

Røykfri ut ungdomsskolen = røykfri ut gymnaset?

Oppfølging av elever som var med i Svensedammen skole Røykeprosjekt 2000–2006.

AV TRYGVE KONGSHAVN

Fra 1993 har vi arbeidet med røykfri-kontrakter ved Svensedammen ungdomsskole i Drammen. Erfaringer fra dette arbeidet ble publisert i *Tidsskrift for Den norske lægeforening* år 2000. (1)

Trygve Kongshavn

Fjell legesenter Dramme. Tidligere skolelege Svensedammen skole i Drammen

Kort om prosjektet

Med bakgrunn i øking av dagligrøykende ungdommer startet vi fra høsten 2000 et røykfriprosjekt blant 8. klassinger på Svensedammen ungdomsskole.

Elevene skrev under på røykfrikontrakter 1 år av gangen. Hvert år røykfri ble premiert med en tur.

135 elever (av 180) skrev under på kontrakt 2000, 129 elever fornyet denne i 2001, 114 elever skrev ny kontrakt 2002.

Vi fulgte opp de elevene som gikk røykfrie ut ungdomsskolen med en spørreundersøkelse etter tre år – det vil si i år 2006.

- Noen elever brøt kontrakten fordi de hadde røkt.
- Noen elever ønsket ikke å skrive under eller fornye kontrakten fordi de var redd for at de ikke kunne holde løftet og så det som et nederlag hvis de ikke klarte det.
- Det var også en del selvjustis blant elevene. Vi fikk rapport fra elever som hadde sett elever som hadde skrevet under kontrakten, røyke, selv om vi var veldig tydelige på at vi ikke skulle ha noen form for angiveri. Avtalen var en tillitskontrakt mellom skolehelsetjenesten og elevene som skrev under.

Men 64 elever gikk røykfrie ut ungdomsskolen og det er disse vi nå har sendt ut spørreskjemaer til for å se hvordan røykestatus er pr i dag.

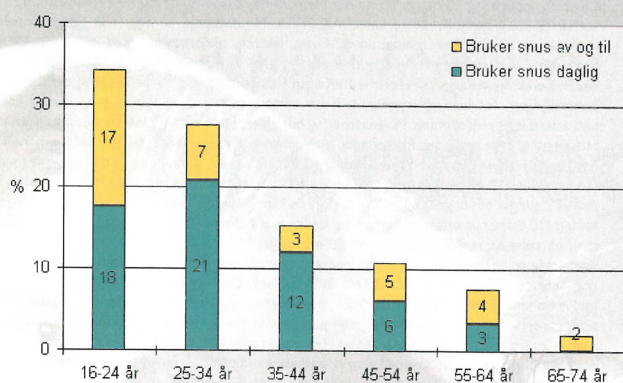
Vi sendte våren 2006 ut spørreskjema til 63 av elevene. Den siste eleven fant ikke folkeregisteret adressen til. Vi fikk etter tre purringer, svar fra 59, dvs 93,7 prosent.

En del elever trakk seg fra prosjektet

- Skoleledelsen var ikke udelte positive da de mente at Vær røykFRI-prosjektet i regi av Statens tobakkskaderåd, Den Norske Kreftforening og Nasjonalforeningen for folkehelsen som var på banen i samme tidsrom, var det de ønsket å prioritere. Vi mente derimot at en bindende «røykfri ut ungdomsskolen-kontrakt», som ble fornyet hvert år på ungdomsskolen, var et bedre alternativ. Vær røykFRI-prosjektet var et tilbud til de lærerne som ønsket å ta det med i sin undervisning og var ikke bindende på noen måte. Undervisningsprogrammet, Vær røykFRI, var altså helt avhengig av villige og motiverte lærere. Tilbudet til elevene ble da svært ulikt. Kun de «heldige» med en motivert lærer vil bli inkludert.

Svar fra de som var røykfrie ved utgangen av ungdomsskolen:

Alle/no 59	Nei %	Ja %	Av og til %
Røyker	86,4	3,9	10,1
Snus	69,5	23,7	6,8
Gutter/no 40	Nei %	Ja %	Av og til %
Røyker	85,0	5,0	10,0
Snus	57,5	32,5	10,0
Jenter/no 19	Nei %	Ja %	Av og til %
Røyker	89,5	0	10,5
Snus	94,7	5	0



Bruk av snus

Det er langt færre unge som begynner å røyke nå enn for rundt 30 år siden, og dette ser man tydelig i den første figuren. Den store reduksjonen i andelen som røyker daglig blant unge i alderen 16–24 år som vi så fra 1973 til slutten av 1980-tallet stagnerte i en periode, men det kan være tegn til at det igjen peker nedover.

