

BRUK AV RESEPTFRIE
SMERTESTILLENDE
MEDIKAMENTER BLANT
MULTIETNISK OSLO-UNGDOM

SAMFUNNSMEDISIN

ASGEIR AMUNDSEN
STUDMED. V-00
UNIVERSITETET I OSLO
Dat medisinske fakultet

Forord:

Denne oppgaven ble skrevet med hjelp fra Folkehelseinstituttet, avdeling for farmakoepidemiologi. En spesiell takk til Svetlana Skurtveit og Kari Furu for intensiv og god veiledning og opplæring i SPSS og ungdomshelseundersøkelser. Videre takk til Espen Bjertness og Elin O. Rosvold, begge institutt for samfunnsmedisin, UIO, for ideer, veiledning, kommentarer og gjennomlesninger av oppgaven.

Oslo 22/02-05

Asgeir Amundsen

Studmed.

V-00

Innholdsfortegnelse:

Forord	s 1
Abstract	s 3
Innledning	s 4
Materiale og metode	s 6
Resultater	s 12
Diskusjon	s 15
Konklusjon	s 20
Referanser	s 20
Tabell 1 og 2	s 23
Tabell 3	s 24
Tabell 4	s 25
Tabell 5	s 26
Tabell 6 og 7	s 27
Poster til IPSI-konferansen 2004	Appendix

ABSTRACT:

USE OF OTC ANALGESICS AMONG A MULTI-ETHNIC ADOLESCENT POPULATION IN OSLO.

Background: Data on the use of over-the-counter (OTC) analgesics comparing different adolescent ethnic groups are scarce. In Oslo, almost one quarter of the adolescent population come from an immigrant background.

Objective: The aim of this study is to describe possible differences in the use of OTC analgesics between Norwegian adolescents (15-16 year olds) and adolescents with Muslim and Other immigrant background.

Methods: A survey on health and medication use was undertaken among 10 graders (15-16 year olds) in all Secondary Schools in Oslo, Norway. This was the youth part of the Oslo Health Study in 2000-2001. There were 7343 participants in the survey, 3612 boys and 3695 girls.

Results: Norwegian adolescents were more likely to report use of OTC analgesics during the past four weeks, 24,4% of the boys and 57,5% of the girls reported using such medication. In the Muslim group, 17,9% of the boys and 34,5% of the girls reported use of OTC analgesics. Similar figures for Other immigrant background were 21,8% and 32,9%. Use within the Muslim group depended on nationality, among Pakistani girls only 24,0% had used these preparations, while 60,4% of Iranian girls reported the same. The differences were not as striking for boys.

Conclusions: A difference exists across ethnicity in adolescents' use of OTC analgesics. Adolescents from Muslim and Other immigrant background countries used less OTC analgesics than ethnic Norwegians. The use within the Muslim group further depends on nationality.

BRUK AV RESEPTFRIE SMERTESTILLENDE MEDIKAMENTER BLANT MULTIETNISK OSLO- UNGDOM. UNGHUBRO 2000-2001.

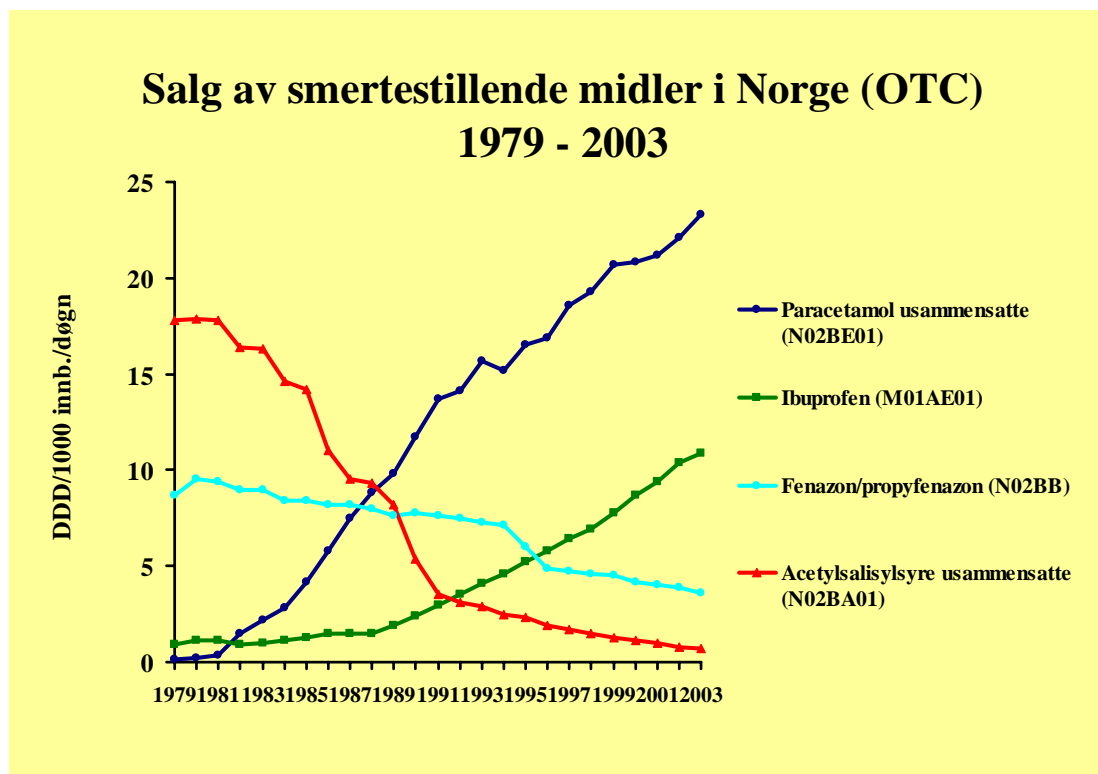
Innledning

Basert på spørreundersøkelser rapporterer ungdommer hyppige helseplager, og flere jenter enn gutter angir vanlige plager som hodepine og magesmerter (1). I UNGHUBRO fra Oslo svarer 9% av guttene og 16% av jentene at helsa deres er dårlig eller ikke helt god (2). Det eksisterer lite kunnskap om ungdommers bruk av legemidler. Bruk av medikamenter er en av de vanligste tiltak mot helseplager i vesten, men bruk av medikamenter varierer mye fra land til land. WHO har i en større komparativ studie (1997/98) sammenlignet medikamentbruk for plager som hodepine, magesmerter mv blant 15-åringer i til sammen 24 europeiske land, Grønland, Israel, USA og Canada (3). Her viser det seg at det norske forbruket er relativt lavt, 25,6% av guttene og 35,9% av jentene har brukt smertestillende mot hodepine den siste måneden. Tilsvarende tall for Sverige var 35,0% og 48,2%, og for USA 48,9% og 65,9%.

Fra 1. november 2003 ble loven om reseptfrie legemidler endret slik at lette analgetika og ibuprofen kan kjøpes i dagligvarebutikker og kiosker (4). Disse legemidlene kan føre til lever og nyreskade og gastrointestinal blødning (3). Det er stilt spørsmål ved om den nye loven vil kunne føre til økt forbruk, og derved flere skader (4).

Legemiddelomsetningen i Norge var i 2003 168,0 millioner kroner for reseptfrie analgetika og febernedsettende medikamenter, en økning i omsetning på 3,5% i forhold til året før (5). Fra 1990 til 2001 steg forbruket av lette analgetika og ibuprofen i Norge fra 27 DDD/1000 innbyggere/døgn til 36 DDD/døgn (4). Mesteparten av økningen skyldes økt omsetning av paracetamol. Fra 1996 til 2001 har antall henvendelser til giftinformasjonssentralen angående paracetamolforgiftning blitt fordoblet.

Figur 1 viser trenden i bruken av definerte døgndoser (DDD) for de vanligste smertestillende midler i Norge fra 1979-2003 (6).



Figur1: Salg av lette analgetika og ibuprofen i Norge 1979-2003 (Folkehelseinstituttet).

