

Tobakksførebyggjande arbeid mellom ungdomsskuleelevar i Florø

AV NORMUND SVOEN, fastlege i Flora kommune

Florø by er største tettstaden i Flora kommune og er Noregs vestlegaste by (1). Innbyggartalet er i dag 11 605. Flora kommune har inntil siste året vore største kommunen i Sogn og Fjordane, men no har Førde kommune så vidt passert Flora i innbyggartal. Byen feirar i desse dagar sitt 150 års jubileum. Som så mange andre byar på kysten blei den i si tid grunnlagt på bakgrunn av fiske. Dei tre sildene i byvåpenet illustrerer silda si viktigheit for grunnlegginga og oppbygginga av byen. Seinare har kommunen vorte ein typisk industrikommune med allsidig næringsliv hovudsakleg innan fiskeforedling, mekanisk industri og oljeindustri.

Flora ungdomsskule (2) er den største ungdomsskulen i kommunen og har omkring 500 elevar – ein stor ungdomsskule også på nasjonalt nivå. Artikkelforfattaren har vore helsestasjonslege i 20 prosent stilling i Flora kommune frå 1994 og fram til hausten 2009 då eg har permisjon for å arbeide som praksiskonsulent i Helse Førde. I helsestasjonsarbeidet har også inngått skulelegeansvar for Flora ungdomsskule.

Som kommunelege og helsestasjonslege i **Steigen kommune i Nordland** (1986–1994) arbeidde eg saman med helsesøster, ungdomsskulen og universitetet i Tromsø (stipendiat Edvin Schei) med eit intervensjonsprosjekt omkring tobakksførebyggjande arbeid blant elevane. Metoden var bygd rundt prosjektet som den gang blei kalla «Røykfrie klasser». Det nasjonale ungdomsskuleprosjektet var organisert gjennom Nasjonalforeningen for folkehelse. Bakgrunnen for intervensjonen i Steigen var svært høge røyketal blant ungdomsskuleelevene. Ei større spørjeskjemaundersøking blant elevane avslørte dette. Undersøkinga blei eigentleg gjort fordi vi oppdaga at ein del elevar rusa seg ved å blande tobakk med tablettar med kombinasjonen kodein og paracetamol (Paralgin forte) og røykte dette (3). Vi spurte difor breitt rundt rus og tobakksvaner i denne undersøkinga og publiserte ut frå same materialet to andre artiklar i Tidsskriftet omkring alkoholbruk og sniffing (4) og røyking og snusbruk (5). Alle tre artiklane blei trykt i same nummer av Tidsskriftet – nr. 20, 1991 med redaksjonell kommentar.



Normund Svoen, f. 1956, i Naustdal kommune, Sogn og Fjordane. Cand med Trondheim 1985. Kommunelege Steigen kommune 1986–1994. Spesialist i allmenmedisin frå 1992. Kommunelege/fastlege/helsestasjonslege/skulelege i Flora kommune, Sogn og Fjordane frå 1994. Praksiskonsulent Helse Førde frå hausten 2009 (20% stilling).

Tobakksintervensjonen i Steigen som gikk frå 1994–1996 blei vellukka med 80 prosent reduksjon i nyrekruttering til dagleg røyking (6).

I min nye jobb i Florø oppdaga eg raskt at ungdomsskulen hadde eit **omfattande tobakksrøykemiljø blant elevane**. «Huken» bak idrettshallen var ein «fristad» der røykande elevar møttest i frikvartera. Det blei ofte observert over 50 elevar i desse klyngene som ikkje let seg avvikle sjølv ved bruk av hyppige inspeksjonar.

