

Över 20 000 ungdomar börjar röka varje år

Skolbaserad prevention en framkomlig väg?

Skolans undervisning om tobak är en viktig del i arbetet med att få ungdomar att låta bli att röka. Men idag, med vaga direktiv i kursplanerna och decentraliserade beslut, riskerar man att underminera det preventiva arbetet.

För att bli effektiv måste tobaksundervisningen stå på vetenskaplig grund samt tilldelas resurser. Och man måste använda modern metodik i undervisningen.

Tobaksundervisningen i skolan är viktig för det primärpreventiva arbetet mot tobaksbruk bland ungdomar. På senare år har dock skolans insatser på detta område blivit alltmer splittrade och avhängiga av lokalt lärarengagemang.

För att bli effektiv måste tobaksundervisningen ges resurser, använda modern metodik och stå på vetenskaplig grund. Ett nödvändigt utvecklingsarbete samt forskning på området skulle med fördel kunna bedrivas i Sverige.

En vetenskaplig förankring skulle inte bara stärka skolans roll som hälsofrämjare. Den skulle också bidra till att avsätta resurser och kvaliteten på tobaksinformationen kan motsvara tobakens tunga roll som åtgärdbar ohälsfaktor.

Varje år beräknas mellan 20 000 och 25 000 svenska ungdomar börja röka. Majoriteten är yngre än 20 år vid debu-

ten. Risken för tobaksrelaterad ohälsa är speciellt stor hos dem som börjar röka under tonåren; cirka hälften av alla ungdomar som fortsätter röka i vuxen ålder kommer att avlida i förtid som en direkt följd av sitt tobaksbruk [1].

Trenden är att rökningen minskar i Sverige. Trots det visar aktuell statistik att 19 procent av pojkarna och 25 procent av flickorna i årskurs 9 kan klassas som rökare [2].

Eftersom en senarelagd tobaksdebut minskar risken att fastna i ett långvarigt nikotinberoende och bidrar till färre skador är primärpreventiva aktiviteter speciellt viktiga under ungdomsåren.

Tobaksbruket styrs av tre huvudfaktorer

Etablerandet av tobaksbruk utgör en flerstegsprocess, som börjar med ett försiktigt experimenterande och slutar med nikotinberoende och daglig användning av tobak. För de unga experimentrökare som blir vanerökare tar denna utveckling i genomsnitt två till tre år [3].

Det finns en omfattande litteratur om vad som styr tobaksrökning bland ungdomar. Merparten av kunskapen kommer från tvärsnittsundersökningar, vars fynd i huvudsak bekräftats i andra studietyper [4]. Initiering och vidmakthållande av tobaksbruk bland ungdomar tycks i huvudsak styras av tre faktorer:

1. De sociala normer som omgärdar rökning är av stor betydelse.

Den enskilt viktigaste faktorn för experimenterande med tobak förefaller vara tryck från kamrater och äldre syskon [5, 6, 7].

Föräldrarnas roll är mindre klar, bristande engagemang och omsorg om barnet är sannolikt av lika stor betydelse som mammans eller pappans egna rökvanor [8, 9].

Graden av normpåverkan varierar under olika delar av rökkarriären. Under initieringsfasen utgör kamrattryck en viktig faktor. Därefter blir rökning ett sätt att markera grupptillhörighet [10, 11]. I detta sammanhang har tobaksreklamen en inverkan genom att förmedla bilder och känslor som anknyter positivt till rökning [12].

2. En annan betydelsefull faktor är

tillgängligheten av tobaksprodukter (åldersrestriktioner vid inköp, prisbild). Den är sannolikt mest viktig i fasen mellan experimenterandet och utvecklandet av regelbundna tobaksvanor [13].

3. Personlighetsfaktorer och beteendet har i olika grad förknippats med benägenheten att börja använda tobak [14]. Mät- och klassificeringsproblem gör det dock svårt att definiera vilken personlighetstyp som är speciellt benägen att bli rökare.

Inverkan av alla ovanstående faktorer modifieras i sin tur av kön och socioekonomiska förhållanden. Vid utformningen av preventionsprogram är det därför viktigt att ta hänsyn till den psykosociala betydelse som rökning har [15].

Underutnyttjade strategier

Trots många jämförande utvärderingar saknas det fortfarande en samstämmig syn på vilka åtgärder som bör prioriteras för att minska tobaksbruket bland ungdomar [16]. Den säkraste slutsatsen tycks vara att det krävs parallella insatser på en rad områden; en aktiv prispolitik, åldersgräns vid inköp, inskränkningar i tobaksreklamen samt information och utbildning [17].

För att nå ungdomar finns två informationsvägar av betydelse för att påverka livsstilsmönster; dels högintensivtetskampanjer i media, dels skolbaserad undervisning [18]. Båda strategierna är idag underutnyttjade i Sverige.

