

Död och sjuklighet bland unga inger oro nationellt och globalt

Åldersgruppen 15–24 år har fått minst hälsovinster av de senaste 50 årens förändringar. Sociala, beteendemässiga och miljöbetingade faktorer ligger bakom merparten av ohälsoproblemen.

LARS I HOLMBERG, med dr, överläkare, barn- och ungdomsmedicinska kliniken, Falu lasarett
lars.i.holmberg@ltdalarna.se

Globalt har under de senaste decennierna etiologin till morbiditet och mortalitet bland ungdomar förändrats på ett påtagligt sätt. Tidigare var infektionssjukdomar den största orsaken till sjuklighet och död, medan det numera är sociala, beteendemässiga och miljöbetingade faktorer som ligger bakom merparten av ohälsoproblemen. Detta är principiellt mycket viktigt och innebär att vi har möjlighet att förbättra ungdomars hälsa med adekvata hälsofrämjande metoder.

Under ungdomsåren utsätts individen för en del risker och faror, men det är också en period i livet som ger stora möjligheter till utveckling och fortsatt hälsa och välbefinnande genom utbildning och preventiva insatser. Det är under ungdomsåren som flickor och pojkar börjar röka, använda alkohol och droger, köra moped och bil och debutera sexuellt. Under den tiden grundläggs också matvanor och motionsvanor, beteenden som har betydelse för den framtida hälsan. Nästan två tredjedelar av för tidiga dödsfall och en tredjedel av den totala sjukdomsburden i vuxen ålder uppskattas ha samband med förhållanden eller beteenden som har börjat under ungdomstiden [1].

Förändrade mortalitetsmönster

I världen finns nu uppskattningsvis en och en halv miljard individer som är mellan 12 och 24 år, den största ungdomsgrupp som funnits [2]. Bland alla sociala förändringar som globalt inverkat på detta har ingen varit så betydande som den minskade barnadödligheten. Som en följd av olika insatser under 1970- och 1980-talen har det således blivit en dramatisk ökning av antalet ungdomar, särskilt i utvecklingsländerna.

I en studie som använde WHO:s databas analyserades den globala mortaliteten för barn och ungdomar i åldrarna 1–24 år från 1955 till 2004 [3]. Den visade att ungdomar i åldrarna 15–24 år hade fått färre hälsovinster av de förändringar som skett under halvseklerna än de som var yngre. Dödligheten i åldersgruppen 15–24 år var under perioden 2000–2004 högre än i åldersgruppen 1–4 år i de flesta länder där data analyserades. Mortaliteten bland män i åldersgruppen 15–24 år var under samma period två till tre gånger så hög som bland pojkar i åldersgruppen 1–4 år. Det förändrade mortalitetsmönstret tyder på att framtida globala hälsomål bör ha ökad tonvikt på hälsan bland ungdomar och unga vuxna [4].

En generation bakåt var giftermålsåldern i många länder lägre än i dag, fler ungdomar bodde på landsbygden och färre ungdomar gick i skolan. Dessa sociala förändringar har också,

tillsammans med andra faktorer, haft och kommer att ha djupgående effekter på ungdomars hälsa.

Unga flickors livsmönster

Giftermål är av särskilt intresse på grund av dess inverkan på unga flickors livsmönster. Demografer har särskilt intresserat sig för giftermålsåldern eftersom den, för de flesta kvinnor i utvecklingsländer, är nära förknippad med deras ålder vid barnafödande [5]. Ett äktenskap i tidig ålder innebär att flickan har begränsad utbildning och arbetserfarenhet och är också förknippad med en högre grad av separationer [6]. Dagens ungdomar gifter sig vid högre ålder än vad deras föräldrar gjorde, och data tyder på att avsevärt färre kvinnor gifter sig före 20-årsåldern som i tidigare generationer [7].

En framträdande dödsorsak bland unga kvinnor, särskilt i utvecklingsländer, är mödradödlighet [8]. Unga kvinnor som inte nått full fysisk och fysiologisk mognad löper nästan tre gånger så stor risk att dö av komplikationer i samband med barnafödande som äldre kvinnor [8].

