

Patienters viden om risikoen for hudcancer efter nyretransplantation

Reservelæge Elisabeth Cramer, overlæge Knud Rasmussen & overlæge Gregor B.E. Jemec

RESUME

INTRODUKTION: Nonmelanom hudcancer (NMHC) er en væsentlig årsag til øget morbiditet og mortalitet hos organtransplanterede patienter (OTP). Resultaterne fra flere studier har vist, at OTP har mindst 3-4 gange øget risiko for at få både systemiske og kutane cancer. Grundig patientinformation og målrettede profylaktiske tiltag er stærkt indicerede.

MATERIALE OG METODER: Et spørgeskema blev udsendt til 110 nyretransplanterede patienter i Region Sjælland. I alt 75 responderede. Spørgeskemaet havde til formål at afdække, hvor meget information om hudkræft patienterne mente at have modtaget, og hvordan de blev undersøgt for NMHC efter transplantationen (Tx).

RESULTATER: Respondenter adskilte sig ikke fra nonrespondenter mht. køn og alder. Blandt respondenter havde 22 (29%) modtaget mundtlig information før Tx og 38 (51%) efter. I alt 9 (12%) havde modtaget skriftlig information før Tx og 18 (24%) efter. I alt 39 (53%) var informerede om deres forøgede risiko for NMHC. Blandt de transplanterede fik 4 (5%) undersøgt hud og lymfeknuder ved de ambulante opfølgingsbesøg hos den organansvarlige mediciner.

KONKLUSION: Denne undersøgelse viser, at de nyretransplanterede patienter hverken er tilstrækkeligt informerede om hudkræft og nødvendigheden af solbeskyttelse eller bliver dermatologisk undersøgt. Man kunne forbedre begge områder ved en struktureret opfølgingsplan, som omfattede information og kliniske retningslinjer for undersøgelser efter Tx.

Organtransplantationer udføres hyppigere end tidligere. I USA blev der i 1988 udført 12.000 transplantationer, og dette tal steg til 25.000 i 2002 [1]. Succesraten er ligeledes vokset på grund af udvikling i medicinsk teknologi og forbedrede immunosuppressive behandlingsregimer. De transplanterede patienter lever derfor nu længere med deres transplanterede organer, hvilket medfører, at en større population har et øget antal leveår med immunosuppressiv behandling. Resultaterne fra flere studier har vist, at organtransplanterede patienter har 3-4 gange øget risiko for at få både systemiske og kutane cancer [2-5], og *Moloney et al* [6] har fundet 200 gange øget risiko for nonmelanom hudcancer (NMHC) otte år efter transplantation hos en transplantationskohorte med en alder på under 50 år sammenlignet med en aldersmatchet baggrundsbefolkning. Inci-

densen af NMHC hos en europæisk transplantationspopulation er 10-15% ti år efter transplantation [7]. Samtidig ses en ændring af de relative hyppigheder af NMHC-typen, således at det mere aggressive spinocellulære karcinom (SCC) stiger i hyppighed i forhold til basalcellecarcinomet (BCC), som normalt er den hyppigste form. Sammenlignet med baggrundsbefolkningen debuterer SCC hos organtransplanterede tidligere, canceren er mere aggressiv og har et større metastaseringspotentiale, og recidivraten er højere. Lymfeknudemetastaser optræder hos 7% af disse patienter to år efter den primære behandling [8]. Organtransplanterede patienter udgør således en kendt og voksende risikopopulation for NMHC. Målrettede profylaktiske tiltag er derfor stærkt indicerede.

Horn et al [9] gennemførte i 2003 en spørgeskemaundersøgelse af 25 medicinske afdelinger, der varetager den ambulante efterkontrol af organtransplanterede patienter i Danmark. Man ville belyse gældende dansk klinisk praksis angående, hvilken information afdelingernes personale giver til patienterne mht. risikofaktorer, risikoadfærd og symptomer på hudkræft. Man fandt, at den daglige kliniske praksis var suboptimal, f.eks. var det kun et fåtal af afdelingerne (24%), der inkluderede en fuld hudundersøgelse i deres opfølgingsprogram.