Fra før vet vi imidlertid at andelen røykere ble halvert i ungdomsskolen fra 2000 til 2005 (fra ti til fem prosent), og det er god grunn til å tro at det går den rette veien.

Utvalget (dvs. de spurte i undersøkelsen) i denne aldersgruppa er lite og feilmarginene dermed store. Materialet egner seg dermed best til å se på langsiktige trender, og ikke endringer fra år til år. (FIG 1 OG 2, i rammen under)

Bruk av snus i 2006

Totalt i den voksne befolkningen i Norge er det rundt seks prosent som bruker snus daglig (2005–2006), fire prosent bruker snus av og til. Det er særlig unge menn som bruker snus, og andelen har økt kraftig de senere årene.

Våre resultater sammenlignet med Shdir

Det vi har sammenlignet oss med er tall fra Sosial- og helsedirektoratet, røyking (2006) og snus (2006).

Blant ungdom 16–19 år svarte 19,3 prosent at de røykte daglig (2005). Vi finner at 3,9 prosent av ungdommene som var med på røykeprosjektet på Svensdammen skole, røykte.

Hvis vi sammenligner oss med ungdom 16–24 år er tallene 23,9 prosent versus 3,9 prosent røyker daglig og 17 prosent versus 10,1 prosent røyker av og til (se tabell på neste side):

Tall fra Sosial- og helsedirektoratet: Avdeling tobakk (2005/2006)¹

16–19 år

År	Utvalg (N)	%dagligrøykere
2000	336	24,9
2001	340	24,1
2002	369	21,1
2003	372	20,3
2004	360	18,7
2005	346	19,3

16–24 år

År	Utvalg (N)	% dagligrøykere
2000	806	28,7
2001	781	28,7
2002	819	25,8
2003	812	24,8
2004	852	23,5
2005	833	23,9
2006		20,3*

*20 % av unge i alderen 16–24 år tilsvarer rundt 100 000 personer som røyker daglig. Det var en nedgang fra 24 prosent i 2005, men denne nedgangen er ikke statistisk signifikant på grunn av at undersøkelsen ikke har med mange nok spurte. Man opererer derfor med beregnet treårig glidende gjennomsnitt som for 2005–2006 var på 22,3 % mot 22,8 % året før. (fig 1)

1) SHdir Statistikk «Nye tall for røyking og bruk av snus 2006» publisert 04.01.2007

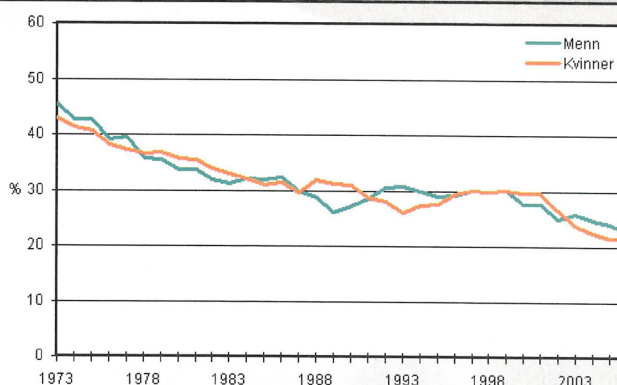


FIG 1. Andel som røyker daglig blant menn og kvinner, 16–24 år, 1973–2006 (treårig glidende gjennomsnitt). PUBLISERT 04.01. 2007 SHDIR

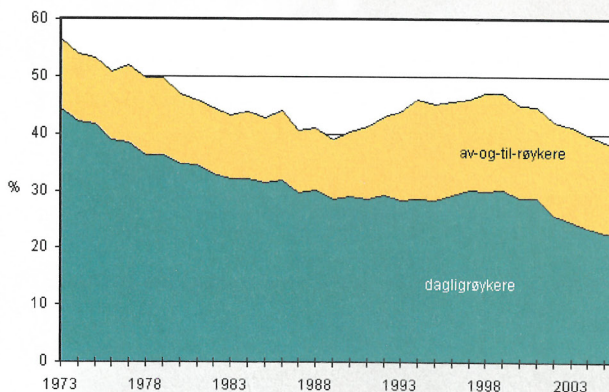


FIG 2. Andel som røyker daglig eller av og til blant menn og kvinner, 16–24 år, 1973–2006 (treårig glidende gjennomsnitt). PUBLISERT 04.01. 2007 SHDIR