I samarbeid med Flora ungdomsskule gjorde eg ei **spørjeskjemaundersøking** identisk med den brukt i Steigen. I tillegg til spørsmål om røyking blei det spurt om bruk av snus, alkohol, narkotiske midlar, sniffing og tablettar. Der var også spørsmål om foreldres røykevanar, relasjon til vaksne og venner, trivsel på skule og i fritid. Basisundersøkingane blei gjort i 1998 og gjentatt i 2000 og viste nær dobbelt så høge røyketal som for gjennomsnittet for aldersgruppa i Sogn og Fjordane og landet elles.

Eg gjorde også ei **undersøking våren 1999 ved Flora vidaregåande skule** med knapt 450 elevar. Røyketala der var også svært høge med daglegrøyking i snitt hos gutane på 32 prosent og jentene 35 prosent. Høgaste tal ved dei yrkesfaglege studieretningane.

Det blei i samråd med skulehelsetenesta og ungdomsskulen avgjort at det også i Florø skulle gjerast ein intervensjon mot nyrekruttering av røykarar slik som i Steigen. **Nye 8. klassar ved skulen blei systematisk påmeldt til «Vær røykfri» (vidareutvikling av «Røykfrie klasser»)** frå hausten 2001 og dei påfylgjande to år til alle klassar ved ungdomsskulen var medlemmer. Det blei i denne tre års perioden jobba systematisk med holdningsskapande arbeid mot tobakk. Hjelpemiddel frå prosjektet «Vær røykfri» blei



brukt meir eller mindre systematisk i den ordinære undervisninga og lagt inn i skulehelseplanen (seinare digitalisert og lagt på nettet) (7) i tråd med L97 (ny læreplan frå 1997). Skulehelsetenesta ved skulelege og skulehelsesøster var aktive deltakarar og pådrivarar.

I 2003 blei det gjort ei ny spørjeskjemaundersøking som viste ein markert reduksjon i nyrekruttering til daglegrøyking med 62 prosent eller frå 70 til 25 daglegrøykande elevar ved skulen. Av-og-til røykarane blei i same perioden redusert med 46 prosent eller frå 40 til 20 elevar.

Dei opplyftande resultatane gjorde at skulen i samarbeid med skulehelsetenesta vedtok å vidareføre «Vær røykfri» på same intensive måten, og at det så langt muleg skulle gjerast årlege evalueringsundersøkingar. Spørjeskjemaundersøkingane har vore gjennomført alle år sidan unntatt i 2008 då Stiftelsen Bergensklinikkane gjorde ei liknande undersøking i kommunen bl.a. på Flora ungdomsskule. Det nasjonale prosjektet skifta endå ein gong namn i løpet av

denne perioden og heiter no FRI (8) og tilpassa kunnskapsløftet (2006).

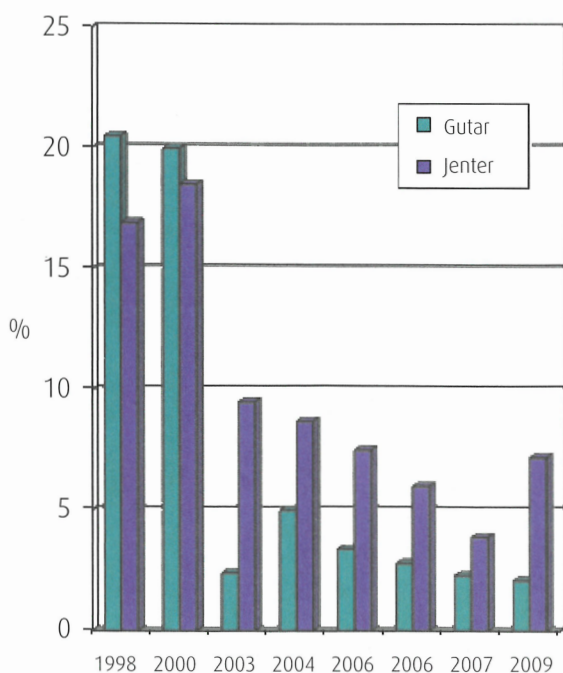
Undersøkingane har vist stabile relativt låge tal også i åra etter 2003 med lågast tal for daglegrøyking i 2007 med kun 14 daglegrøykarar og 2009 med 20 daglegrøykarar. Deltakinga ved alle spørjeundersøkingane har vore god med svarprosent godt over 90. Spørjeskjemaet og presentasjonen av alle data ligg på Flora ungdomsskule sine nettsider (9).