Spørgeskemaerne blev udfyldt primært af den specialeansvarlige læge på afdelingen og kan derfor i noget omfang være udtryk for den tilstræbte grad af information. Som en naturlig opfølgning af undersøgelsen er det derfor relevant at spørge de transplanterede patienter, hvad de er informerede om, og om deres hud bliver undersøgt jævnlige.

MATERIALE OG METODER

Et spørgeskema med 24 spørgsmål blev fra juli 2006 til april 2007 udsendt til 110 nyretransplanterede patienter i Region Sjælland. Dette svarer til samtlige nyretransplanterede patienter, der går til opfølgning på Roskilde Sygehus, Roskilde, Holbæk Sygehus, Næstved Sygehus og det tidligere Storstrøms Amts patienter, som går til opfølgning på Rigshospitalet. Spørgeskemaet havde til formål at afdække, hvor meget information om hudkræft patienterne mente

ORIGINALARTIKEL

Roskilde Sygehus,
Dermatologisk Afdeling
og Nefrologisk Afsnit,
Medicinsk Afdeling

at have modtaget henholdsvis før og efter deres transplantation, og hvem der gav dem denne information. Ligeledes blev spurgt, om hud og lymfeknuder blev undersøgt af en læge før og efter transplantationen, og om de selv var blevet instrueret i undersøgelse af hud og lymfeknuder. Endelig blev der spurgt til patienternes NMHC-status henholdsvis før og efter transplantationen. Disse data er oplyst af patienterne selv og ikke validerede af f.eks. journaldata. Spørgeskemaundersøgelsen krævede ikke godkendelse fra Etisk Komité.

Ud af 110 patienter besvarede 75 (68%) spørgeskemaet anonymt. Der fandtes ingen signifikante køns- eller aldersforskelle mellem de 75 patienter, der havde besvaret spørgeskemaet og non-responderne (se **Figur 1**). Ikke alle 75 patienter svarede på alle spørgsmål, men alle svar er medtaget for at maksimere informationen, hvorfor der for enkelte spørgsmål findes færre respondenter.

RESULTATER

Gennemsnitsalderen for hele populationen er 51 år, for mænd 52 år og for kvinder 48 år, og den gennemsnitlige organalder er \pm otte år. Af de 75, som deltog i undersøgelsen, havde 72 patienter fået transplanteret en nyre og en patient nyre og hjerte, en patient nyre og pankreas og en patient nyre og lever.

Information om transplanterede patienters forøgede risiko for hudkræft blev givet hos 39 ud af 74 patienter (53%): Medicinsk læge har informeret 25 patienter, dermatolog 11, medicinsk sygeplejerske syv, alment praktiserende læge tre, og plastikkirurg, kirurg og kirurgisk sygeplejerske informerede hver en patient.



Information om NMHC og nødvendigheden af solbeskyttelse blev givet af mange forskellige. Fordelingen fremgår af **Tabel 1**.

De 75 patienter gik hver til opfølgende besøg hos den transplantationsansvarlige læge i gennemsnit fire \pm to gange årligt. Fire patienter (5%) angav at få foretaget fuldhudsundersøgelse ved disse besøg. Otte ud af 74 (11%) patienter oplyste at være instrueret i selvundersøgelse af hud og lymfeknuder, men 18 ud af 74 (25%) patienter undersøgte selv deres hud og lymfeknuder. En patient havde ikke besvaret spørgsmålet. Blandt de adspurgte var 26 ud af 71 (37%) blevet undersøgt af en dermatolog. Fire patienter havde ikke besvaret spørgsmålet.

Otte ud af 74 patienter oplyste at have NMHC før transplantationen. En patient havde ikke besvaret spørgsmålet. Tre ud af 75 patienter angav at have fået huden undersøgt før transplantationen i relation til transplantationsforløbet.