En annan förändring av stor betydelse för ungdomars hälsa under de senaste decennierna är den ökade värderingen av utbildning, som visat sig genom statliga programförklaringar runtom i världen [5]. Särskilt har flickors utbildning visat sig ha stark koppling till hälsovinster. Ett av de starkaste sambanden finns mellan moderns utbildning och spädbarnsdödligheten [9]. Ju fler år i skolan modern har, desto större chans är det att barnet överlever spädbarnsåret.

Dödsorsaker

Det föreligger stora skillnader mellan industrialiserade länder och utvecklingsländer beträffande dödsorsaker hos ungdomar [10]. Olycksfall är den vanligaste dödsorsaken bland ungdomar i nästan varje del av världen, med HIV/aids och andra infektionssjukdomar fortfarande på andra plats i många utvecklingsländer, till skillnad från självmord, som är nummer två i de flesta industrialiserade länder. Dödligheten i

■ SAMMANFATTAT

Världsbanken och WHO har slagit larm om försämrad hälsa bland ungdomar världen över.

Ungdomar i åldrarna 15–24 år har fått färre hälsovinster av de förändringar som skett än de som är yngre.

Det föreligger stora skillnader mellan industrialiserade länder och utvecklingsländer beträffande dödsorsaker hos ungdomar.

Under ungdomsåren debuterar många psykiska sjukdomar, även om de ibland upptäcks först senare i livet.

Ungdomars sociala omgivning, deras beteende och den miljö de lever i går att påverka, vilket betyder att preventiva insatser kan förebygga ohälsa.

Nya rön om hjärnans mognad innebär att man behöver utveckla nya metoder för preventivt arbete med ungdomars livsstil, vilket innebär att miljön kring unga blir viktigare än någonsin.

Forskning och utveckling av metoder speciellt för ungdomsåren är ett av WHO:s prioriterade mål.

de flesta åldrar har länge minskat i Sverige, och bara sedan slutet av 1980-talet har dödligheten under spädbarnstiden halverats [11]. År 2007 avled 2,5 barn per 1000 födda. Dödligheten i åldrarna 1–15 år har minskat i ungefär samma takt. Däremot har utvecklingen för unga i åldrarna 16–24 år varit negativ även i vårt land. Ungdomarna skiljer sig således både från dem som är yngre och dem som är äldre, precis som i resten av världen.

I Sverige dör ungefär 120 kvinnor och 300 män i åldersgruppen 16–24 år varje år [12]. I 20-årsåldern är det närmare tre gånger så många män som kvinnor som dör. Betydligt fler unga män än kvinnor dör i självmord, fordonsolyckor, övriga olyckor och på grund av alkohol- och narkotikamissbruk. Alkohol är också en viktig bidragande faktor till dödsfall i olyckor och självmord [13]. I mer än var tredje dödsolycka bland unga män har alkohol bidragit till olyckan men bara i drygt var tionde bland unga kvinnor [14]. Framför allt är unga män överrepresenterade vid singelolyckor, olyckor med höga farter och olyckor där föraren förlorat kontrollen över bilen [15]. Dessa data talar sitt tydliga språk beträffande behovet av riktade hälsofrämjande insatser mot denna utsatta grupp.

Mopedolyckorna har ökat bland 15–16-åringarna under den senaste tioårsperioden. Inget annat trafikslag visar någon motsvarande ökning. Bakom den utvecklingen ligger en kraftig ökning av antalet mopeder i trafiken, särskilt av klass 1-mopederna (EU-mopederna) [16].

Levnadsvanor och livsstil

Levnadsvanor initieras och testas under ungdomsåren. Ofta blir de en del av livsstilen med stor betydelse för hälsan under resten av livet. Men för unga kan en livsstil med tillhörande levnadsvanor markera samhörighet med en viss grupp, och livsstilen kan även få en viktig identitetsskapande innebörd [17]. Valet av livsstil hos ungdomar ska därför ses och tolkas även ur det perspektivet.

