen, 2010. 130(19): p. 1912-6.
77. Unit, H.I.C.C.C.A.H.R. *Health Behaviour in School-aged Children, World Health Organization collaborative cross-national survey*. About HBSC [cited 2013 18.05.2013]; Available from: <http://www.hbsc.org/about/index.html>.
78. Bland, J.M. and D.G. Altman, *Statistics notes: Cronbach's alpha*. BMJ, 1997. 314(7080): p. 572.
79. Van den Brandt, P.A., et al., *Comparison of questionnaire information and pharmacy data on drug use*. Pharm Weekbl Sci, 1991. 13(2): p. 91-6.
80. Bendixen, M., K.M. Muus, and B. Schei, *The impact of child sexual abuse--a study of a random sample of Norwegian students*. Child Abuse Negl, 1994. 18(10): p. 837-47.
81. Olshen, E., et al., *Dating violence, sexual assault, and suicide attempts among urban teenagers*. Arch Pediatr Adolesc Med, 2007. 161(6): p. 539-45.
82. Huurre, T., H. Junkkari, and H. Aro, *Long-term Psychosocial effects of parental divorce*. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 2006. 256(4): p. 256-263.
83. Torsheim, T., et al., *Cross-national variation of gender differences in adolescent subjective health in Europe and North America*. Social Science & Medicine, 2006. 62(4): p. 815-827.
84. Gobina, I., et al., *The medicine use and corresponding subjective health complaints among adolescents, a cross-national survey*. Pharmacoeconomics and Drug Safety, 2011. 20(4): p. 424-431.
85. Hansen, D.L., E.H. Hansen, and B.E. Holstein, *Using analgesics as tools: young women's treatment for headache*. Qual Health Res, 2008. 18(2): p. 234-43.
86. Skurtveit, S., E.O. Rosvold, and K. Furu, *Use of psychotropic drugs in an urban adolescent population: the impact of health-related variables, lifestyle and sociodemographic*

- factors—*The Oslo Health Study 2000–2001*. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 2005. 14(4): p. 277-283.
87. Sorensen, L., [*The use of psychopharmaceuticals, psychostimulants and antidepressants in children and adolescents*]. *Ugeskr Laeger*, 1998. 160(51): p. 7433-7.
88. Polanczyk, G., et al., *The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and meta-regression analysis*. *Am J Psychiatry*, 2007. 164(6): p. 942-8.
89. McCarthy, S., et al., *Attention-deficit hyperactivity disorder: treatment discontinuation in adolescents and young adults*. *Br J Psychiatry*, 2009. 194(3): p. 273-7.
90. Folkehelseinstituttet. *Psykiske lidelser hos barn og unge*. 2010 21.02.2013 [cited 2010 30.04.2010]; Available from: http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List_6212&Main_6157=6263:0:25,6336&MainContent_6263=6464:0:25,6337&List_6212=6218:0:25,7198:1:0:0:::0:0.
91. Ramchandani, P., *Treatment of major depressive disorder in children and adolescents*. *BMJ*, 2004. 328(7430): p. 3-4.
92. Bridge, J.A., et al., *Clinical response and risk for reported suicidal ideation and suicide attempts in pediatric antidepressant treatment: a meta-analysis of randomized controlled trials*. *JAMA*, 2007. 297(15): p. 1683-96.
93. Clavenna, A., et al., *Use of psychotropic medications in Italian children and adolescents*. *European Journal of Pediatrics*, 2007. 166(4): p. 339-347.
94. folkehelseinstitutt, N., *Legemiddelforbruket i Norge 2004-2008*, 2009.
95. Rosvold, T.H.P.L.S.H.E.O., *Holdninger til reseptfrie smertestillende legemidler blant 15–16-åringene*. *Tidsskr Nor Legeforen* 2009(15).
96. Cheung, M.M.L., *Tiden etter LUA-ordningen: Har forekomsten av paracetamolforgifninger endret seg?* *Norsk Farmaceutisk Tidsskrift* 2009. 2009(10): p. 14-15.
97. Gunnell, D., V. Murray, and K. Hawton, *Use of Paracetamol (Acetaminophen) for Suicide and Nonfatal Poisoning: Worldwide Patterns of Use and Misuse*. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2000. 30(4): p. 313-326.