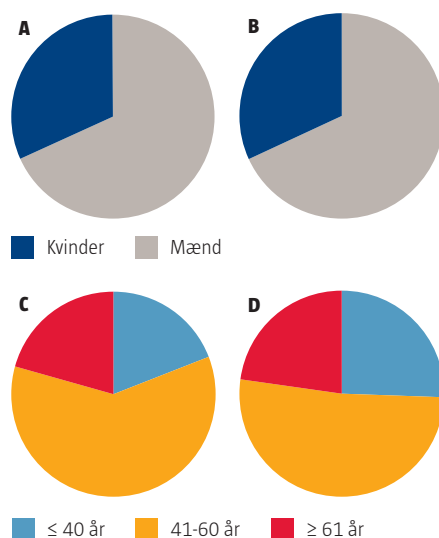
I alt 18 ud af 74 (24%) patienter har efter deres transplantation oplyst at have fået NMHC (se **Tabel 2**). Tiden fra transplantationen til diagnosen af NMHC angives i gennemsnit at være 13 år.

DISKUSSION

Organtransplantation øger forudsigeligt risikoen for at udvikle NMHC. I denne spørgeskemaundersøgelse blandt nyretransplanterede patienter angav knap en ud af tre (29%) at have modtaget mundtlig informa-

FIGUR 1

A. Hele populationen fordelt på køn, n = 110. **B.** Svarpopulationen fordelt på køn, n = 75. **C.** Hele populationen fordelt på alder, n = 110. **D.** Svarpopulationen fordelt på alder, n = 75.



tion om hudkræft og nødvendigheden af forebyggelse heraf forud for deres transplantation. Kun en ud af otte (12%) skriver, at de har modtaget skriftlig information før transplantationen. Disse to tal stiger til henholdsvis 51% og 24%, hvis man spørger til mundtlig og skriftlig information givet efter transplantationen. Imidlertid husker højst 53% at være blevet informeret om den forøgede risiko for hudkræft. Der synes således at være betydelige muligheder for at forbedre informationsniveauet blandt denne gruppe højrisikopatienter.

Horn et al [9] viste, at 56% af de adspurgte transplantationsansvarlige afdelinger informerede mundtligt om symptomer på hudkræft, og 60% informerede om risikofaktorer for hudkræft. I alt 48% informerede mundtligt om mulige forebyggende tiltag, og 76% informerede om patienternes forøgede risiko for hudkræft. Resultaterne i undersøgelsen af *Horn et al* stemmer derfor godt overens med, hvad patienterne angiver, og det er derfor muligt, at patienterne husker den givne information bedre, end man kunne forvente ud fra litteraturen [10]. Resultaterne stemmer også godt overens med lignende studier fra andre lande. *Seukeran et al* [10] undersøgte således 202 nyretransplanterede patienter, der alle ved udskrivelsestalen efter transplantationen informeredes mundtligt om vigtigheden af at undgå solbadning og desuden fik en folder om emnet. Alligevel kunne kun 54% af patienterne efterfølgende huske at have modtaget denne information. Både dårligere og bedre resultater er dog publicerede. Undersøgelsen af *Seukeran et al* demonstrerer *recall-bias*, som også må antages at forekomme i vores spørgeskemaundersøgelse, særligt hvad angår patienternes oplysninger om niveauet af information i relation til transplantationen, da tidspunktet for transplantationen i gennemsnit ligger knap 11 år tilbage. Nærværende resultater, som bygger på patienternes egne oplysninger, kan således med fordel ses i relation til undersøgelsen af *Horn et al* [9], der tager udgangspunkt i lægernes/afdelingernes oplysninger.

Robinson og Rigels [1] studie af 200 organtransplanterede patienter viste, at kun 22% af patienterne så sig selv som værende i en højrisikogruppe mht. NMHC sammenlignet med baggrundsbefolkningen. *Szepietowski et al* [11] studie af nyretransplanterede patienter viste derimod, at 68,2% af 151 organtransplanterede patienter var bevidste om, at de udgjorde en højrisikogruppe for at få NMHC. I alt angav 74,8% at have modtaget enten mundtlig eller skriftlig information om solbeskyttelse efter deres transplantation. De tilsvarende tal i vores undersøgelse er 53% (bevidst om at være i høj risiko for NMHC) og 55% (modtaget enten mundtlig eller skriftlig information efter transplantation).