Alle/no 59 (us Svensedammen skole)	Ja %	Av og til %
Røyker	3,9	10,1
Snus	23,7	6,8
Ungdom 16–24 år (SHdir 2006)		
Røyker (2005)	23,9	17
Snus 2003	4	7
Snus 2006	18	17

Vi kan ikke sammenligne vår selekterte gruppe direkte med tall fra Sosial- og Helsedirektoratet. Men det vi ville undersøke var videre røykeadferd for elever som deltok i det aktuelle røykeprosjekt, ved å undersøke røykestatus etter tre år. Det vi kan fastslå er at disse elevene stort sett holdt seg røykfrie ut gymnaset. Vi vet at mange starter å røyke på gymnaset. Hvis vi har hindret noen elever, som ellers ville begynt å røyke, fra å røyke i 8 år gamle, er dette et oppmuntrende resultat.

Man kan spekulere i om disse elevene allikevel hadde vært røykfrie ut gymnaset, og det kan vi naturligvis ikke si noe sikkert om. Hovedbudskapet i vår undersøkelse er at elever som har forpliktet seg til ikke å røyke på ungdomsskolen ved å skrive under røykfrikontrakter holder seg røykfrie også ut gymnaset.

Derimot er det relativt mange som snuser. Sammenligner vi data med 2003 er antall snusere i vårt materiale betydelig høyere. Men nyere tall fra SHdir i 2006 viser at 18 prosent snuser daglig og 17 prosent av og til i aldersgruppen 16–24 år.

Snusing er blitt populært blant ungdom. Produsentene vet dette og det lages snus tilpasset markedet, som for eksempel snus til damer med vaniljesmak. Det er «in» å snuse. Det lukter ikke og man kan snuse overalt. Jeg tror ikke at ungdom forbinder det å snuse med noe særlig skadelig i forhold til røyking. Det er et betydelig behov for opplysning til ungdom om snus og skadevirkninger. Legeforeningen har foreslått at snus merkes med skadevirkninger både i forhold til kreft og hjerte/kar sykdommer.

Røykfriprosjektet på Svensedammen skole har vært et samarbeid mellom skolehelsetjenesten, elever, foreldre og administrasjonen på Svensedammen skole, helseavdelingen Drammen kommune og Buskerud fylke.

Referanser

1. «Erfaringer med et røykeprosjekt» Trygve Kongshavn, Tidsskrift Den norske lægeforening 2000;120:1672
2. Statistikk hentet fra Sosial- og helse direktoratets nettsider publisert 04.01.2007
3. Statistikk hentet fra Statistisk sentralbyrås nettsider friggitt 04.01.2007

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
trygve@portamedicus.no

C Ebixa "Lundbeck"