En dansk undersøkelse om ungdom og legemiddelbruk har vist at i tidsrommet 1988 til 1998 steg forbruket av analgetika blant ungdom, i 1998 brukte ca 18% av guttene og 38% av jentene analgetika mot hodepine i løpet av den siste måneden. Tilsvarende tall for 1998 var 38% og 50% (1). Plagene de rapporterte endret seg imidlertid ikke i samme periode. Dette funnet indikerer at terskelen for å ta disse midlene har blitt lavere over tid. En nederlandsk studie fant at ungdom som så mer på TV enn andre jevnaldrende (hvor det ble reklamert for smertestillende), hadde høyere sannsynlighet for å bruke tablettene, selv etter justering for mulige confoundere(7).

Kunnskap om hva unge mennesker bruker av reseptfrie smertestillende medikamenter og hvorfor de bruker dem, er ønskelig for å kunne sette inn tiltak hvis midlene brukes på feil indikasjon. Da dagens 15-16 åringer er morgendagens voksne, er det også viktig fra et folkehelseperspektiv å vite hva slags medikamentvaner disse ungdommene tar med seg over i voksenlivet.

Selv om WHO har gjort studier mellom ulike land er det svært lite informasjon som omhandler legemiddelbruk i etniske grupper innad i samme land. De få resultatene som foreligger spriker. En engelsk studie viste at pakistanske 14-15 åringer bosatt i England hadde lavere sannsynlighet for å bruke reseptfrie smertestillende enn sorte og hvite (8). På den annen side viser en foreløpig internettpublisert artikkel fra Danmark at danske innvandrerbarn fra både vestlig og ikke-vestlig bakgrunn har høyere sannsynlighet for å bruke smertestillende medikamenter mot vanlige plager som hodepine og magesmerter (9). Med tanke på at den norske minoritetsbefolkningen er i vekst og særlig i Oslo-området (10), er det derfor ønskelig å vite om immigrantene skiller seg fra de norske mht medikamentforbruk.

I dag består innvandrerbefolkningen av 349 000 personer. Denne gruppa utgjør 7,6 prosent av befolkningen, og det er over en tredobling siden 1980. En av tre har bakgrunn fra vestlige land. Svensker og dansker utgjør den største andelen fra vestlige land, mens pakistanerne utgjør den største andelen fra ikke-vestlige land. I Oslo utgjør innvandrerne 114 000 personer eller 21, 8% av befolkningen (11).

Vel en fjerdedel av ungdommene i Oslo har innvandrerbakgrunn basert på at *begge* foreldrene er født i utlandet.

Innvandrerne utgjør således en betydelig andel av Oslo-populasjonen.

Hensikten med denne studien er å beskrive bruk av reseptfrie smertestillende medikamenter for 15-16 åringer i Oslo med norsk og muslimsk bakgrunn, samt å studere om disse rapporterer forskjeller i helserelaterte variabler, livsstil og sosioøkonomiske forhold.

Materiale og metode

Ungdomsundersøkelsen i Oslo

Helseundersøkelsen i Oslo (HUBRO) ble utført i 2000-2001 i et samarbeid mellom Statens helseundersøkelser (nå Nasjonalt Folkehelseinstitutt), Universitetet i Oslo og Oslo kommune. Ungdomsdelen av undersøkelse (UNGHUBRO) inkluderte alle individer i 10. klasse (15-16 åringer) som stod oppført på klasselistene for hver enkelt skole i Oslo i årene 2000 og 2001. Totalt deltok 7343 elever – dvs at 88,3% av de totalt 8316 elevene som kunne delta, svarte på minst ett spørsmål. Av guttene deltok 86,1% (3612), blant jentene 90,6% (3695). (Opplysning om kjønn mangler hos 36 av dem som har svart). Alle elevene fylte ut to spørreskjemaer i

løpet av to skoletimer. En prosjektassistent var tilstede i klasserommet for å veilede og stå for den praktiske gjennomføringen av undersøkelsen.

De selvutfyllende spørreskjemaene omfattet spørsmål om helse, sykdom, sosioøkonomisk bakgrunn, livskvalitet, sosial støtte, ulike helsevaner og bruk av legemidler med mer.

Det ble lagt igjen skjemaer til elevene som ikke var tilstede på skolen på undersøkelsesdagen. Dersom disse ikke hadde svart etter en stund, ble skolen kontaktet. For dem som fortsatt ikke hadde svart etter noen måneder, ble nye skjemaer sendt hjem til eleven med anmodning om å fylle dem ut og returnere dem i vedlagte svarkonvolutt. Spørreskjemaet finnes på internettsidene til folkehelseinstituttet (12).

Variabler

Bruk av legemidler

I skjemaet svarte ungdommene på flere spørsmål om legemidler, og skulle krysse av for hvorvidt de brukte medikamenter mot for eksempel astma, beroligende, smertestillende med og uten resept m.fl.

Den nøyaktige spørsmålsformuleringen i spørreskjemaet var: Hvor ofte har du i løpet av de 4 siste ukene brukt følgende medisiner? -smertestilende uten resept:

Det var 5 svaralternativer: daglig; hver uke, men ikke daglig; sjeldnere enn hver uke, ikke brukt siste 4 uker, aldri. I analysene ble de to siste kategoriene slått sammen til ikke-bruker, mens de andre ble beholdt. En grovere inndeling ble brukt i andre analyser der de første tre ble slått sammen til *bruker*, mens de siste to svarkategoriene ble slått sammen til *ikke-bruker*.

De som svarte at de brukte smertestillende uten resept daglig ble sett nærmere på. Her så man også på hva elevene hadde svart på det åpne spørsmålet "Skriv navnet på medisinen som du har krysset av for ovenfor, og hva grunnen var til at du tok medisinen (sykdom eller symptom)". Elevene skrev så navn på medisinen og grunn til bruk av medisinen.

Medikamentene ble kodet i forhold til ATC-koding, mens plagene ble kodet i forhold til ICPC-diagnosesystemet (13,14).

Etniske kategorier

Det var 7033 svar på spørsmålet om inntak av reseptfrie legemidler (3455 gutter og 3578 jenter), som kunne grupperes etter etnisitet og kjønn.

Inndeling etter etnisitet er basert på far og mors fødeland som elevene fylte ut i spørreskjemaet. Inndelingen ble foretatt slik at dersom begge eller den ene forelderen var født i Norge, ble ungdommene kategorisert som norske (SSB-definisjon). Totalt var det 5424 med *norsk bakgrunn* (2668 gutter og 2756 jenter).

Det var 1609 innvandrere (787 gutter og 822 jenter), hvor begge foreldre er født i utlandet. Innvandrerne ble så delt i en "muslimsk bakgrunn" og en "annen bakgrunn" gruppe.

Med *muslimsk bakgrunn* menes at begge foreldrene er født i land hvor befolkningen består av over 50% muslimer (27). I praksis er dette fødeland som Pakistan (268 gutter, 258 jenter), Tyrkia (44 gutter, 57 jenter), Iran (43 gutter, 48 jenter), Somalia (44 gutter, 41 jenter) og Marokko (41 gutter, 32 jenter).