Skolans roll i det tobakspreventiva arbetet är dessutom omdiskuterad. Det har bland annat hävdats att effektiva program är för komplexa och dyrbara för att genomföras inom skolans ram [19].

Vaga ordalag om hälsoundervisning

I Sverige är det idag den enskilda skolan, ledd av rektor, som förväntas vara motor i det tobakspreventiva arbetet.

Enligt kursplanerna har skolan ett ansvar för elevernas hälsofostran. I vaga ordalag slås fast att undervisningen

Författare

MARIA ROSARIA GALANTI

med dr, Centrum för tobaksprevention, Samhällsmedicin, Novum, Huddinge

MATS JACOBSON

med stud, Semmelweis universitet, Budapest

MATS LAMBE

med dr, institutionen för medicinsk epidemiologi, Karolinska institutet, Stockholm.

skall integrera en rad ämnesövergripande kunskapsområden av betydelse för hälsan där tobak bara är ett av många områden – andra är miljö, trafik, alkohol m m. Ur kursplanerna för grundskolan respektive gymnasiet kan utläsas att:

»Varje elev skall ha insikt om hur droger och gifter ... kan skada kroppen» [20] samt att »Eleven skall ha kunskap om olika faktorer som påverkar människors hälsa och kunna diskutera sambanden mellan hälsa, livsstil och miljö ur såväl ett individ- som samhällsperspektiv» [21, 22].

Fler praktiska råd och riktlinjer finns i skriften »Tobaksfritt i skolan», producerad av Folkhälsoinstitutet [23]. Förutom faktaunderlag om tobakens skadeverkningar understryks där vikten av en samlande strategi, alla – elever, lärare och personal – bör engageras för att målet en rökfri skola ska kunna förverkligas.

Då aktuella kartläggningar saknas är det svårt att överblicka hur det skolbaserade tobakspreventiva arbetet bedrivs idag. Det är också oklart om och i vilken grad utbildningsansträngningarna är samordnade med respektive skolas allmänna förhållningssätt och upprätthållande av regler kring rökning.

Ännu på 1990-talet finns många grundläggande problem kvar. 1992 tillät fortfarande två tredjedelar av landets högstadieskolor rökning [24], en lika stor andel som 1988 uttalade en rökfri skola som mål [25].

I en nationell undersökning år 1994, medgav 38 procent av eleverna i årskurs 9 att många röker på skolområdet [26]. I Stockholms län, under läsåret 1993–94, hade 29 procent av skolorna inga speciella utarbetade riktlinjer gällande rökning i skolan [27].

De flesta skolor bedriver huvudsakligen en undervisningsform som varit ifrågasatt sedan början av 1980-talet genom att fortfarande lägga tyngdpunkten på fakta om tobakens ohälsoeffekter [24]. I en nyligen genomförd undersökning anger dessutom en så hög andel som 37 procent av eleverna i årskurs 9, att de fått sin huvudsakliga tobaksundervisning från den externa resursen En Rökfri Generation [28]. Avsaknaden av gemensamma riktlinjer och samordnade insatser kan delvis bero på bristande information kring metoder och resultat av skolbaserad prevention.

Skolbaserad prevention en framkomlig väg?

De senaste 20 åren har en rik erfarenhet i form av enskilda studier, meta-analyser och översikter [29–32] samlats kring effektiviteten av skolbaserade



För att få en rökfri skola behövs en samlande strategi, understryker Folkhälsoinstitutet i den här skriften.

antitobaksprojekt. Studiernas storlek och kvalitet har generellt förbättrats efter hand med en ökande tonvikt på design och långtidsuppföljning.

I tredje och fjärde generationens studier [32] mäts effektiviteten mot en extern kontrollgrupp, och i flertalet undersökningar är interventions- och kontrollgrupperna randomiserade där flera olika preventionsstrategier studeras parallellt. Utvärderingen består oftast av upprepade kontroller vid skilda tidpunkter där effektiviteten inte bara mäts med avseende på rökstart utan också till attityder om tobaksrökning och ungdomarnas förmåga att motstå grupstryck [33].

De viktigaste slutsatserna av aktuella utvärderingsstudier kan sammanfattas så här:

1. Metoder med en psykosocial inriktning är mer effektiva än traditionella program inriktade på faktakunskap [29, 30]. Program med psykosocial inriktning fokuserar på följande punkter:

a) Omedelbara samt långsiktiga hälsokonsekvenser av rökning.

b) Samhällets syn på rökning (redovisning av den faktiska prevalensen av rökare; rökfrihet som samhällsnorm).

c) Skäl ungdomar ger för att de röker (acceptans bland kamrater, att hantera stress eller för att känna sig mogna. Träning i hur dessa mål kan nås på andra vägar).

d) Sociala tobaksfrämjande signaler (identifikation och vederläggande av tobaksfrämjande signaler från jämnåriga, vuxna och media).

e) Teknik för att motstå tobaksfrämjande impulser.

f) Utveckla motståndskraft genom

att stärka självförtroende, förmåga att argumentera och lösa problem.