TABEL 1

Antal patienter, der er blevet informeret mundtligt og skriftligt om nonmelanom hudcancer og nødvendigheden af solbeskyttelse henholdsvis før og efter transplantation fordelt på, hvem der har givet denne information.

	Mundtlig information, n (%)		Skriftlig information, n (%)	
	før transpl.	efter transpl.	før transpl.	efter transpl.
Nefrolog	15 (58)	28 (57)	1 (11)	7 (33)
Nefrologisk sygeplejerske	5 (19)	10 (20)	3 (33)	4 (19)
Transplantationskirurg	2 (8)		1 (11)	1 (5)
Dermatolog	2 (8)	8 (16)	1 (11)	4 (19)
Kirurgisk sygeplejerske		1 (2)		1 (5)
Praktiserende læge		1 (2)	1 (11)	
Plastikkirurg				1 (5)
Andre (medier, familie, medicin-indlægssedler)	2 (8)	1 (2)	2 (22)	3 (14)
Tilfælde af information i alt	26	49	9	21
Informerede patienter	22 (29) ^a	38 (51) ^a	9 (12) ^b	18 (24) ^b
Informerede patienter, samlet ^c	45 (61)		19 (26)	

a) I alt 15 patienter angiver at have modtaget mundtlig information både før og efter transplantation og optræder således i begge kolonner. I alt 29 patienter har hverken modtaget mundtlig information før eller efter transplantation. b) Otte patienter angiver at have modtaget skriftlig information både før og efter transplantation og optræder således i begge kolonner. I alt 55 patienter har hverken modtaget skriftlig information før eller efter transplantation. c) Patienter, der har modtaget information både før og efter transplantation, er her kun talt med en gang. I alt 28 patienter (37%) har ikke modtaget information overhovedet, dette gælder både mundtlig og skriftlig information og både før og efter transplantation.

Den selvrapporterede frekvens af opfølgingsbesøg er i vores undersøgelse fire \pm to pr. år, og 5% af patienterne får ved disse besøg undersøgt hud og lymfeknuder. Dette er mindre end afdelingernes selvrapporterede tal. Kun 37% skriver, at de er blevet undersøgt af en dermatolog.

Alle de oven for omtalte studier og dette studie giver et ensartet billede af en patientpopulation, der er i høj risiko for en forudsigelig NMHC, men trods dette ikke er tilstrækkeligt informerede om denne høje risiko. Ydermere undersøges deres hud for sjældent, og når det sker, er det ofte af læger, som ikke har den optimale erfaring med undersøgelser af huden.

I litteraturen er der foreslået en række retningslinjer. *Traywick og O'Reilly* [12] anbefaler, at alle transplantationspatienter risikovurderes ved udskrivelsen efter transplantationen. Risikovurderingen skal ske på baggrund af Fitzpatrick-hudtype [13] og evt. tidligere NMHC og har til formål at afgøre, hvor ofte patienterne skal til opfølgende besøg hos hudlæge. Hvis der tilkommer NMHC eller prækankrøse elementer, skal risikoprofilen revurderes, og intervallerne mellem opfølgingsbesøgene skal forkortes. Ved disse opfølgninger skal også de regionale lymfeknuder undersøges. *Seukeran et al* [10] foreslår, at en dermatologkonsultation seks måneder efter trans-



TABEL 2

Forekomsten af nonmelanom hudcancer efter transplantation som angivet af patienterne selv.

	Kvinder	Mænd ^a	I alt
Har nonmelanom hudcancer	6	12	18
Har ikke nonmelanom hudcancer	18	38	56
I alt	24	50	74

a) En mandlig patient har ikke oplyst nonmelanom hudcancer-status.

plantationen og derefter med et års mellemrum skal være en fast del af opfølgingsprogrammet.