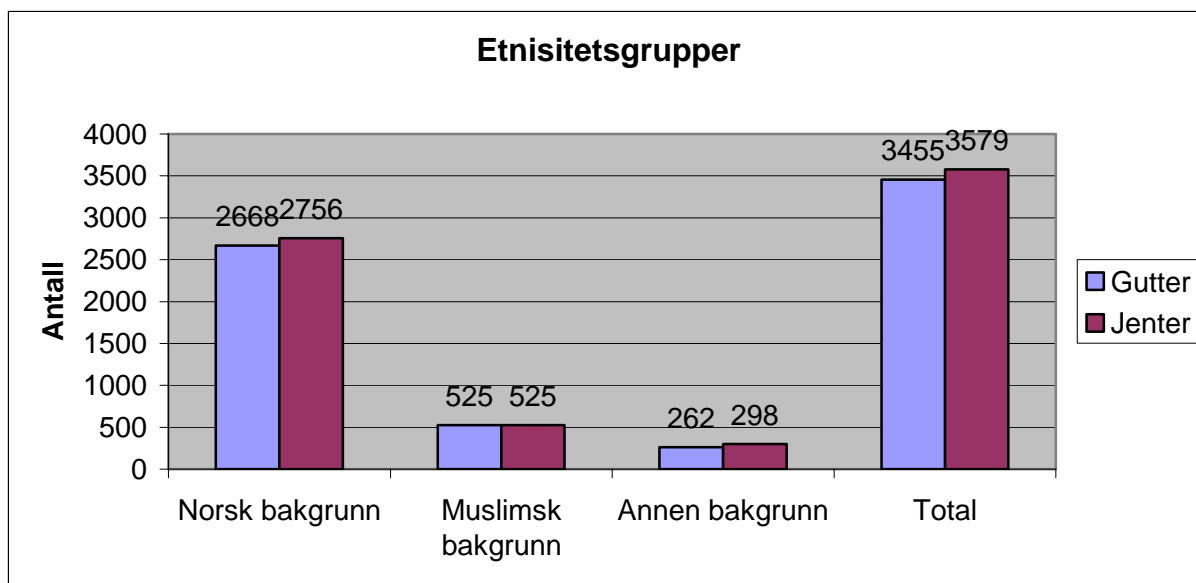
Totalt var det 1049 med *muslimsk bakgrunn* (525 gutter og 524 jenter).

Med *annen bakgrunn* menes at begge foreldre er født i land hvor det er mindre enn 50% muslimer. I praksis vil de største innvandringsgruppene i Norge i denne kategorien være: Vietnam, Sverige, India, Storbritannia/Nord-Irland, Danmark, Tyskland.

Totalt var det 560 med *annen bakgrunn* (262 gutter og 298 jenter).

Der den ene forelderen kom fra et muslimsk fødeland, og den andre fra et ikke-muslimsk fødeland (men ikke var norsk), ble etnisiteten valgt ut i fra om far var definert som muslim eller ikke. Figur 2 viser inndeling i forhold til etnisitet og kjønn.

109 (68 gutter, 41 jenter) personer kunne ikke grupperes i noen etnisitetsgruppe og ble ekskludert fra studien. Videre hadde 168 personer (88 gutter, 75 jenter) ikke svart på bruk av legemidler (smertestillende uten resept), og ble ekskludert fra studien.



Figur 2: Hvordan de ulike etnisitetsgruppene fordeler seg.

Statistisk analyse

Bivariat analyse ble brukt. Statistisk analyse ble basert på chi-kvadrat test vha SPSS, versjon 11.0. Analysene ble foretatt separat for gutter og jenter, og separat for norske, muslimer og andre innvandrere. Et signifikansnivå på $p < 0,05$ ble brukt.

Uavhengige variabler

Bruk av reseptfrie smertestillende (avhengig variabel) ble analysert mot relevante helsevariabler, livsstil og sosioøkonomiske faktorer (uavhengige variabler).

Helsevariabler

Medikamentbruket ble analysert mot egenvurdert helse: "Hvordan er helsen din nå?", der svarkategoriene var: dårlig, ikke helt god, god, svært god. De to første svaralternativene ble slått sammen til *dårlig egenvurdert helse*.

I skjemaet ble elevene spurt: "Har du i løpet av de siste 12 mnd flere ganger hatt smerter i": hode (hodepine, migrene eller lignende), nakke/skuldre, armer/ben/knær, mage, rygg? Svarkategoriene her var ja og nei.

"Har du fått menstruasjon (mensen)?", svarkategori ja og nei ble også tatt med. 97,5% av jentene i undersøkelsen hadde fått menstruasjon.

Det var 10 screenings spørsmål om psykiske plager, Hopkins Symptom Check List (HSCL-10). Spørsmålene er: ”Har du opplevd noe av dette den siste uken (til og med i dag)?” Plutselig frykt uten grunn. Føler deg engstelig eller redd. Matthet eller svimmelhet. Føler deg anspent eller oppjaget. Lett for å klandre deg selv. Søvnproblemer. Nedtrykt, tungsindig (trist). Følelse av å være unyttig, lite verdt. Følelse av at alt er et slit. Følelse av håpløshet mht framtida. Svaralternativene var: ikke plaget (1 poeng), litt plaget (2 poeng), ganske mye (3 poeng), veldig mye (4 poeng).

En gjennomsnittsscore over 1,85 har vært vist som en prediktor for angst/depresjon blant 15-24 åringer (15). En score over 1,85 indikerer psykiske plager og ble koblet mot bruk av reseptfrie smertestillende medikamenter.

Annet medikamentbruk enn smertestillende uten resept ble det også kontrollert for, og spørsmålsstilling og svaralternativer var det samme som for smertestillende uten resept. Medikamenter det ellers ble spurt om var: smertestillende på resept, astma og allergimedisin (som det ble spurt om separat, men disse ble kjørt sammen som *astma/allergimedisin* i bivariat analyse), sovemedisin, beroligende medisin, medisin mot depresjon (disse ble det også spurt om separat, men ble kjørt sammen som *psykofarmaka* i bivariat analyse). Svarene ble delt inn i *bruker vs ikke-bruker* i hver av kategoriene.

Sosioøkonomi

Sosioøkonomiske variabler ble utført på sosial klasse etter selvrapporing av foreldres yrke. Når det gjaldt foreldrenes yrke var spørsmålet: ”Hvis far/og eller mor er i arbeid, hvilket yrke har de?” Her måtte elevene selv skrive hva slags yrke foreldrene hadde og i tillegg måtte de skrive kort hva foreldrene gjorde på jobben. Yrket ble så klassifisert i 5 kategorier basert på SSB-definisjon (STYRK) (16). Disse kategoriene ble så inndelt i to igjen: de tre høyeste til ”*høyere sosial klasse*” og de to nederste til ”*lavere sosial klasse*”.

Den andre sosioøkonomiske variabel som ble brukt var selvrapporing om hvor god råd familien hadde. Spørsmålsformuleringen var: ”Jeg tror vår familie, sett i forhold til andre i Norge, har”: dårlig råd, middels råd, god råd, svært god råd. De to første ble slått sammen til *dårlig råd*, de to siste til *god råd*.

Livsstilsvariabler

Alkoholbruk ble kartlagt ved spørsmålet: Har du noen gang drukket alkohol? Svarkategoriene var ja/nei. I tillegg ble spørsmålet ”Har du noen gang drukket så mye alkohol at du har vært

beruset (full)??", besvart med svarkategoriene: nei, aldri; ja, en gang; ja, 2-3 ganger; ja 4-10 ganger; ja mer enn 10 ganger. Her ble den første svarkategorien beholdt som *aldri vært beruset*, mens de fire andre ble slått sammen til *har vært beruset*.

Spørsmål om vold lød: "Har du selv vært utsatt for vold (blitt slått, sparket el) de siste 12 mnd?" Svaralternativene var aldri; ja bare av ungdom; ja, bare av voksne; ja, av både ungdom og voksne. Her ble det delt inn i to kategorier: *aldri* og *blitt utsatt for vold* (de tre siste svaralternativene).

Røykespørsmålet lød: "Røyker du eller har du røykt?" Svaralternativene var: nei, aldri; ja, men har sluttet; ja, av og til; ja, hver dag. De to siste alternativene ble slått sammen til *røyker*.

Mosjon: "Omtrent hvor mange timer i uka bruker du på dette (idrett/mosjon utenom skoletiden)?" Svaralternativene var: 0 timer, 1-2 timer, 3-4 timer, 5-7 timer, 8-10 timer, 11 timer eller mer. Den første kategorien ble brukt som *mosjonerer ikke*.

Frokost: "Hvor ofte spiser du disse måltidene (frokost) hver uke?" Svaralternativene var: Sjelden/aldri, 1-2 ganger pr. uke, 3-4, ganger pr. uke, 5-6 ganger pr. uke, hver dag. Disse ble dikotomisert til *frokost < 5 ganger pr uke* og *vise versa*.

TV/video/PC: "Utenom skoletid, hvor mange timer pr. skoledag (mandag til fredag) sitter du i gjennomsnitt foran TV, video og/eller PC (spill og internett)? Svaralternativene var: Inntil 1 time, 1-2 timer, 3-5 timer og mer enn 5 timer. De som svarte de siste to kategoriene ble slått sammen til *TV/video/PC > 3 timer pr dag*.