Middel mot demens. • ATC-nr.: N06D X01

DRÅPER, oppløsning 10 mg/g; 1 g inneh.: Memantinhydroklorid 10 mg tilsv. memantin 8,31 mg, kalium-sorbat (E 202), sorbitol, renset vann. TABLETTER, filmdrasjerte 10 mg: Hver tablett inneh.: Memantinhydroklorid 10 mg tilsv. memantin 8,31 mg, laktose, hjelpestoffer. Med delestrek. **INDIKASJONER:** Behandling av pasienter med moderat til alvorlig grad av Alzheimers sykdom. **DOSEERING:** Behandlingen bør initieres og veiledes av lege med erfaring i diagnostisering og behandling av Alzheimers demens. Behandlingen skal bare igangsettes hvis en omsorgsperson er tilgjengelig og jevnlig kan monitorere pasientens legemiddelinntak. Diagnostisering bør gjøres i tråd med gjeldende retningslinjer. **Voksne/eldre:** Maks. daglig dose er 20 mg. Risikoen for bivirkninger reduseres ved å gradvis øke dosen med 5 mg pr. uke i de første 3 ukene opp til vedlikeholdsdose på følgende måte: Behandlingen bør begynne med 5 mg daglig (en ½ tablett/10 dråper om morgenen) i den første uken. 10 mg daglig i den andre uken (en ½ tablett/10 dråper 2 ganger om dagen) og 15 mg daglig i den tredje uken (1 tablett/20 dråper om morgenen og en ½ tablett/10 dråper på ettermiddagen eller kvelden) anbefales. Fra den fjerde uken fortsettes behandlingen med en anbefalt vedlikeholdsdose på 20 mg daglig (1 tablett/20 dråper 2 ganger om dagen). Kan tas uavhengig av måltider. Ved moderat nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance <40-60 ml/minutt/1,73 m²) anbefales maks. 10 mg. **KONTRAINDIKASJONER:** Overfølsomhet for memantin eller et eller flere av hjelpestoffene. **FORSIKTIGHETSREGLER:** Forsiktighet utvises hos pasienter med epilepsi, som har hatt tidligere episoder med krampeanfalle eller pasienter som er predisponert for epilepsi. Samtidig bruk av N-metyl-D-aspartat (NMDA)-antagonister som amantadin, ketamin eller deksametofan bør unngås pga. økt risiko for bivirkninger. Overvåking av pasienter ved tilstander med økt pH-verdi i urin (f.eks. drastiske endringer i kostholdet, f.eks. fra kosthold med kjøtt til vegetarisk, eller stort inntak av syrenøytraliserende midler, renal tubulær acidose (RTA) eller alvorlige urinveisinfeksjoner med Proteus bacteria) kan være nødvendig. Pga. begrenset erfaring bør pasienter som nylig har hatt hjerteinfarkt, ubehandlet kongestiv hjertesvikt (NYHA klasse III-IV) eller ukontrollert høyt blodtrykk overvåkes nøye. Nedsatt nyrefunksjon: Ved lett nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance 50-80 ml/minutt) er det ikke nødvendig med dosejustering. Ved moderat nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance 30-49 ml/minutt) bør daglig dose være 10 mg. Hvis godt tolerert etter minst 7 dagers behandling kan dosen økes til 20 mg/dag i.h.t. vanlig opptitreringsplan. Ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance 5-29 ml/minutt) bør daglig dose være 10 mg/dag. Nedsatt leverfunksjon: Ved mild eller moderat nedsatt leverfunksjon (Child-Pugh grad A eller Child-Pugh grad B) er det ikke nødvendig med dosejustering. Det finnes ikke data om bruk av memantin hos pasienter med alvorlig nedsatt leverfunksjon. Pasienter med arvelig galaktoseintoleranse, laktasemangel eller glukose-galaktose-malabsorpsjon bør ikke bruke tabletten. Pasienter med seintoleranse bør ikke bruke dråpene. Moderat til alvorlig Alzheimers sykdom pleier vanligvis å sette enven til å kjøre motorkjøretøy og betjene maskiner. I tillegg kan memantin endre reaksjonsevnen, slik at pasienter bør informeres om å være spesielt oppmerksomme når de kjører motorkjøretøy eller betjener maskiner. **INTERAKSJONER:** Effektene av barbiturater og neuroleptika kan bli redusert. Samtidig administrering av memantin med spasmolytiske stoffer som dantrolen eller baklofen, kan modifisere deres effekter og dosejustering kan være nødvendig. Samtidig bruk av memantin og amantadin, ketamin og deksametofan bør unngås pga. risiko for farmakotoksisk psykose. Andre legemidler som cimetidin, ranitidin, prokainamid, kinin og nikotin inneholder en mulig