98. Steffenak, A.K., et al., *Increase in psychotropic drug use between 2006 and 2010 among adolescents in Norway: a nationwide prescription database study*. Clin Epidemiol, 2012. 4: p. 225-31.
99. legemiddelverk, S. *Preparatomtale Circadin*. 2013 20.04.2012]; Available from: http://slv.no/Legemiddelsoek/Sider/Preparatomtale.aspx?pakningId=63ae9bd4-89ca-45e6-96e3-7a75e14fb304&searchquery=circadin&f=Han;Mtl;Vir;ATC;Var;Mar;Mid;Avr;#SPCHUMAN_05_02.
100. Ursin, E.S.R., *Søvnvaner hos ungdom*. Tidsskr Nor Lægeforen, 2001(3).
101. Saxvig, I.W., et al., *Prevalence and correlates of delayed sleep phase in high school students*. Sleep Medicine, 2012. 13(2): p. 193-199.
102. Foundation, N.S. *2011 Sleep in America Poll, Communications Technology in the Bedroom*. 2011; Available from: http://www.sleepfoundation.org/sites/default/files/sleepinamericapoll/SIAP_2011_Summary_of_Findings.pdf.
103. Folkehelseinstitutt. *Sterk økning i bruk av legemidler ved ADHD*. 2009 [cited 2009 22.04.2009]; Available from: http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Content_6496&Main_6157=6263:0:25,6201&MainContent_6263=6496:0:25,6205&Content_6496=6178:75064:25,6205:0:6562:37:::0:0.
104. Ruths, P.K.S.L.S.R.K.S.H.S., *Foreskriving av legemiddel mot AD/HD 2004 – 08*. Tidsskr Nor Legeforen, 2012(16).
105. Wold, L.E.A.S.H.J.H.T.T.O.S.B., *Psykiske og somatiske plager blant ungdom*. Tidsskr Nor Lægeforen 2001. 25(121:2923-7).
106. Wold, B., *Utviklingstrekk i helse og livsstil blant barn og unge fra Norge, Sverige, Ungarn og Wales: resultater fra landsomfattende spørreskjema-undersøkelser tilknyttet prosjektet "Helsevaner blant skoleelever : en WHO undersøkelse i flere land (HEVAS)". Vol. nr 1 - 2000*. 2000, Bergen: HEMIL-senteret, Universitetet i Bergen. III, 134 s. : diagr.
107. Axell, P.H. and Norges forskningsråd . Området for kultur og samfunn, *Med forskerblikk på verdier : Verdinettet, flerfaglig forskning om verdispørsmål og livskvalitet*. 2002, Oslo: Norges forskningsråd, Området for kultur og samfunn. 290 s.

108. Patten, C.A., et al., *Depressive symptoms in California adolescents: Family structure and parental support*. Journal of Adolescent Health, 1997. 20(4): p. 271-278.
109. legemiddelverk, S. *Preparatomtaler, SPC*. Available from: <http://slv.no/Legemiddelsoek/Sider/Default.aspx?searchquery=&f=Han;Mtl;Vir;ATC;Var;Mar;Mid;Avr>
110. Spigset, E.M.O., *Tobakksrøyking og interaksjoner med legemidler*. Tidsskr Nor Legeforen, 2009. 129(7): p. 632-3.
111. Legemiddelindustrien. *Felleskatalogen, preparatomtale Norlevo*. 2013 16.08.2012; Available from: <http://www.felleskatalogen.no/medisin/norlevo-hra-pharma-562091>.
112. Mendle, J., et al., *Depression and adolescent sexual activity in romantic and nonromantic relational contexts: a genetically-informative sibling comparison*. J Abnorm Psychol, 2013. 122(1): p. 51-63.
113. Davila, J., et al., *Romantic and sexual activities, parent-adolescent stress, and depressive symptoms among early adolescent girls*. Journal of Adolescence, 2009. 32(4): p. 909-924.
114. Storksen, I., et al., *Marriages and psychological distress among adult offspring of divorce: A Norwegian study*. Scandinavian Journal of Psychology, 2007. 48(6): p. 467-476.
115. Dahl, S., *Rape: a hazard to health*. 1993, Oslo: Scandinavian University Press. XI, 154 s. : ill.
116. Nabors, L.A., et al., *Reading about over-the-counter medications*. Issues in Comprehensive Pediatric Nursing, 2004. 27(4): p. 297-305.