Etikk

Protokollen for helseundersøkelsen i Oslo ble forelagt Den regionale komité for medisinsk forskningsetikk, helseregion II, den er godkjent av Datatilsynet og gjennomført i henhold til Helsinki deklarasjonen.

Resultater:

Bruk av reseptfrie smertestillende medikamenter:

Kjønn

Av alle 10-klassingene viste det seg at 24,4% av guttene og 51,5% av jentene rapporterte å ha tatt smertestillende uten resept de siste fire uker. Det er altså betydelige kjønnsforskjeller ($p < 0,001$).

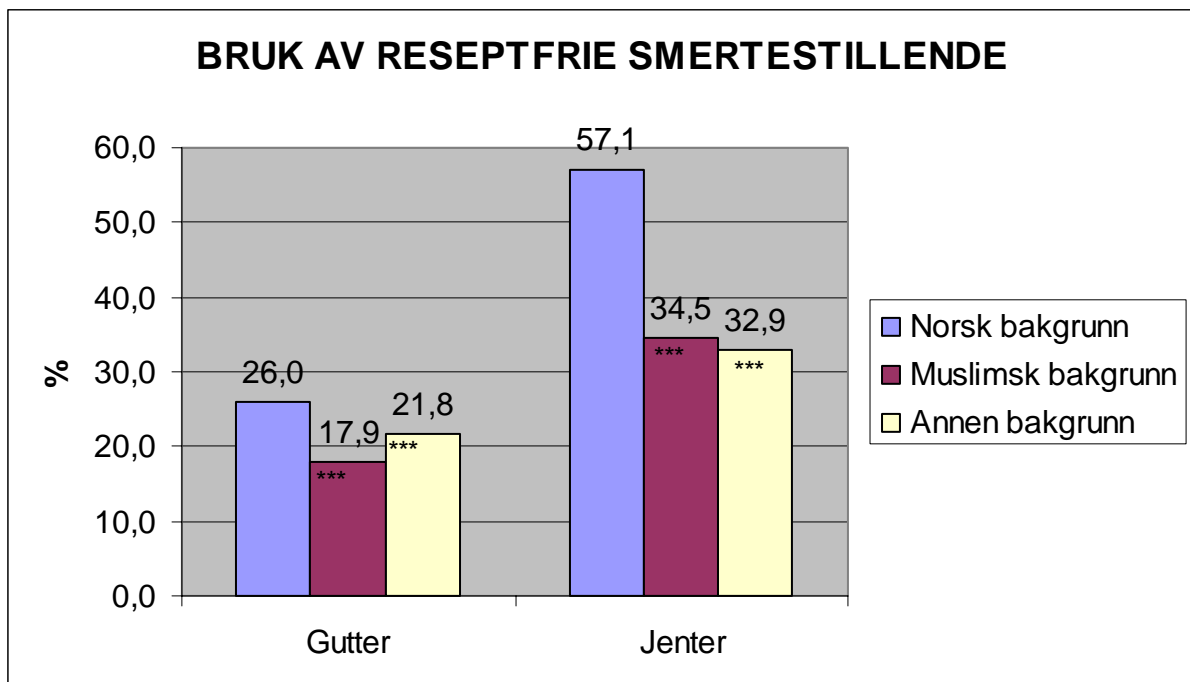
Etnisitet

Det er klare forskjeller i inntak av reseptfrie smertestillende mellom de med norsk bakgrunn og de andre etnisitetsgruppene ($p < 0,001$). Figur 3 viser bruk fordelt mellom etnisitetsgruppene.

De med **norsk bakgrunn** bruker mest smertestillende medisiner: 26,0% av guttene og 57,1% av jentene har brukt dette de siste fire uker.

Innvandringsgruppene har et lavere forbruk og fordeler seg likere, av de med **muslimske bakgrunn** har 17,9% av guttene og 34,5% av jentene brukt smertestillende de siste fire uker.

Av de med **annen bakgrunn** oppgir 21,8% av guttene og 32,9% av jentene å ha brukt smertestillende de siste fire uker.



Figur 3: Brukere (%) av reseptfrie smertestillende de siste fire uker fordelt på etnisitet og kjønn. *** $p < 0,001$

Foreldres fødeland

Tabell 2 viser forbruket i forhold til landsbakgrunn.

De pakistanske guttene bruker mindre reseptfrie smertestillende enn de norske. 17,2% av de pakistanske guttene har brukt disse midlene de siste fire uker, mot 26,0% av de norske.

Forskjellen mellom pakistanske gutter og gutter fra andre muslimske land er imidlertid ikke så stor, for eksempel har 13,6% av de iranske guttene brukt smertestillende uten resept siste de siste fire uker.

Pakistanske jenter har derimot lavt forbruk, kun 24,0% av jentene har brukt reseptfrie smertestillende siste måned. Tilsvarende tall for norske jenter er 57,1% og for iranske jenter 60,4%.

Helse, livsstil og sosioøkonomi

Tabell 3,4 og 5 viser sammenhenger mellom brukere av reseptfrie smertestillende og helsevariabler, livsstil og sosioøkonomi for de med henholdsvis norsk bakgrunn, muslimsk bakgrunn og annen bakgrunn.

Samtlige helsevariabler (dårlig egenvurdert helse, hodepine, nakke/skuldersmerter, armer/ben/knær smerte, magesmerter, ryggsmerte, HSCL-10>1,85, bruker av smertestillende på resept, astma/allergimedisin, bruker av psykofarmaka, fått menstruasjon) i tabell 3 viser sammenhenger med bruk av reseptfrie smertestillende for norske gutter og jenter. Gutter og jenter som rapporterer at familien har god råd har lavere sannsynlighet for bruk av reseptfrie smertestillende. Selvrapportert sosial klasse (foreldres yrke) har derimot ingen betydning. Blant livsstilsfaktorene viser alkoholbruk, røyking, utsatt for vold og spiser frokost mindre enn 5 ganger i uka sammenhenger med bruk av reseptfrie smertestillende for begge kjønn. Mosjon har ikke innflytelse. Heller ikke om man bruker TV/video/PC mer enn 3 timer daglig utenom skoletid.

For de med muslimsk bakgrunn (tabell 4) er det også en sammenheng mellom helsevariablene og bruk av reseptfrie smertestillende. Et unntak er at om jentene rapporterer dårlig helse, tar de likevel ikke signifikant mer smertestillende enn de som rapporterer god helse.

Sosioøkonomiske variabler spiller her også inn, men her er det selvrapportert sosial klasse (foreldrenes yrke) som er avgjørende og ikke selvrapportert foreldreinntekt. For guttene er riktig nok ikke sosial klasse statistisk signifikant, men svært nær. Blant livsstilsvariablene er

det kun alkoholbruk som viser sammenheng med bruk av reseptfrie smertestillende hos guttene. For jentene er det alkoholbruk/beruset og røyking.

De med annen bakgrunn (tabell 5) viser lignende sammenhenger som de muslimske, de fleste helsevariablene er statistisk signifikante i forhold til økt bruk av reseptfrie smertestillende, sosioøkonomi spiller ikke inn hos denne gruppen. Blant livsstilsvariablene er det kun alkoholbruk som er signifikant i forhold bruk av reseptfrie smertestillende hos guttene. For jentene er det utsatt for vold siste 12 mnd, alkoholbruk/beruset og røyking.

Bruksfrekvens

De fleste som bruker reseptfrie smertestillende bruker dem sjeldnere enn hver uke, 20,1% av guttene og 38,7% av jentene.

Relativt få oppgir å bruke ukentlig eller daglig, 4,3% av alle guttene og 12,8% av alle jentene.

Tabell 6 angir årsak til bruk av reseptfrie smertestillende blant dagligbrukerne.

Totalt har vi 107(1,5%) som svarer at de bruker disse medikamentene daglig, 40 (1,1%) gutter og 67 (1,9%) jenter.