risiko for økte plasmakonsentrasjoner. Redusert ekskresjon av hydrokloriazid eller kombinasjonspreparater med hydrokloriazid er mulig. Enkelttilfeller av økt INR ved samtidig behandling med warfarin er sett. Nøye monitorering av protrombintid eller INR anbefales. **GRAVIDITET/AMMING:** Overgang i placenta: Risiko ved bruk under graviditet er ikke klarlagt. Bør derfor ikke brukes under graviditet uten at det er helt nødvendig og etter nøye vurdering av nytte/risiko. **Overgang i morsmelk:** Risiko ved bruk under amming er ikke klarlagt. Det er ikke kjent om memantin skilles ut i morsmelk hos mennesker, men med tanke på hvor lipofilt stoffet er, antas dette å forekomme. Kvinner som tar memantin, bør ikke amme. **BIVIRKNINGER:** Bivirkningene er vanligvis milde til moderat alvorlige. **Hyppige (>1/100):** Gastrointestinale: Forstoppelse. Sentralnervesystemet: Svimmelhet, hodepine og sømnlens. Sirkulatoriske: Hypertensjon. **Mindre hyppige:** Gastrointestinale: Oppkast. Sentralnervesystemet: Hallusinasjoner (stort sett rapportert hos pasienter med alvorlig Alzheimers sykdom), forvirring, unormal gange. Sirkulatoriske: Venetrombose/tromboembolisme. **Øvrige:** Tretthet, soppiinfeksjoner. Krampeanfalle er rapportert svært sjeldent. Enkelttilfeller av psykiske reaksjoner og pankreatitt er rapportert. Alzheimers sykdom er forbundet med depresjon, selvmordstanker og selvmord og er også rapportert hos pasienter som er behandlet med memantin. **OVERDOSE/ERGIFTNING:** Symptomer: Hhv. 200 mg og 105 mg/dag i 3 dager har vært forbundet med enten bare tretthet, svakhet og/eller diaré eller ingen symptomer. Ved overdoser på <140 mg eller ukjent dose har pasientene hatt symptomer fra sentralnervesystemet (forvirring, søvnighet, sømnlens, svimmelhet, agitasjon, aggresjon, hallusinasjoner og unormal gange), og/eller mave-tarmbesvær (oppkast og diaré). Den høyeste rapporterte overdosen, 2000 mg, ga symptomer fra sentralnervesystemet (koma i 10 dager, og senere dobbeltsyn og agitasjon). Pasienten ble behandlet symptomatisk og med plasmaferese, og kom seg uten varige mén. En pasient som hadde fått 400 mg memantin oralt fikk symptomer fra sentralnervesystemet som rastløshet, psykose, synshallusinasjoner, krampeanfalle, sømnlens, stupor og bevisstløshet. Pasienten ble restituert. **Behandling:** Symptomatisk. **EGENSKAPER:** Klassifisering: Memantin er en spenningsavhengig, ikke-kompetitiv NMDA-reseptorantagonist med moderat affinitet. **Virkningsmekanisme:** Ved neurodegenerativ demens er det i økende grad bevis for at svikt i glutamaterge neurotransmittere, særlig ved aktivering av NMDA-reseptorer, medvirker til både symptom- og sykdomsforverrelse. Memantin modulerer virkningen av patologisk økte spenningsnivåer av glutamat som kan føre til neuronal dysfunksjon. **Absorpsjon:** Absolutt biotilgjengelighet ca. 100%. T_{max} oppnås etter 3-8 timer. «Steady state»-plasmakonsentrasjoner fra 70-150 ng/ml (0,5-1 µmol) med store interindividuelle variasjoner. **Proteinbinding:** Ca. 45%. **Fordeling:** Distribusjonsvolum ca. 10 liter/kg. **Halveringstid:** Memantin elimineres monoeksponensielt med terminal t_{1/2} på 60-100 timer. Total clearance (Cl_{tot}) 170 ml/minutt/1,73 m². Renal eliminasjonsrate av memantin ved alkalisk urin kan bli redusert med en faktor på 7-9. **Metabolisme:** Ca. 80% gjenfinnes som modersubstansen. Hovedmetabolittene er inaktive. **Utskillelse:** Gjennomsnittlig 84% utskilles innen 20 dager, og mer enn 99% utskilles renal. **OPPBEVARING OG HOLDBARHET:** Dråper: Åpnet flaske bør brukes innen 3 måneder. **PAKNINGER OG PRISER:** Dråper: 50 g kr 798,70. Tabletter: 30 stk. kr 528,60. 50 stk. kr 792,10. 100 stk. kr 1549,80. Sist endret: 29.10.2007

REFERANSER:

- 1) Gauthier S et al: Int J Geriatr Psychiatry 2005; 20;
- 2) Reisberg B et al: N Engl J Med 2003, Vol 348; 14; 1333-1341.
- 3) Winblad B et al: Int J Geriatr Psychiatry 1999, Vol 14; 135-146.



H. Lundbeck A/S
Strandveien 15
Postboks 361
1326 Lysaker
Tel.: 91 300 800
Fax: 67 53 77 07
www.lundbeck.no