Tobaksbruk är en sådan livsstil, med start i ungdomsåren, som i hög grad bidrar till sjukdom och död senare i livet. 90 procent av dem som röker i vuxenlivet har börjat före 18-årsdagen, visar både nationella och internationella data [18]. I Sverige har rökningen minskat kraftigt bland unga och har åtminstone sedan 1980-talet varit vanligare bland unga kvinnor än bland unga män [19]. I början av 1980-talet rökte 35 procent av kvinnorna dagligen och 25 procent av männen i åldern 16–24 år. År 2004–2005 rökte 13 procent av kvinnorna och 9 procent av männen. Snusning är dock vanligare bland männen. I undersökningen »Barns rökning och miljö i Stockholms län« (BROMS) visade man att det största nytillskottet av rökare kommer under de två sista åren i grundskolan [20]. Efter årskurs 9 är det inte särskilt många pojkar som börjar röka, men efter grundskolan ökar andelen pojkar som snusar.

Aktuell kunskap om hjärnans funktion under ungdomsåren har gett oss förklaringar till varför riktade insatser mot tex rökning inte fungerar [21, 22]. Vi vet numera att hjärnans funktion kraftigt ändras under ungdomsperioden, ungefär från 10 till 25 års ålder [23, 24]. Det tillkommer nya hjärnceller paraventrikulärt under perioden 10–15 år som intensifierar känslolivet och ger humörsvägningar och sug efter kickar. Senare sker motsvarande utveckling prefrontalt, där exekutiv funktion, tidsplanering och kontroll över känslolivet börjar fungera.

Denna process utvecklas fram till 23–25 års ålder. Samtidigt förbättras nervförbindelserna mellan hjärnans olika centra, vilket leder till ökad kognitiv kompetens och samordning mellan olika funktioner. Det är således först långt upp i 20-årsåldern som unga tänker och fungerar som vuxna. Den

»Ett objektiva tecken på ökad ohälsa är att antalet inläggningar i slutna psykiatrisk vård för unga har ökat ...«

nya forskningen visar att det behövs tidiga generella hälsofrämjande insatser.

Sedan 1971 har Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) genomfört årliga undersökningar om bla skolungdomars alkohol- och narkotikavanor [25]. Undersökningarna har utförts på riksrepresentativa urval i årskurs 9, och sedan 2004 deltar även elever i gymnasiet årskurs 2. Glädjande nog har andelen alkoholkonsumenter minskat sedan mätningarna bland niondeklassarna startade. I 2010 års undersökning svarade 57 procent av pojkarna och 62 procent av flickorna i årskurs 9 »ja« på frågan »Har du någon gång under de senaste 12 månaderna druckit öl, alkoholisk cider, vin eller sprit?« Även bland eleverna i gymnasiet årskurs 2 har andelen alkoholkonsumenter minskat. I 2010 års undersökning svarade 83 procent av pojkarna och 84 procent av flickorna »ja« på frågan – de lägsta nivåerna sedan mätningarna startade. Trenden är tydligast i storstäderna, men någon entydig förklaring till detta har inte presenterats. Ovetenskapliga reportage i dagspressen med intervjuer av unga antyder dock att det för närvarande inte är »inne« att bli påverkad eller berusad.

Andelen elever i årskurs 9 som någon gång använt narkotika minskade betydligt under 1970- och 1980-talen, ökade igen under 1990-talet för att åter minska under 2000-talet [25]. I de senaste undersökningarna har dock andelen åter ökat, och i 2010 års undersökning var det 9 respektive 7 procent av pojkarna och flickorna i årskurs 9 som uppgav att de någon gång använt narkotika. Motsvarande siffror i gymnasiet var 21 respektive 14 procent.

Användningen av cannabis har i stort sett följt samma mönster som övriga narkotika, och cannabis är det vanligast förekommande narkotiska preparatet [25]. De flesta som använt cannabis har gjort det en enda gång eller ett fåtal gånger. I 2010 års undersökning hade ca 7 procent av eleverna i årskurs 9 och 19 procent av pojkarna och 13 procent av flickorna i gymnasiet använt cannabis.