51(47,7%) av disse angir å bruke paracetamol, 18(16,8%) ibuprofen, 4(3,7%) fenazon/koffein og 1(9,3%) acetylsalisylsyre. 43(40,2%) angir ikke hvilket legemiddel de bruker.

(Noen få dagligbrukere oppgir flere legemidler mot samme plage eller ulike plager, de prosentvise tallene overstiger derfor 100%.)

Av de 107 rapporterer 43(40,2%) hodepine som årsak til at de tar smertestillende, 5(4,7%) rapporterer magesmerter, 8(7,5%) menssmerter, det er 16(15,0%) andre smertetilstander, 2(1,9%) med feber og 1(0,9%) med slapphet. 42(39,3%) oppgir ikke grunnen til den daglige bruken. (Noen få dagligbrukere oppgir flere plager, de prosentvise tallene overstiger derfor 100%.)

Tabell 7 angir dagligbrukere i forhold til etnisitet. Blant guttene er det 20(0,7%) med norsk bakgrunn, 14(2,7%) med muslimsk bakgrunn og 6(2,3%) med annen bakgrunn som er dagligbrukere. Blant jentene er tilsvarende tall 46(1,7%), 15(2,9%) og 6(2,0%).

Det er altså prosentvis noe flere dagligbrukere i innvandringsgruppene. Det er ikke synlige forskjeller blant etnisitetsgruppene i forhold til hva de oppgir som plager eller hvilke medikamenter de foretrekker.

Diskusjon

Hovedfunnene i denne oppgaven er at bruken av reseptfrie smertestillende medikamenter er svært ulik for kjønn, med omtrent dobbelt så mange jenter som gutter blant brukerne. Blant guttene bruker de norske mest reseptfrie legemidler, innad i den muslimske gruppen er forskjellene mellom de ulike nasjonene ellers ikke så store. Jentene med muslimsk bakgrunn og annen bakgrunn bruker mindre reseptfrie smertestillende enn de norske. Deler man videre opp den muslimske jentegruppen igjen, viser den seg å være heterogen; pakistanerne utgjør en stor andel av gruppen og bruken blant disse er lav, andre land som Tyrkia og Iran har et forbruk som likner de norske jentenes. De fleste bruker reseptfrie smertestillende sjeldnere enn ukentlig. Det er få dagligbrukere i materialet, noe flere i innvandringsgruppene enn blant de norske.

Metodediskusjon

Selvrapportert medikamentbruk på spørreskjema er en vanlig metode å bruke for å kartlegge medikamenteksposisjon i en befolkning. Fordelene med spørreskjemaundersøkelser er at man kan kartlegge både reseptpliktige og reseptfrie medikamenter, få informasjon om andre helsevariabler, livsstil og sosioøkonomiske forhold.

Ulempene kan være at deltakerne husker dårlig hva de har tatt de siste fire ukene av medikamenter (såkalt hukommelsesfeil). Det er imidlertid beskrevet at unge og friske har få problemer med å huske hva de har brukt de siste 2-4 ukene av medikamenter (17). Hvis slike feil er tilstede vil de trolig være likt fordelt i etnisitetsgruppene, men de med mest helseplager (for eksempel dårlig selvrapportert helse) kan være flinkere til å huske. Det sistnevnte kan føre til en falsk forsterket sammenheng mellom selvrapportert helse og bruk av medikamenter.

I etnisitetsdelingen tar man foreldres fødeland som utgangspunkt, dette forutsetter at elevene har fylt ut dette ordentlig og at de vet hvor foreldrene er født. Det er rimelig å anta at elevene klarer dette. Det er også mulig at elever fra ulik bakgrunn kan tolke spørsmålet om legemidler forskjellig og kanskje ikke forstå spørsmålet ordentlig. Dette kan være en feilkilde.

Deltakelsen i studien er høy, over 90% av jentene og 86% av guttene. Dette gir gode data som representerer de fleste 15-16 åringene. Et problem ved spørreskjemaundersøkelser kan være

seleksjonsfeil. Det kan være spesielle helsevariabler eller livsstilsfaktorer som karakteriserer de som ikke deltok i undersøkelsen. Dette er trolig ikke et stort problem, men man kan tenke seg at noen av de som ikke deltok er syke, og at dette er grunnen til at de ikke deltar. I så fall vil andelen legemiddelbrukere trolig være høyere enn det som man fant i denne studien, siden sykdom/plager er positivt korrelert til bruk av smertestillende medikamenter.

Elever som skulker skolen kan også ha andre helsekarakteristika enn de andre elevene som var på skolen.

I denne studien er kun bivariate analyser presentert. Det kan være sammenhenger i de bivariate analysene som skyldes en tredjevariabel (en confounder-variabel), som bør undersøkes i multivariate analyser.

Diskusjon av resultatene

Kjønnsforskjell

Det er langt mer utstrakt bruk hos jenter enn hos gutter. Dette funnet går igjen i alle lignende studier (1,3,8). Jenter oppgir også hyppigere helseplager enn guttene, 46,5% av guttene og 65,5% av jentene oppga å ha hatt hodepine flere ganger de siste 12 mnd. Tilsvarende for magesmerter var 22,3% og 49,8%. Dette er også funn som går igjen i lignende studier (3). Denne kjønnsforskjellen i bruk av reseptfrie smertestillende synes å starte i ungdomstiden og fortsette gjennom voksenlivet, for eksempel fant Dengler et al. at bruken blant jenter fordoblet seg fra 11-12 års alder til 15-16 års alder (fra ca 20% brukere til 40% brukere siste uke). Det var en økning blant guttene også, men denne var mer beskjeden (fra noe under 20% til noe over 20%) (8). Andre studier viser lignende trender (1).

Denne kjønnsforskjellen kan ikke forklares alene ut i fra kvinnelige menstruasjonsplager, som ser ut til å være en mindre komponent, da flere studier har vist at den hyppigste plagen både gutter og jenter i denne alderen bruker smertestillende mot er hodepine, og at jentene også er de største forbrukerne i forhold til denne plagen (1,3). Man kan tenke seg at samvariasjon mellom menstruasjon og hodepine bidrar til økt hodepinefrekvens hos jentene.

Etnisitetsgruppene

Inndelingen av innvandregruppene ble foretatt på bakgrunn av foreldres fødeland, det spiller altså ingen rolle om ungdommen selv er født i utlandet eller i Norge. Dersom en av foreldrene er født i Norge eller ungdommen selv er født her, blir man altså ikke kategorisert som

innvandrere. Dette kan være en feilkilde, men undersøkelser av ungdommers alkoholbruk i Oslo tyder på at innvandreneres alkoholvaner fornes/assimileres dersom de er 2. generasjons i forhold til 1. generasjons innvandrere. (10). Man kan tenke seg at det samme skjer for medikamentbruken, og trolig raskere, da dette er et mindre betent tema i forhold til voksne og religion.

Videre viser det seg at det er heterogenitet innad i den muslimske gruppen i forhold til bruk av reseptfrie smertestillende medikamenter, særlig hos jentene. Denne forskjellen i bruk mellom pakistanere og tyrkere ble også funnet i forhold til alkoholkonsum, der 3% av jentene som var 1. generasjonsinnvandrene fra Pakistan hadde drukket alkohol, mens tilsvarende tall var 18% for tyrkere. Dette kan bety at innvandrere fra enkelte land raskere tilpasser seg norske forhold og/eller at forholdene de kommer fra er ulike og mer avgjørende for livsstil enn religionen er i seg selv.

Dagligbrukere

En dansk artikkel (Schmidt LE, 2004) om paracetamolforgifninger hos ungdom estimerer at mellom 200-250 danske tenåringsjenter paracetamolforgiftes hvert år, de fleste i parasuicid eller suicid hensikt (18). Fra 1990-1999 ble antallet paracetamolforgifninger pr. år i Danmark syvdoblet (fra ca 300 til 2000 pr. år) for befolkningen som helhet. Paracetamolforgiftning er mest vanlig blant yngre og ved førstegangsforgiftninger, trolig fordi stoffet er lett tilgjengelig. Heldigvis fant studien at risikoen for leversvikt (0,5% av forgiftningene) og død (0,2% av forgiftningene) er liten hos ungdom.