FIGUR 1 viser utvikling i daglegrøyking etter kjønn for heile undersøkingsperioden.

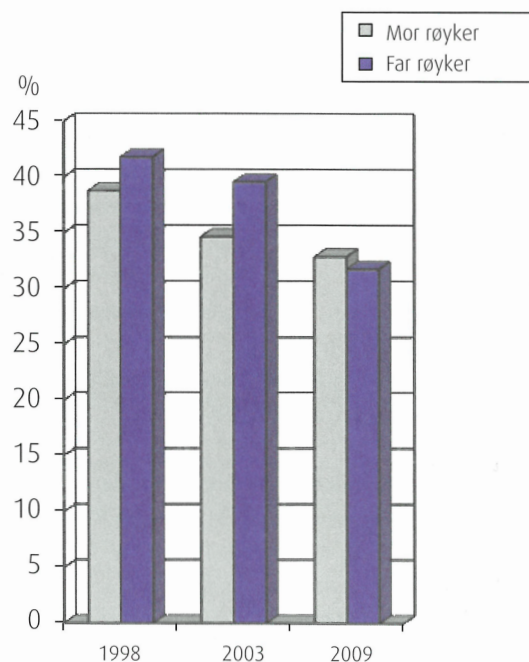
Alle data er lagt inn og bearbeidd i statistikkprogrammet Epiinfo.

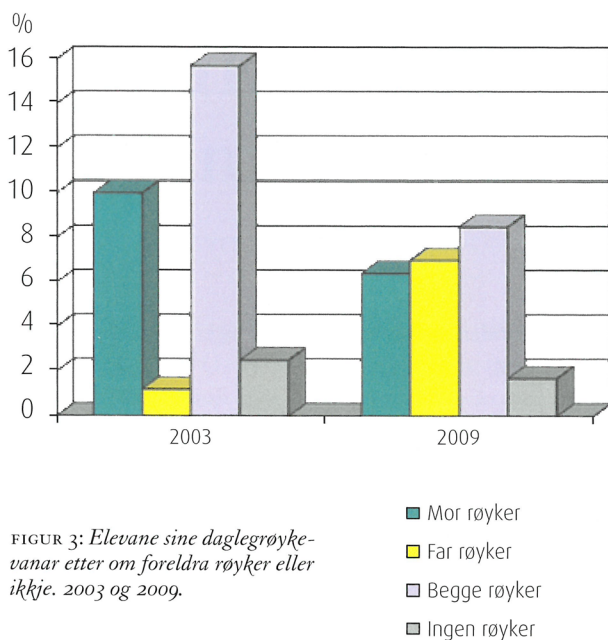
Av andre data som er sett på i undersøkinga er foreldra sine røykevanar (FIGUR 2). Høge tal godt over landsnittet for aldersgruppa (10). Krysstabellar viser at risiko for dagleg-

FIGUR 1: Røykevanar blant elevar ved Flora ungdomsskule 1998–2009. Etter kjønn



FIGUR 2: Foreldre til elevar ved Flora ungdomsskule 1998–2009.