2. Skolsatsningar som ingått som en del av bredare samhällsförankrade projekt ger bättre resultat [34, 35].

3. Den positiva effekten avtar ju längre tid som går från interventionen. Efter sex år sågs t ex i flera studier ingen skillnad i rökprevalens mellan interventions- och kontrollgrupperna [36–38].

Trots att metoderna utvecklats kvarstår problem, som bidrar till att göra genomförande och utvärdering av primärpreventiva program mot tobaksbruk till en utmaning. Svårigheter att följa individer över tid är ett vanligt problem, liksom att på ett tillfredsställande sätt kontrollera externa influenser som kan påverka rökdebut och rökvanor.

Resultaten från olika studier är dessutom svåra att jämföra på grund av skillnader i storlek, design, uppföljningstid och definition av utfall. Det saknas bland annat en gemensam definition av begreppet rökare under de tidiga tonåren. Det finns också frågetecknen kring hur metoderna praktiskt kan överföras från en kultur till en annan.

1. Experimentella studier där man utvärderar skolbaserad tobaksprevention genomfördes aldrig i Sverige. Några europeiska länder finns representerade, men huvudparten av litteraturen rör erfarenheter från Nord-Amerika.

I vilken mån är de effektiva metoderna överförbara till andra sociala miljöer? Vilka komponenter anses som universellt gångbara och vilka måste anpassas (t ex familjens engagemang)?

2. De mest aktuella skolprogrammen koncentrerar sig på elever i 12-årsåldern som ännu inte börjat högstadiet – en strategi som baseras på att experimenterande med tobak är vanligast i åldrarna 13–15 år [39, 40].

En ännu tidigare start av undervisningsinsatserna har föreslagits i vissa projekt [41, 42], men fördelarna är oklara.

3. För att få en optimal effekt tycks det som om interventionen därför bör följas upp med »booster»-undervisning, helst ända upp på gymnasienivå [43]. Denna fråga har ännu inte studerats i detalj. Vilken är den bästa fördelningen av primär- och förstärkningsundervisningen med avseende på ålder och skolnivå? Måste den andra undervisningsomgången ledas av samma lärare som den första för att vara effektiv?

4. Effekterna tycks variera något med kön [38, 44], ett fynd som överensstämmer med observerade könsskillnader i de faktorer som påverkar rökvanor [45]. Även sociala förhållanden är av betydelse; en strategi som är effektiv i en social miljö kan vara ineffektiv i en annan [43]. Är det praktiskt möjligt att

anpassa interventionsinsatserna i enlighet med detta?

5. Det har postulerats att intervention mot en riskfaktor är mer effektiv än åtgärder som samtidigt riktar sig mot flera faktorer [19]. Denna fråga är dock ofullständigt utredd.

Dessutom har vissa program haft tyngdpunkten på tobak i relation till hjärt-kärlsjukdom [46], andra har haft en bredare inriktning mot drogbruk och riskbeteende [47]. I Sverige har främst den senare ansatsen använts. Inga försök till utvärdering av dessa två strategiers relativa effektivitet har gjorts.

Utvärdering nästa steg

Primärprevention av beteenderelaterade riskfaktorer för sjukdom bör idag identifieras som en metodik i sig. Dess teoretiska bas och praktiska genomförande måste diskuteras och utvärderas med vetenskaplig stringens. Ledstjärnan »att göra någonting är bättre än ingenting», kan inte längre accepteras.

Forskning kring, och vetenskaplig förankring av, skolans tobaksundervisning är viktig och kan utgöra ett första steg mot en bättre definition av skolans roll som informatör och hälsofrämjare.

Utländska erfarenheter av tobakspreventiva program skulle med fördel kunna utnyttjas vid vidareutveckling, genomförande och utvärdering av tobaksundervisningen i Sverige. En del av de utländska interventionsprogrammets begränsningar kan undvikas eller reduceras i Sverige.

Förutsättningarna för uppföljning är mycket goda tack vare det svenska personnummersystemet. Dessutom bidrar den relativa homogeniteten både i befolkning och skolsystem till att göra problemet med okontrollerade störningsfaktorer mindre uttalat.

Bred mobilisering mot tobak inkluderar läkare

Slutligen kan det inte nog poängteras att en förstärkt tobaksundervisning skall byggas på en mobilisering av både skola, forskare och andra aktörer på tobaksområdet.

I en genomtänkt och bred preventionsstrategi kan även läkarkåren spela en viktig roll, bland annat genom sitt engagemang på lokalnivå inom primärvården. En gemensam kraftsamling skulle bidra till att avsätta resurser och kvaliteten på skolans tobaksinformation antligen motsvarar tobakens tunga roll som åtgärdbar ohälsfaktor.