Det er påpekt i litteraturen at bruk av reseptfrie smertestillende, da spesielt NSAIDS, kan føre til nyreskade (19,20). Selv om dette er en sjelden bivirkning, er det viktig å kjenne til det, da bruken av disse medikamentene er såpass utstrakt. I en case-report av Nakamura et al. er det beskrevet 5 tilfeller av interstitiell nefritt hos ungdom etter NSAID-bruk og 3 av disse brukte medikamentene mer eller mindre regelmessig mot hodepine. Hodepine er den hyppigste årsaken som angis til daglig bruk av smertestillende i vårt materiale. Det er tvilsomt om disse ungdommene vet at bruken kan medføre slike bivirkninger, og at medikamentbruk i seg selv kan være årsak til reboundhodepine. The Cleveland Study viste at tenåringer har en tendens til å overdosere reseptfrie smertestillende mot hodepine, og at 1 av 5 henvist til en hodepineklinikk gjorde dette (21). En annen amerikansk studie har slått fast at reboundhodepine er en hyppig årsak til daglig hodepine hos barn og ungdom som ble henvist til en pediatrik hodepineklinikk (22).

Det er heldigvis relativt få dagligbrukere i denne undersøkelsen, men det er altså grunn til å stille spørsmål ved om disse som oppgir hodepine bør bruke reseptfrie smertestillende daglig. Da dette er en spørreskjemaundersøkelse er det vanskelig å si om bruken er på riktig medisinsk indikasjon og hva slags hodepine det dreier seg om. Allmennleger bør tenke på reboundhodepine hos tenåringer med mye vondt i hodet og spørre om bruk av smertestillende medikamenter.

En kanadisk studie av 12-13 åringer har vist at hyppig hodepine (ukentlig eller oftere) er assosiert med en mengde skolefaktorer som dårlig trivsel/akademisk ytelse på skolen, forhold til læreren og høyt forventningspress fra foreldre (23). Livsstilsfaktorer som drikking/røyking, forsøk på å slanke seg m.fl. var også signifikante faktorer. I tillegg var den mentale helsen viktig for frekvens av hodepine. Merkelig nok fant den ingen sammenheng mellom sosial tilpasningsdyktighet og hodepine.

Det er altså mulig at ikke-farmakologiske tiltak kan gjøres for å bedre hodepinen hos mange.

Dengler et al (1996) fant at pakistanske ungdommer hadde lavere sannsynlighet for å bruke reseptfrie smertestillende (oddsratio ca 0,3 for gutter, ca 0,5 for jenter) i forhold til engelske sorte og hvite. Den samme tendensen gjaldt for indiere og folk fra andre nasjonaliteter som Kina, Bangladesh, m.fl. Denne studien har etnisitet som en liten del og ser hovedsakelig på ungdommers bruk av reseptfrie og reseptpliktige midler. Det går ikke klart frem hvordan de etniske gruppene er valgt ut.

Den danske studien (Holstein B et al, 2005) som viser at innvandrere uansett vestlig eller ikke-vestlig immigrasjonsbakgrunn har høyere sannsynlighet for å bruke smertestillende medikamenter mot hodepine og magesmerter, bryter altså med våre funn (9).

Studien er forskjellig fra vår på flere måter; den tok for seg 11,13 og 15 åringer, altså er gjennomsnittsdeltakeren yngre. Spørsmålsformuleringen angående bruk av legemidler var ulik, og innebefattet både reseptpliktige og reseptfrie medikamenter. Den definerte innvandrere på bakgrunn av språket som ble snakket i hjemmet, og brukte innvandringskategoriene vestlig og ikke-vestlig innvandrere vs danske. Dette ga kun 7,0% innvandrere (minoritet, N=333) Vs 93,0% danske (majoritet, N=4402). Sannsynlighet for å ta ”hodepinetabletter” var høyest hos de vestlige innvandrerne (oddsratio 1.37 for gutter, 2.75 for jenter), nest høyest hos ikke-vestlige innvandrere (oddsratio 1.13 for gutter, 1.14 for jenter).

Det er vanskelig å forklare disse ulike funnene på en god måte, annet enn at studiene er lagt opp ulikt. Flere studier bør etterprøves i andre populasjoner.

Helse, livsstil og sosioøkonomi

Ungdom som rapporterer dårlig egenvurdert helse og helseplager av fysisk eller psykisk art bruker hyppigere reseptfrie smertestillende. For de norske jentene er det flere av dem som har fått menstruasjon som bruker reseptfrie smertestillende, men dette er ikke statistisk signifikant hos innvandregruppene. Det er høyere bruk av reseptfrie smertestillende blant ungdommer som bruker andre medikamenter (med enkelte unntak) som astma/allergimedisin, psykofarmaka eller om de bruker smertestillende på resept.

En kanadisk studie har ikke overraskende vist at det er en positiv sammenheng mellom smerteintensitet og å ta smertestillende hos ungdom, og at de begynner å selvadministrere dette i 11-12 års alder (24).

Blant livsstilsvariablene er det hovedsakelig alkoholbruk og røyking som rapporteres oftere hos brukere av reseptfrie smertestillende. I tillegg rapporterer de norske ungdommene en sammenheng mellom å være utsatt for vold de siste 12 mnd og å spise frokost < 5 ganger siste uke med et hyppigere inntak av reseptfrie smertestillende. Det rapporteres derimot ingen sammenheng med bruken av disse medikamentene og mosjon/trening eller om man sitter mye foran TV/video/PC utenom skoletid. En hollandsk studie fant som tidligere nevnt en sammenheng mellom TV-tid (hvor reklamasjon av disse midlene er lovlige) og inntak av reseptfrie smertestillende hos ungdom. Siden dette ikke er lov i Norge, og denne undersøkelsen ikke viser noen sammenheng, kan dette indikere at det var reklamen som hadde effekt, og ikke TV-tittingen eller stillesittingen i seg selv som viste sammenheng med øket forbruk av reseptfrie analgetika. De ulike resultatene kan imidlertid også skyldes andre forhold, som ulik spørsmålsstilling.

Det har vært vist forskjeller i bruk av smertestillende som kan relateres til sosioøkonomi hos ungdom. En dansk studie viste at ungdom i lavere sosiale klasser både hadde flere plager og brukte mer smertestillende medikamenter, inndelingen etter sosioøkonomisk klasse var basert på foreldres utdanning (25). En hollandsk studie antydte en motsatt forskjell, med økt forbruk blant gutter i høyere sosioøkonomisk klasse, men forskjellen var ikke statistisk signifikant (26). Inndelingen i sosioøkonomisk klasse var her basert på foreldrenes utdanning. Dengler et al brukte det å ha bil som en sosioøkonomisk variabel, dette viste ingen forskjell i bruk av reseptfrie legemidler. I vårt materiale baserer inndelingen i sosioøkonomi seg på selvrappert familieinntekt, og viste økt bruk blant de norske elevene med lav

foreldreinntekt. SSB's fem kategorier av foreldrenes yrke (se under metode), ble også brukt, og dette ga altså kun forskjeller i bruk hos den muslimske gruppen. En mulig svakhet med selvrapporteringen er at det forutsettes at elevene vet hva foreldrene tjener og hvilket arbeid de har. Korrektheten i rapporteringen kan muligens slå ulikt ut i de forskjellige etnisitetskategoriene.

Konklusjon

Det er dobbelt så høyt forbruk av reseptfrie smertestillende blant jenter enn blant gutter. Det er lavere bruk blant innvandrere med muslimsk bakgrunn enn norsk bakgrunn. Bruken avhenger imidlertid av foreldres føde/opphavsland. Pakistanere bruker som gruppe lite reseptfrie smertestillende, mens tyrkiske og iranske jenter er på nivå med de norske. Få ungdommer i Oslo er dagligbrukere, de som er det oppgir hodepine som hyppigste årsak til bruk. Blant dagligbrukerne vet man ikke hvor store doser som brukes. Man vet heller ikke i hvor lang tid ungdommene har brukt medikamentene daglig, og om bruken er på riktig medisinsk indikasjon. Andre studier har konkludert med at en del av disse kan ha rebound-hodepine, forårsaket av medikamentene.