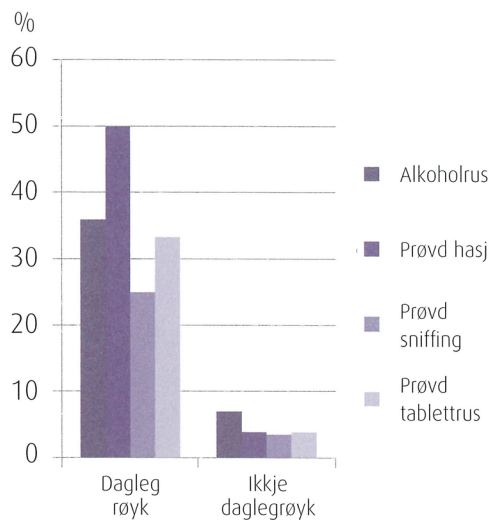
FIGUR 3: ELEVANE SINE DAGLEGRØYKEVANAR ETTER OM FORELDRA RØYKER ELLER IKKJE. 2003 OG 2009.

røyking hos eleven er auka med fem til åtte gonger der begge foreldre røyker. Om ein av foreldra ikkje røyker – spesielt mor – er det nesten like førebyggjande som om ingen av foreldra røyker (FIGUR 3).

Eit **paradoks** under denne intervensjonen er at mens vi i 1998 og 2000 hadde større bredde i elevmassen som røykte og dermed ein større del røykande elevar utan spesiell auka risiko for anna uheldig åtferd, er dagens røykande elevar i større grad ei risikogruppe på fleire andre område. Dei er få og ikkje lenger «indekselevar» slik mange røykarar var før tusenårsskiftet. Dermed blir miljøet i «huken» tøffare, meir destruktivt og meir stigmatisert. Undersøkinga vår viser at røykande elevar i større grad eksperimenterer med andre rusmidlar enn ikkje røykande elevar (FIGUR 4).

For å ivareta dei røykande elevane og gi dei eit tilbod om røykestopp starta vi ved ungdomsskulen i 2004 eit **røykeavvenningskurs**. Det var artikkelforfattaren og ein terapeut frå Florø Røykeavvenning som leia kurset og vi brukte Helsedirektoratet sitt hefte «Klar – Ferdig» som basis. Eit svært spanande kurs som gikk i skuletida og der fleirtalet av dei røykande elevane deltok. Suksessraten for røykeslutt var heller nedslåande, slik som dei fleste røykeavvenningstiltak også hos vaksne ofte er, men det var likevel viktig å bry seg og gi desse elevane ei ekstra niste med på vegen.

Data frå Helsedirektoratet har ved femårsundersøkingane som har vore gjennomførte sidan 1975 vist ein klar reduksjon i røyking blant ungdomsskuleelevar (11). Denne har spesielt vore bratt fallande etter år 2000 – som ved Flora ungdomsskule. Vi hadde i Florø eit utgangspunkt med dobbel så høg røykedel blant elvane våre enn landssnittet i



FIGUR 4: DAGLEGRØYKING I FORHOLD TIL EKSPERIMENTERING MED RUSMIDLAR. 2009.

år 2000 – og fekk eit fall i løpet av intervensjonsperioden på tre år som landa på landsnittet og seinare er gått under. Vi har stor tru på at hovudgrunnen til dette er intervensjonen. Etter kvart har nok andre effektar komme sterkare inn; til dømes røykelova.

Viktige grunnar til Florø sine gode tal er nok at vi i utgangspunktet hadde ein «unaturleg» høg daglegrøykedel blant elevane. Ei relativt stor gruppe av desse elevane hadde få andre risikofaktorar og for mange av desse var det nok tilfeldig at akkurat dei blei røykarar. For nye elevkull var det nok lettare med litt intensiv intervensjon å førebygge at denne gruppa elevar byrja å røyke. I tillegg var det nok også viktig at intervensjonen hadde høg fokus over mange år, at pådrivarar bestod både av elevar, lærarar, skulehelseteneste inkludert helsesøster og lege, og ikkje minst at intervensjonen hadde sterk støtte i administrasjonen. Oppfølging med årlege spørjeskjema, presentasjon av data for elevar, lærarar og skuleleiing, media og politikarar virka nok også til å gje intervensjonen stor legitimitet og høgt fokus og dermed også god draghjelp.