Sjuklighet under ungdomsåren

I Sverige kan minst 10 procent av ungdomarna anses ha en kronisk sjukdom eller ett funktionshinder som påverkar deras skolgång och/eller kräver kontinuerlig medicinsk tillsyn. Man vet att antalet med kronisk sjukdom under ungdomsåren kommer att öka på grund av högre överlevnad under barnåren. Dessa ungdomar och deras föräldrar kan behöva individualiserat stöd för att uppnå optimal livskvalitet (se artikeln om unga med kronisk sjukdom på sidan 813).

Under ungdomsåren debuterar många psykiska sjukdomar, även om de ibland upptäcks först senare i livet. Det föreligger också en hög komorbiditet mellan olika psykiatriska sjukdomstillstånd och neuropsykiatriska störningar. Ett objektiva tecken på ökad ohälsa är att antalet inläggningar i slutna psykiatrisk vård för unga har ökat trots att det samtidigt har skett nedskärningar inom psykiatrin.

Depression och självmordsförsök

Depression är en av de vanligaste psykiska störningar som drabbar ungdomar. Vid en jämförelse av symtom på depression bland ungdomar från 28 industriländer visade det sig att

ungdomar i USA hade den högsta nivån av depressiva symtom, medan ungdomar från Österrike uppgav den lägsta nivån [26]. Eftersom depression ofta är förenat med drogmissbruk kan tillståndet innebära ökad risk för bl a självmord. Resultaten från en amerikansk longitudinell studie visar att ungdomar med diagnosen depression är mera benägna att begå självmord och att göra självmordsförsök än ungdomar utan den diagnosen [27].

Ängestsyndromen kommer tidigt i livet. Medianåldern för insjuknande är 11 år, vilket innebär att varannan patient insjuknar redan före puberteten. De ängestsyndrom som brukar komma tidigast i livet är separationsångest och specifika fobier, där hälften insjuknat redan före skolstarten [28].

Under 2000-talet har det i Sverige kommit allt fler rapporter om ökad stress, trötthet, huvudvärk, depressioner, sömnstörningar och ätstörningar bland unga, speciellt flickor i gymnasieåldern. En del av förklaringen kan vara att unga i dag utsätts för stor press av föräldrar, skola, samhälle och medier och inte minst av sig själva i tävlan med kompisar. Ungdomars sociala liv har också utvecklats ohälsosamt på så sätt att de förväntas vara uppe på nätterna under helgerna, vilket kan förklara en del av de sömnrubbingar som uppstår när kroppen sedan åter ska anpassa sig till skoltiderna. Men det saknas ännu solida vetenskapliga studier som ger hållbara förklaringar till den ökade psykiska ohälsan.

Könsskillnader i sjuklighet

Vad beror könsskillnaderna på, dvs att flickor i åldrarna 16–24 år har en högre incidens av depressioner och ångesttillstånd och gör fler självmordsförsök än pojkar i samma ålder [12]? Många faktorer är gemensamma för båda könen, som att oro för skolan hamnar högt upp när ungdomar rangordnar olika orosmoment. De ökade kraven på högre utbildning kan ha haft större inverkan på gruppen unga kvinnor, eftersom en eftergymna-

»De nedslående siffrorna som presenterats i denna artikel visar att vi inte har de rätta verktygen.«

sial utbildning i dag är vanligare bland dem än bland unga män. En ökad fokusering på utseendet kan också ha ökat den psykiska ohälsan bland kvinnor. Flera studier visar att flickor oroar sig mer för sitt utseende och sin kroppsvikt än pojkar gör.

Hög tid för preventiva insatser

I Sverige har vi all anledning att oro oss för våra ungdomars liv och hälsa, liksom folkhälsovetare världen över. Ungdomars sociala omgivning, deras beteende och den miljö de lever i går att påverka, vilket betyder att preventiva insatser kan förebygga ohälsa. De nedslående siffrorna som presenterats i denna artikel visar att vi inte har de rätta verktygen. Forskning och utveckling av metoder speciellt för ungdomsåren är i dag ett av WHO:s prioriterade mål.