Det er nødvendig med mer kunnskap om bruken av reseptfrie smertestillende blant ungdom, og å kartlegge hva de vet om disse medikamentenes virkninger og bivirkninger.

Referanser

1. Holstein B, Hansen EB, Due P et al. Self reported medicine use among 11- to 15-year old girls and boys in Denmark 1988-1998. Scand J Public Health 2003;31:334-341.
2. Grøtvedt L, Gimmetad A. Helseprofil for Oslo. Barn og unge.. Folkehelseinstituttet, 2002.
3. Hansen EH, Holstein BE, Due P, Currie CE. International survey of self reported medicine use among adolescents. Ann Pharmacother 2003;37:361-6.
4. Bøe GH, Haga C, Andrew E, Berg KJ. Paracetamolforgiftninger i Norge 1990-2001. Tidsskr Nor Lægeforen nr. 12, 2004; 124;1624-8.
5. http://www.lmi.no/digimaker/documents/T-F_04_LR_yxgy2a1951LR.pdf
6. Legemiddelforbruket i Norge 1999-2003. Folkehelseinstituttet.
7. Van den Bulck J, Leemans L, Laekman GM. Television and adolescent use of over-the-counter analgesic agents. Ann Pharmacother. 2005 Jan;39(1):58-62.

8. Dengler R, Roberts H. Adolescents' use of prescribed drugs and over-the-counter preparations. *Journal of Public Health Medicine* 1996; Vol 18, No. 4:437-442
9. Holstein B, Hansen EB. Self reported medicine use among adolescents from ethnic minority groups. *Eur J Clin Pharmacol*. 2005 Jan 27; [Epub ahead of print] No abstract available.
10. Amundsen EJ, Rossow I, Skurtveit S. Drinking pattern among adolescents with immigrant and Norwegian background: A two way influence. (antatt, ikke foreløbig publisert)
11. <http://www.ssb.no/innvstat/>
12. <http://www.fhi.no/dav/75606F442295430E822BBA46168FD4E7.pdf>
13. WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. Norwegian Institute of Public Health. <http://www.whocc.no/atcddd/>.2003
14. Lamberts H, Wood M, Hoffman-Okkes I. The international classification of primary care in the European community with a multi-language layer. Oxford. Oxford University Press, 1993.
15. Haavet OR, Straand J, Saugstad OD et al. Illness and exposure to negative life experiences in adolescence: two sides of the same coin? A study of 15 year olds in Oslo, Norway. *Acta Paediatr* 2004;93:405-11.
16. SSB (1998) Standard for yrkesklassifisering. Nessheim, Helge (2001) Paper om ulik nasjonal tilpasning i ulike nordiske land. Upublisert. SSB.
17. Van den Brandt PA, Petri H; Dorant E et al. Comparison of questionnaire information and pharmacy data on drug use. *Pharm Weekbl Sci* 1991;13(2).91-6.
18. Schmidt LE. Paracetamolforgifning hos teenagere. *Ugeskr Laeger*. 2004 Oct 18;166(43):3822-5.
19. Nakahura T, Griswol W, Lemire J et al. Nonsteroidal Anti-inflammatory Drug Use in Adolescence. *Journal of Adolescent Health* 1998;23:307-310.
20. Whelton A. Renal effects of over-the-counter analgesics. *J Clin Pharmacol*. 1995 May;35(5):454-63.
21. Mitka M. When teens self-treat headaches, OTC drug misuse is frequent result. *JAMA*, July 28, Vol 292: 424-425.
22. Vasconcellos E, Pina-Garza JE, Millan EJ, Warner JS. Analgesic rebound headache in children and adolescents. *J Child Neurol*. 1998 Sep;13(9):443-7.

23. Gordon KE, Dooley JM, Wood EP. Self reported headache frequency and features associated with frequent headaches in canadian young adolescents. *Headache* 2004;44:555-561.
24. Chambers C, Reid GJ, McGrath PJ et al. Self-administration of over-the-counter medication for pain among adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1997;151:449-455.
25. Holstein B, Hansen EH, Due P. Social class variation in medicine use among adolescents. *European Journal of Public Health* 2004;14:49-52.
26. Tobi H, Meijer WM, Tuinstra J et al. Socio-economic differences in prescription and OTC drug use in Dutch adolescents. *Pharm World Sci.* 2003 Oct;25(5):203-6.
27. Henriksen P., ed. (1997) *Aschehoug og Gyldendal store norske leksikon.* Oslo, Kunnskapsforlaget.

**Tabell 1. Antall og andel (%) 15-16 åringer som svarte på spørsmålet:
"Hvor ofte har du brukt følgende medisin (smertestilende uten resept)?".**
UNGHUBRO 2000-2001

	Antall som svarte	Ikke bruker	Daglig	Hver uke, men ikke daglig	Sjeldnere enn hver uke
Gutter					
Norsk bakgrunn	2668	1973(74,0)	20(0,7)	87(3,3)	588(22,0)
Muslimsk bakgrunn	525	431(82,1)	14(2,7)	9(1,7)	71(13,5)
Annen bakgrunn	262	205(78,2)	6(2,3)	12(4,6)	39(14,9)
Jenter					
Norsk bakgrunn	2756	1183(42,9)	46(1,7)	339(12,3)	1188(43,1)
Muslimsk bakgrunn	524	343(65,5)	15(2,9)	33(6,3)	133(25,4)
Annen bakgrunn	298	200(67,1)	6(2,0)	18(6,0)	74(24,8)

Tabell 2. Brukere og ikke-brukere av smertestilende uten resept fordelt på foreldres fødeland*. Norge, Pakistan, Tyrkia, Iran, Somalia, Marokko.

	Antall som svarte	Ikke-bruker	Bruker
Gutter			
Norsk bakgrunn	2668	1973(74,0)	695(26,0)
Pakistanere	268	222(82,8)	46(17,2)
Tyrkere	44	38(86,4)	6(13,6)
Iranere	43	36(83,7)	7(16,3)
Somaliere	44	35(79,5)	9(20,5)
Marokkanere	41	37(90,2)	4(9,8)
Jenter			
Norsk bakgrunn	2756	1183(42,9)	1573(57,1)
Pakistanere	258	196(72,3)	62(24,0)
Tyrkere	57	26(45,6)	31(54,4)
Iranere	48	19(39,6)	29(60,4)
Somaliere	41	30(73,2)	11(26,8)
Marokkanere	32	19(59,4)	13(40,6)

*Innvandrerne er fordelt etter mors og fars fødeland (SSB-definisjon).

NORSK BAKGRUNN

Tabell 3. Karakteristika hos

15-16 åringer som er brukere eller ikke-brukere av reseptfrie smertestillende.