VEDLEGG

Vedlegg 1: Utdrag av spørsmål fra spørreundersøkelsen

**VEDLEGG 1 Utdrag av spørsmål fra spørreundersøkelsen;
«Helse, miljø og livsstilsundersøkelse i vidaregåande skular Førde
Høst 2009»**

1. Er du gutt eller jente?

Jente

Gutt

2. Hvilken alder har du?

..... År

3. Hvilken skole går du i ?

Hafstad v.g skole

Øyrane v.g skole

Mo v.g skole

4. Er dine foreldre separert eller skilt, eller har de noen gang flyttet fra hverandre for mer enn ett år?

Nei

Ja de flyttet fra hverandre eller ble separert da jeg var..... år, men flyttet senere sammen igjen

Ja, de ble skilt eller flyttet fra hverandre for godt da jeg var år.

5. Hvor god råd har familien din?

Svært god råd

God råd

Middels god råd

Ikke særlig god råd

Dårlig råd

6. Hvilken utdannelse har foreldrene dine?

Mor/Far hver for seg:

Grunnskole

Videregående skole (gymnas)

Yrkesutdannin/yrkesskole (for eksempel snekker, rørlegger, jordbruk)

Høyskole 3-4 år

Universitet/handlehøyskole o.l

Annet

7. Utenom skoletid: Hvor mange timer i uken driver du idrett, eller mosjonerer du så mye at du blir andpusten og/eller svett?

Ingen

½-1 time

2-4 timer

Over 4 timer

8. Prøver du å slanke deg?

Nei, vekten min er passe

Nei, men jeg trenger å slanke meg

Ja

9. Hva mener du om din egen helse nå for tiden?

Svært god

God

Ikke særlig

10. Hva synes du stort sett om livet ditt for tiden?

Jeg er lykkelig

Jeg er OK

Jeg er ikke særlig lykkelig

Jeg er ikke lykkelig i det hele tatt

11. I løpet av de siste 6 måneder: Hvor ofte har du hatt følgende plager: (Sett et kryss per linje)

	Omtrent hver dag	Mer enn èn gang per uke	Omtrent hver uke	Omtrent hver måned	Sjelden
Hodepine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vondt i magen (utenom mens.smerter)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ryggsmerter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følt deg nedfor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vært irritabel eller i dårlig humør	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervøs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vanskelig for å sovne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svimmel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatt nakke-skulderplager	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opplevd diffus angst/angstanfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. a) Har du siste året hatt sammenhengende perioder på flere dager der du har vært ulykkelig/deprimert eller manglet livslyst?

Aldri

Det har skjedd

Det har skjedd flere ganger

b) I tilfellet, har dette vært av en slik grad at det har gått ut over skolen eller dagliglivet?

I liten grad

I stor grad

c) Har du i perioder tenkt på å gjøre slutt på livet ditt?

Aldri

Det har hendt

Det har hendt flere ganger

13. Har du i løpet av de fire siste ukene tatt medisiner for noe av dette? (Sett et kryss per linje)

	Ja	Nei
Hoste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forkjølelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hodepine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magesmerter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Søvnproblemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervøsitet/angst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hyperaktivitet (MBD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Hvor ofte røyker du?