Under lanseringa av VÆR røykFRI i 1997 uttalte utdanningsminister Gudmund Hernes at programmet var **blant dei best evaluerte førebyggjande prosjekt i skulen**. Dette blei ytterlegare dokumentert i ei undersøking av Lund, Lür og Jøsendal publisert i Tidsskriftet i 2002 (12), «VÆR røykFRI – fra forsøk til nasjonal implementering». Eit representativt utval av 3691 elevar svarte på spørsmål om røykevanar og haldning til røyking. Svarrespons var 75 prosent. Klasser som deltok i Vær røykFRI hadde 20 prosent færre daglegrøykarar enn klasser der elevane ikkje deltok eller ikkje visste om dei deltok – klare signifikante forskjellar.

FRI, som programmet no heiter, ser altså ut til å fortsette suksessen. Flora ungdomsskule synest at FRI er så verdi- fullt at dei har valt å fortsette å melde på sine nye 8. klassar til prosjektet. Deltaking på landsplan for skuleåret 2009–2010 er 56 prosent av aktuelle klassar. Finnmark toppar statistikken med heile 92 prosent, deretter Vest-Agder med 89 prosent og Sogn og Fjordane med 88 prosent (8).

Suksessprogrammet Vær røykFRI/FRI er nok det enkelt- tiltak som har hatt størst effekt som helsefremjande tiltak for skuleelvar. Røyking er som kjent svært helseskadeleg; røykestart i ungdomsåra, og som ikkje opphøyrer mens tida er god, tar livet av halvparten av brukarane – og desse misser i gjennomsnitt 20 år av sine liv (13). For ein skulelege med sans for førebyggjande helsearbeid har det vore meiningsfylt å delta i desse prosjekta – no i snart 20 år.

Referansar

1. http://nn.wikipedia.org/wiki/Flora_kommune
2. <http://www.flora.ungdomsskule.no/>
3. Svoen N, Schei E. Røyking av knuste tabletter. Epidemi blant ungdom i ein utkantkommune i Nordland. Tidsskr Nor Lægeforen 20, 1991; 111: 2530–2
4. Schei E, Fønnebo V, Svoen N. Alkoholbruk og sniffing blant ungdom i to nordlandskommuner. Tidsskr Nor Lægeforen 20, 1991; 111: 2538–41
5. Schei E, Svoen N. Røyking og snusbruk blant ungdom i to nordlandskommuner. Tidsskr Nor Lægeforen 20, 1991; 111: 2533–6
6. Svoen N, Schei E. Adolescent smoking prevention – primary health care in cooperation with local schools. A controlled intervention study. Scand J Prim Health Care 1999; 17: 54–58
7. <http://www.floraskulen.no/planer/helseplan2007/helse2007.htm>
8. <http://www.fristedet.no/>
9. <http://www.flora.ungdomsskule.no/?artID=740&navB=1>
10. http://www.helsedirektoratet.no/tobakk/statistikk/royking/21_prosent_r_yker_daglig_i_2009_685804
11. http://www.helsedirektoratet.no/tobakk/statistikk/r_yking_i_befolkningen/r_yking_blant_ungdomsskuleelvar_55345
12. Lund KE, Lühr E, Jøsendal O. VÆR røykFRI – fra forsøk til nasjonal implementering. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 408–14
13. Vollset SE, Tverdal A, Selmer R, Gjessing HK. «Hvor dødelig er røyking?», Folkehelseinstituttet 2006.

Takk til

- helsesøster Siri Osnes for entusiasme og god bistand
- rektor, trinnleiarar, lærarar og tålmodige generasjonar av elevar ved Flora ungdomsskule
- Venke Olafsson frå Florø Røykeavvenning som deltok på røykeavvenningskurs for ungdomsskuleelevar
- Gunhild Kittang som har puncha alle spørjeskjema sidan 1998 då ho sjølv var elev ved Flora ungdomsskule og til siste innsats sommaren 2009 då ho er på slutten av sitt medisinstudium i Gdansk

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til: svoens@gmail.com

C Circadin «Neurim»

ATC-nr.: N05C M17

Sedativum. Hypnotikum.