Den nya kunskapen om hjärnans funktioner under ungdomsåren har gett oss förklaringar till varför de mest avancerade och evidensbaserade hälsofrämjande programmen inte fungerar mer än kortsiktigt [21-24]. Dessa nya rön om hjärnans mognadsprocess innebär att man behöver utveckla nya metoder för preventivt arbete med ungdomars livsstil, vilket betyder att miljön kring unga blir viktigare än någonsin. Det man i dag arbetar med är framför allt skolmiljön eftersom alla unga i princip går i skolan under många år (se artikeln om skolans roll på sidan 821). Att stärka föräldrarollen och att arbeta med fritidsarenan är kompletterande angreppspunkter. Den stora utmaningen ligger i att finna de bästa sätten.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

- World Development Report 2007. World Bank; 2007.
- Russel MV, Coffey C, Mathers C, et al. 50-year mortality trends in children and young people: a study of low-income, middle-income, and high-income countries. *Lancet*. 2011;377:1162-74.
- Gore FM, Bloem PJN, Patton GC, et al. Global burden of disease in young people aged 10–24 years: a systematic analysis. *Lancet*. 2011; 377:2093-102.
- Singh S, Samara R. Early marriage among women in developing countries. *Int J Fam Plann Perspect*. 1996;22:148-157, 175.
- The health of young people: a challenge and a promise. Genève; World Health Organization; 1993.
- McCauley AP, Salter C. Meeting the needs of young adults. *Population Reports; Series J; No. 41*. Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, 1995.
- United Nations Educational, Social, and Cultural Organization (UNESCO). *World Education Report, 1977*. Paris: UNESCO; 1977.
- Patton CG, Coffey C, Sawyer SM, et al. Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data. *Lancet*. 2009;374:881-92.
- Barns och ungas hälsa. Kunskapsunderlag för folkhälsopolitisk rapport. Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2011.
- Mäkelä P. Alcohol-related mortality by age and sex and its impact on life expectancy. *Eur J Publ Health*. 1998;8:43-51.
- Chaney D. *Lifestyles*. London och New York: Routledge; 1996.
- Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, et al. Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data. *Lancet*. 2006;367: 1747-57.
- Galanti MR, Rosendahl I, Wickholm S. The development of tobacco use in adolescence among »snus starters« and »cigarette starters«: an analysis of the Swedish »BROMS« cohort. *Nicotine Tob Res*. 2008;10(2):315-23.
- Peterson Jr AV, Kealy KA, Mann SL, et al. Hutchinson smoking prevention project: long-term randomized trial in school-based tobacco use prevention – results on smoking. *J Natl Cancer Inst*. 2000;92:1979-91.
- Casey BJ, Jones RM, Hare TA. The adolescent brain. *Ann N Y Acad Sci*. 2008;1124:111-26.
- Steinberg L. Commentary: a behavioral scientist looks at the science of adolescent brain development. *Brain Cogn*. 2010;72:160-4.
- Skolelevers drogvanor 2010. Stockholm: CAN. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning; 2010. Rapport 124.
- Scheidt P, Overpeck MD, Wyatt W, et al. Adolescents' general health and wellbeing. In: *Health and health behaviour among young people*. WHO Policy Series: Health policy for children and adolescents, International Report 1:24-38. Köpenhamn: World Health Organization (WHO); 2000. p. 24-31.
- Weissman MM, Wolk S, Goldstein RB, et al. Depressed adolescents grown up. *JAMA*. 1999;281:1707-13.
- Kessler RC, Chiu WT, Demler O, et al. Prevalence, severity, and comorbidity of 12 month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62:617-27.

Missat något tema?

Titta under »Temanummer« på Lakartidningen.se. Där finns alla våra temaartiklar.

Utmanande saklig

Läkartidningen