	Gutter				Jenter			
	Reseptfrie smertestillende				Reseptfrie smertestillende			
	Ikke bruker(%)	Bruker(%)	p-verdi		Ikke bruker(%)	Bruker(%)	p-verdi	
	1973	695			1183	1573		
Helsevariabler								
Dårlig egenvurdert helse	133(6,8)	101(14,6)	<0,001		123(10,6)	277(18,0)	<0,001	
Hodepine	737(38,5)	445(66,4)	<0,001		578(50,7)	1184(76,9)	<0,001	
Nakke/skuldertmerter	425(22,4)	223(35,4)	<0,001		352(31,7)	736(49,1)	<0,001	
Armer/ben/knær smerte	560(29,5)	245(36,9)	<0,01		297(27,0)	516(35,4)	<0,001	
Magesmerter	364(19,2)	177(26,8)	<0,001		436(39,0)	859(57,3)	<0,001	
Ryggsmerter	511(26,7)	252(37,3)	<0,001		321(28,9)	655(44,2)	<0,001	
HSCL-10> 1,85	133(6,8)	98(14,2)	<0,001		210(17,8)	501(31,9)	<0,001	
Bruker av sm.stillende på resept	56(2,8)	87(12,9)	<0,001		51(4,3)	182(11,9)	<0,001	
Astma/allergimedisin	286(14,6)	151(22,2)	<0,001		177(15,0)	350(22,6)	<0,001	
Bruker av psykofarmaka	40(2,0)	45(6,6)	<0,001		21(1,8)	79(5,1)	<0,001	
Fått menstruasjon					1088(96,5)	40(3,5)	<0,01	
Sosioøkonomi								
God råd	1438(73,3)	474(68,7)	<0,05		819(70,1)	996(63,9)	<0,01	
Høyere sosial klasse	1249(70,6)	425(67,7)	i.s.		751(69,1)	1035(71,0)	i.s.	
Livsstilsvariabler								
Utsatt for vold siste 12mnd.	520(26,5)	273(39,7)	<0,001		148(12,6)	286(18,3)	<0,001	
Har drukket alkohol	1652(84,0)	631(91,8)	<0,001		998(84,6)	1452(92,8)	<0,001	
Har vært beruset	1055(64,1)	478(75,5)	<0,001		663(66,5)	1118(77,1)	<0,001	
Røyker	448(22,8)	270(39,1)	<0,001		344(29,2)	693(44,1)	<0,001	
Mosjonerer ikke	152(7,8)	57(8,4)	i.s.		104(9,0)	155(10,1)	i.s.	
Frokost<5 ganger i uka	376(19,1)	184(26,6)	<0,001		280(23,7)	468(29,9)	<0,001	
TV/Video/PC>3 timer pr dag	1054(53,9)	382(55,3)	i.s.		484(41,4)	696(44,7)	i.s.	

MUSLIMSK BAKGRUNN

Tabell 4. Karakteristika hos 15-16 åringer som er brukere eller ikke-brukere av reseptfrie smertestillende.

	Gutter			Jenter		
	Reseptfrie smertestillende			Reseptfrie smertestillende		
	Ikke bruker(%)	Bruker(%)	p-verdi	Ikke bruker(%)	Bruker(%)	p-verdi
	431	91		343	181	
Helsevariabler						
Dårlig egenvurdert helse	35(8,2)	18(19,4)	<0,01	55(16,4)	36(20,1)	i.s.
Hodepine	184(44,3)	58(63,7)	<0,01	177(53,8)	150(83,3)	<0,001
Nakke/skuldresmerter	124(30,2)	39(44,8)	<0,01	119(37,0)	89(50,9)	<0,01
Armer/ben/knær smerte	142(34,5)	44(50,0)	<0,01	96(30,5)	76(44,7)	<0,01
Magesmerter	88(21,5)	31(35,6)	<0,01	127(39,9)	111(63,4)	<0,001
Ryggsmerter	146(34,9)	46(51,1)	<0,01	119(37,7)	85(49,1)	<0,05
HSCL-10 > 1,85	33(7,7)	22(23,9)	<0,001	73(22,1)	64(35,8)	<0,01
Bruker av sm.stillende på resept	17(4,0)	23(26,1)	<0,001	17(5,0)	23(13,6)	<0,01
Astma/allergimedisin	46(10,7)	16(18,0)	i.s.	39(11,5)	25(14,2)	i.s.
Bruker av psykofarmaka	9(2,1)	12(13,3)	<0,001	5(1,5)	13(7,3)	<0,01
Fått menstruasjon				319(96,1)	13(3,9)	i.s.
Sosioøkonomi						
God råd (1)	301(71,8)	61(65,5)	i.s.	206(62,8)	100(56,2)	i.s.
Høyere sosial klasse (1)	83(33,2)	28(46,7)	0,051	50(26,5)	38(35,2)	<0,05
Livsstilsvariabler						
Utsatt for vold siste 12mnd.	90(21,2)	26(27,7)	i.s.	44(13,2)	30(16,9)	i.s.
Har drukket alkohol	117(27,5)	34(41,5)	<0,01	41(12,0)	54(30,0)	<0,001
Har vært beruset	64(53,3)	21(53,8)	i.s.	17(40,5)	36(65,5)	<0,01
Røyker	92(21,3)	28(29,8)	i.s.	35(10,3)	41(22,8)	<0,001
Mosjonerer ikke	34(8,1)	6(6,5)	i.s.	67(21,2)	41(23,6)	i.s.
Frokost < 5 ganger i uka	164(38,3)	37(39,8)	i.s.	198(58,2)	102(56,4)	i.s.
TV/Video/PC > 3 timer pr dag	270(63,4)	61(64,9)	i.s.	210(62,1)	121(68,4)	i.s.

ANNEN BAKGRUNN

Tabell 5. Karakteristika hos

15-16 åringer som er brukere eller ikke-brukere av reseptfrie smertestillende.

	Gutter			Jenter		
	Reseptfrie smertestillende			Reseptfrie smertestillende		
	Ikke bruker(%)	Bruker(%)	p-verdi	Ikke bruker(%)	Bruker(%)	p-verdi
	205	57		200	98	
Helsevariabler						
Dårlig egenvurdert helse	14(6,9)	10(17,9)	<0,01	23(11,6)	20(20,6)	<0,05
Hodepine	82(41,2)	45(80,4)	<0,001	114(58,8)	82(84,5)	<0,001
Nakke/skuldersmerter	56(28,6)	29(51,8)	<0,01	74(38,4)	51(55,4)	<0,01
Armer/ben/knær smerte	59(30,1)	32(58,2)	<0,001	69(36,9)	40(44,0)	i.s.
Magesmerter	44(22,8)	25(43,9)	<0,01	93(48,9)	65(69,9)	<0,01
Ryggsmerter	50(25,1)	29(50,9)	<0,001	76(39,6)	45(50,6)	i.s.
HSCL-10> 1,85	25(12,2)	14(24,6)	<0,01	49(24,9)	36(36,7)	<0,05
Bruker av sm.stillende på resept	8(3,9)	7(12,5)	<0,05	8(4,0)	12(12,6)	<0,01
Astma/allergimedisin	20(9,8)	20(35,7)	<0,001	25(12,6)	26(26,8)	<0,01
Bruker av psykofarmaka	3(1,5)	9(16,5)	<0,001	6(3,0)	8(8,2)	<0,05
Fått menstruasjon				190(98,4)	3(1,6)	i.s.
Sosioøkonomi						
God råd	142(70,0)	36(64,3)	i.s.	121(62,1)	61(62,9)	i.s.
Høyere sosial klasse	56(27,3)	20(35,1)	0,52	71(35,5)	36(36,7)	i.s.
Livsstilsvariabler						
Utsatt for vold siste 12mnd.	46(22,7)	19(35,2)	i.s.	27(13,8)	24(24,7)	<0,01
Har drukket alkohol	144(70,9)	46(80,7)	i.s.	123(61,8)	75(77,3)	<0,01
Har vært beruset	72(49,3)	36(78,3)	<0,01	56(45,5)	45(61,6)	<0,05
Røyker	43(21,2)	17(30,9)	i.s.	38(19,0)	36(37,1)	<0,01
Mosjonerer ikke	14(6,9)	3(5,4)	i.s.	29(15,4)	16(16,7)	i.s.
Frokost<5 ganger i uka	77(37,7)	25(44,6)	i.s.	99(49,6)	53(54,9)	i.s.
TV/Video/PC>3 timer pr dag	129(63,2)	36(64,3)	i.s.	117(59,1)	63(64,3)	i.s.

Tabell 6. Angitt årsak til bruk av reseptfrie smertestillende hos dagligbrukere.

	Gutter	Jenter
Antall dagligbrukere	40	67
Hodepine	14(35,0%)	29(43,3%)
Magesmerter		5(7,5%)
Menssmerter		8(11,9%)
Annet	7(17,5%)*	12(17,9%)*
Grunn ikke oppgitt	22(55,0%)	20(29,9%)

*Noen få oppga mer enn en årsak til medikamentbruken, %-andelen overstiger derfor 100%.

Tabell 7. Antall dagligbrukere fordelt på etnisitet.

	Gutter	Jenter
Alle	40(1,1%)	67(1,9%)
Norsk bakgrunn	20(0,7%)	46(1,7%)
Muslimsk bakgrunn	14(2,7%)	15(2,9%)
Annen bakgrunn	6(2,3%)	6(2,0%)