DEPOTTABLETTER 2 mg: Hver depottablett inneh.: Melatonin 2 mg, laktosemonohydrat, hjelpestoffer.

Indikasjoner: Indisert som monoterapi til kortvarig behandling av primær insomni karakterisert ved dårlig søvnkvalitet hos pasienter >55 år.

Dosering: Bør svelges hele. Voksne: 2 mg 1 gang daglig, 1–2 timer før leggetid og etter mat. Denne doseringen bør fortsettes i 3 uker. **Barn og ungdom: <18 år:** Anbefales ikke pga. utilstrekkelige data vedrørende sikkerhet og effekt. **Nedsatt leverfunksjon:** Anbefales ikke.

Kontraindikasjoner: Kjent overfølsomhet for melatonin eller noen av hjelpestoffene.

⚠ Forsiktighetsregler: Melatonin har moderat påvirkning på evnen til å kjøre bil og bruke maskiner. Kan forårsake tretthet. Brukes med forsiktighet hvis effekten av tretthet med sannsynlighet kan føre til sikkerhetsrisiko. Anbefales ikke ved autoimmune sykdommer, da det ikke foreligger kliniske data angående bruk til denne pasientgruppen. Pasienter med sjeldne, arvelige problemer med galaktoseintoleranse, en spesiell form for arvetilstand laktasemangel (lapp-laktasemangel) eller glukose-galaktosemalabsorpsjon bør ikke ta dette legemidlet. **Interaksjoner:** Melatonin metaboliseres hovedsakelig via CYP 1A. Interaksjon mellom melatonin og andre legemidler som en følge av effekten deres på CYP 1A-enzymet, er derfor mulig. Fluvoksamin øker melatoninnivået ved å hemme CYP 1A2 og CYP 2C19. Kombinasjonen bør unngås. Forsiktighet bør utvises ved samtidig bruk av 5- eller 8-metoksyporalen, som øker melatoninnivåene ved å hemme metabolismen. Forsiktighet bør utvises ved samtidig bruk av cimetidin, en CYP 2D-hemmer, som øker melatoninnivåene i plasma. Røyking kan redusere melatoninnivået pga. CYP 1A2-induksjon, østrogen øker melatoninnivået ved å hemme CYP 1A1 og CYP 1A2 og forsiktighet bør utvises ved samtidig bruk. CYP 1A2-hemmere, som kinoloner, kan føre til økt melatonininkonponering. CYP 1A2-indusere som karbamazepin og rifampicin kan føre til redusert plasmakonsentrasjon av melatonin. Alkohol må ikke inntas samtidig fordi det reduserer effekten på søvn. Melatonin kan øke de sedative egenskapene til benzodiazepiner og ikke-benzodiazepinhypnotika, som zolopidem, zolpidem og zopiklon. Samtidig inntak av melatonin og tiordiazin kan føre til en økt følelse av urolighet sammenlignet med kun bruk av tiordiazin. Samtidig inntak av melatonin og imipramin kan føre til økt følelse av uro og problemer med å utføre oppgaver sammenlignet med kun bruk av imipramin.

Graviditet/Amning: Overgang i placenta: Bruk under graviditet er ikke undersøkt. Dyrestudier indikerer ingen direkte eller indirekte skadelige effekter på svangerskapsforløp, embryo-/fosterutvikling, fødsel eller postnatal utvikling. Pga. manglende kliniske data bør ikke gravide og kvinner som ønsker å bli gravide, bruke preparatet. **Overgang i morsmelk:** Går over. Anbefales derfor ikke til ammende.