Hver dag

Hver uke

Sjeldnere enn en gang i uken

Ikke i det hele tatt

15. Har du noen gang drukket så mye alkohol at du har vært skikkelig beruset (full)?

Nei

Ja, noen ganger

Ja, ca 10 ganger

Ja, mer enn 10 ganger

16. Hvor mange gode venner har du i klassen din?

Ingen

Jeg har 1 god venn i klassen

Jeg har 2 eller 3 gode venner i klassen

Jeg har 4 eller 5 gode venner i klassen

Jeg har mange gode venner i klassen

17. Hvor ofte er du blitt mobbet på skolen etter sommerferien?

- Jeg har ikke blitt mobbet på skolen etter sommerferien
- 1 eller 2 ganger
- Av og til
- Omtrent 1 gang i uken
- Flere ganger i uken

18. Hvor ofte har du vært med på å mobbe andre elever på skolen etter sommerferien?

- Jeg har ikke vært med på å mobbe andre elever på skolen etter sommerferien
- 1 eller 2 ganger
- Av og til
- Omtrent 1 gang i uken
- Flere ganger i uken

19. Nedenfor står det noen påstander om dine foreldre. Les dem nøye og sett ett kryss for hver påstand. Hvis din far eller mor ikke bor sammen, svar da for det hjemmet der du bor det meste av tiden.

	Alltid	Ofte	Av og til	Sjelden	Aldri
a) Hvis jeg har problemer på skolen, er mine foreldre klar til å hjelpe meg.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Mine foreldre er villig til å gå på møter på skolen for å snakke med lærerne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Mine foreldre oppmuntrer meg til å gjøre det bra på skolen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. Hvor lett eller vanskelig er det for deg å snakke med andre om ting som virkelig plager deg? Sett ett kryss for hver av de personene som er listet opp nedenfor. Hvis din far eller mor ikke bor sammen, svar da for det hjemmet du bor for det meste av tiden.

	Veldig lett	Lett	Vanskelig	Veldig vanskelig	Ingen kontakt
Far	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eldre brødre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eldre søstre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Venner av samme kjønn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Venner av motsatt kjønn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lærer/Rådgiver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Helsesøster/Helsepersonell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. Hvor mange nære venner har du akkurat nå for tiden (det vil si venner som du kjenner godt og som du føler du kan stole på)?

Ingen

En

To eller flere

22. Hvor ofte er du sammen med venner utenom skoletiden?

4-5 dager i uken

2-3 dager i uken

En gang i uken eller mindre

Har ingen venner for tida

23. Hvor mange kvelder i uken er du ute sammen med venner?

1 2 3 4 5 6 7 kvelder

24. Er det noe ved kroppen din du har lyst til å forandre?

Ja

Nei

25. Hva synes du om kroppen din? Den er:

Altfor tynn

Litt for tynn

Omtrent passe str

Litt for tykk

Altfor tykk

Jeg tenker ikke på det

26. Hva synes du om utseende ditt?

- Jeg er svært pen
- Jeg er ganske pen
- Jeg er vanlig pen
- Jeg er ikke særlig pen
- Jeg er ikke pen i det hele tatt
- Jeg tenker ikke på det

27. Er det lett eller vanskelig for det å skaffe deg nye venner?

- Svært lett
- Lett
- Vanskelig
- Svært vanskelig

28. Føler du deg hjelpsløs?

- Alltid
- Ofte
- Av og til
- Sjelden
- Aldri

29. Er du sikker på deg selv?

- Alltid
- Ofte
- Av og til
- Sjelden
- Aldri

30. Har du hatt seksuell omgang med annen person i form av samleie?

- Nei
- Ja

31. Har du benyttet såkalt «angrepille» (nødprevensjon)?

- Nei
- Ja, en gang
- Ja, flere ganger

32. Har du hatt seksuelle opplevelser der du:

	Ja	Nei
Følte at du ble overtalt og angret etterpå?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
At du følte deg presset til det	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følte det som et overgrep	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det var et overgrep	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