Referenser

2. Andersson B, Hibell B. Skolelevers drogvanor 1996. Stencilserie rapport nr 31. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN), 1996.
3. A Report of the Surgeon General. Atlanta,

Georgia: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 1994.

4. Conrad KM, Flay BR, Hill D. Why children start smoking cigarettes: predictors of onset. Br J Addict 1992; 87: 1711-24.
10. Fergusson DM, Lynskey MT, Horwood LJ. The role of peer affiliation, social, family and individual factors in continuities in cigarette smoking between childhood and adolescence. Addiction 1995; 90: 647-59.
12. Evans N, Farkas A, Gilpin E, Berry C, Pierce JP. Influence of tobacco marketing and exposure to smokers on adolescent susceptibility to smoking. J Natl Cancer Inst 1995; 87: 1538-45.
13. DiFranza JR, Carlson RP, Caisse REJ. Reducing youth access to tobacco. Tobacco Control 1992; 1: 58.
16. Paul CL, Sanson-Fisher RW. Expert's agreement on the relative effectiveness of 29 smoking reduction strategies. Prev Med 1996; 25: 517-26.
19. Reid DJ, McNeill AD, Glynn TJ. Reducing the prevalence of smoking in youth in western countries: an international review. Tobacco Control 1995; 4: 266-77.
26. Marklund U, Törnell B. Svenska tonåringars tobaksvanor, kunskaper och attityder 1987 och 1994. Stockholm: Folkhälsoinstitutet, 1996.
27. Johansson M, Ainetdin T, Burström B, Haglund BJ, Taylor ML, Tillgren P. Hälso- och miljöarbete i Stockholms läns grundskolor läsåret 1993-1994. SLL Grön Rapport 269. Sundbyberg: Stockholms läns landsting Socialmedicin Kronan, 1995.
29. Rundall TG, Bruvold WH. A meta-analysis of school based smoking and alcohol use prevention programs. Health Educ Q 1988; 15: 317-34.
31. Best JA, Thomson SJ, Santi SM, Smith EA, Brown KS. Preventing cigarette smoking among school children. Annu Rev Public Health 1988; 9: 161-201.
32. Flay BR. Psychosocial approaches to smoking prevention: a review of findings. Health Psychol 1985; 4: 449-88.
34. Perry CL, Kelder SH, Murray DM, Klepp KI. Communitywide smoking prevention: long-term outcomes of the Minnesota hearth health program and the class of 1989 study. Am J Public Health 1992; 82: 1210-6.
36. Flay BR, Koepke D, Thomson SJ, Santi S, Best AJ, Brown SK. Six-year follow-up of the First Waterloo school smoking prevention trial. Am J Public Health 1989; 79: 1371-6.
37. Vartiainen E, Fallonen U, McAlister AL, Puska P. Eight-year follow-up results of an adolescent smoking prevention program: the North Karelia Project. Am J Public Health 1990; 80: 78-9.
39. Kandel DB, Logan JA. Patterns of drug use from adolescence to young adulthood: I. Periods of risk for initiation, continued use and discontinuation. Am J Public Health 1984; 74: 660-6.
40. Friestad C, Klepp KI. Fra eksperimentering til vanerøyking. En tre års oppfølgingsundersøkelse av ungdoms røykevaner. Tidsskr Nor Laegeforen 1996; 5: 635-8.
43. CDC Report: Guidelines for school health programs to prevent tobacco use and addiction. Journal of School Health 1994; 64: 353-9.

En fullständig referenslista kan fås från med dr Maria Rosaria Galanti, Centrum för tobaksprevention, Samhällsmedicin, Novum, 141 57 Huddinge.

ÖVERVIKT



Särtryck av en serie i Läkartidningen 1996-1997

I rika länder blir allt fler allt fetare och riskerna med övervikt uppmärksammas allt mer. Samtidigt klarnar den genetiska bakgrunden och forskarna öppnar vägen för nya medel mot övervikt.

Lönar det sig att behandla övervikt? Vilka metoder fungerar? Hur verkar de nya läkemedel som är på väg in på den svenska marknaden?

Sådana centrala frågor belyses i Läkartidningens serie som nu finns som särtryck.

Häftet omfattar 16 artiklar på sammanlagt 50 sidor + färgomslag. Priset är 65 kronor. Vid köp av 11-50 ex 60 kronor och vid större upplagor 56 kronor/exemplar.

Beställer härmed

..... ex Övervikt

Namn

Adress

Postnummer/Postadress

Insändes till Läkartidningen,
Box 5603, 114 86 Stockholm

Märk gärna kuvertet
»Övervikt»

Telefax: 08-20 76 19