Bivirkninger: Mindre hyppige: Gastrointestinale: Mavesmerter, forstoppelse, munntørhet. Hud: Hyperhidrose. Lever: Hyperbilirubinemi. Neurologiske: Migrene, psykomotorisk hyperaktivitet, svimmelhet, søvnighet. Psykiske: Irritabilitet, nervøsit, uro, søvnløshet, unormale drømmer. Øvrige: Vektøkning. Asteni. **Sjeldne (< 1/1000):** Blod: Leukopeni, trombocytopeni. Gastrointestinale: Gastrointestinale lidelser og ubehag, oppkast, unormale tarmløyer, flatulens, hypersalivasjon, halitose. Hud: Eksem, erytem, kløende utslett, pruritus, tørr hud, neglesykdommer, nattesvette. Hørsel: Vertigo posturalis. Lever: Økt leverenzymnivå, unormale leverfunksjonstester. Muskel-skjelettsystemet: Muskelkramper, nakkesmerter. Metabolske: Hypertriglyseridemi. Neurologiske: Nedsatt hukommelse, oppmerksomhetsforstyrrelser, dårlig søvnkvalitet. Psykiske: Humørendringer, aggresjon, opphisselse, gråtetokter, tidlig våkning om morgenen, økt libido. Sirkulatoriske: Hetetokter. Syn: Redusert synsskarpheit, uklart syn, økt lakrimasjon. Urogenitale: Priapisme. Øvrige: Herpes zoster, tretthet.

Overdosering/Forgiftning: Ingen rapporterte tilfeller. I litteraturen er det rapportert om administrering av daglige doser på opptil 300 mg melatonin uten at dette forårsaket signifikante bivirkninger. **Symptomer:** Tretthet forventes. Clearance av virkestoffet forventes innen 12 timer etter svelging. **Behandling:** Ingen spesiell behandling er nødvendig.

Egenskaper: Klassifisering: Hormon som produseres av pinealkjertelen og som strukturelt sett er relatert til serotonin. Melatonin er forbundet med kontroll av døgnrytmer og tilpasning til lys-mørkesyklusen. Det er også forbundet med en hypnotisk effekt og økt tilbøyelighet for søvn. **Virkningsmekanisme:** Aktiviteten til melatonin ved MT1-, MT2- og MT3-reseptorene antas å bidra til de søvnfremmende egenskapene, da disse reseptorene (hovedsakelig MT1 og MT2) er involvert i reguleringen av døgnrytme og søvnregulering. Pga. den aldersrelaterte reduksjonen i endogen melatoninproduksjon, kan melatonin effektivt forbedre søvnkvaliteten, særlig hos pasienter >55 år, med primær insomni. **Melatonin forkorter innsøvningsstiden og bedrer søvnkvaliteten, våkenheten om morgenen, funksjonsevnen om dagen og livskvaliteten.** Søvn sammensetningen og REM-søvnvarigheten påvirkes ikke. **Absorpsjon:** Fullstendig, kan reduseres med opptil 50% hos eldre. Biotilgjengeligheten er 15%. Signifikant «first pass»-metabolisme på 85%. Maks. plasmakonsentrasjon er 1176 pg/ml og oppnås innen 0,75 timer. Absorpsjon og maks. plasmakonsentrasjon påvirkes av samtidig matinntak ($T_{max} = 3$ timer og $C_{max} = 1020$ pg/ml). **Proteinbinding:** Ca. 60%. **Fordeling:** Binde hovedsakelig til albumin, alf₁-syreglykoprotein og lipoproteiner med høy tetthet. **Halveringstid:** 3,5–4 timer. **Metabolisme:** I leveren via CYP 1A1, CYP 1A2 og muligens CYP 2C19. Hovedmetabolitten, 6-sulfatoksymelatonin, er inaktiv. **Utskillelse:** 89% utskilles renalt, som konjugater av 6-hydroksymelatonin. 2% utskilles i uforandret form. **Pakninger og priser (pr. 08.10.2009):** Enpac: 21 stk. 155,90 kr.