Flere udenlandske artikler [14, 15] omhandler organisation af dermatologiske specialklinikker i tilknytning til transplantationscentre. *Ismail et al* [14] beskriver en sådan specialklinik i London, der blev oprettet 1989, hvor de transplanterede patienter rutinemæssigt henvises til dermatolog 6-12 måneder efter deres transplantation. Ved første besøg bestemmes den individuelle NMHC-risiko gennem anamneseoptagelse og fuld klinisk undersøgelse. Derefter rådgives patienterne om deres forøgede risiko for NMHC, om selv at holde øje med eventuelle hudlæsioner og om solbeskyttelse. Patienterne ses derefter årligt eller hyppigere, hvis der er klinisk indikation herfor. Dette fokus på de hudrelaterede problemer hos organtransplanterede medfører tilsyneladende et højere informationsniveau hos patienterne. *Ismail et al* fandt, at 96% af de 292 patienter angav at have modtaget information om solbeskyttelse mindst en gang. I alt 68% var klar over, at den forøgede risiko for NMHC var hovedårsagen til, at solbeskyttelse er ekstra vigtigt hos transplanterede patienter. Om transplanterede patienter, der følges i en sådan specialklinik, har lavere morbiditet og mortalitet end transplanterede, der følges hos den organansvarlige mediciner og evt. dermatolog, er endnu ikke undersøgt.

Det er vigtigt at fremhæve, at dermatologkonsultationer bør indgå som rutine i opfølgingsprogrammet, som *Seukeran et al* foreslår. Tidligere undersøgelser [3] beskriver en sensitivitet og specificitet på henholdsvis 38% og 88-96% for diagnostik af NMHC foretaget af en alment praktiserende læge. Sensitivitet og specificitet bedres til 83% og 80-91%, hvis en dermatolog skal diagnosticere NMHC. Desuden kan dermatologens diagnostiske sikkerhed forbedres yderligere ved indførelsen af tekniske diagnosemetoder og afgrænsede diskussioner om de kliniske karakteristika ved NMHC [16, 17].

Gode råd om en hensigtsmæssig soladfærd kan bl.a. findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside [18].

KONKLUSION

Resultaterne af denne undersøgelse viser, at de ny-retransplanterede patienter hverken er tilstrækkeligt informerede om hudkræft og nødvendigheden af solbeskyttelse eller er dermatologisk undersøgte. Man kan forbedre begge områder ved at udarbejde en struktureret opfølgingsplan, der omfatter såvel information som kliniske retningslinjer for efterundersøgelser. Et sådant initiativ er på vej fra Dansk Dermatologisk Selskab. De i denne artikel præsenterede data kan derfor tænkes at udgøre en reference for fremtidige kvalitetssikringsinitiativer på området. Med en struktureret opfølgingsplan som det f.eks. ses hos *Ismail et al* [14], kan man forvente, at patienternes soladfærd bedres gennem et højere informationsniveau, og NMHC eller prækankrøse elementer vil blive diagnosticeret i et tidligere stadium og dermed muliggøre tidligere intervention. På baggrund af dette forudsiges en lavere mortalitet og morbiditet som følge af NMHC. Dog er en fuldstændig elimination af NMHC-overhyppigheden hos organtransplanterede ikke sandsynlig, da flere faktorer end solesposition så som graden af immunosuppression og tilstedeværelsen af humant papillomvirus også er risikofaktorer for NMHC [12].

KORRESPONDANCE: *Elisabeth Cramer*, Roskilde Sygehus, Dermatologisk Afdeling, DK-4000 Roskilde. E-mail: elisabeth_cramer@mail.dk

ANTAGET: 24. februar 2009

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

LITTERATUR

- Robinson JK, Rigel DS. Sun protection attitudes and behaviours of solid-organ transplant recipients. *Dermatol Surg* 2004;30:610-5.
- Sheil AG. Development of malignancy following renal transplantation in Australia and New Zealand. *Transplant Proc* 1992;24:1275-9.
- Jemec GB, Holm EA. Nonmelanoma skin cancer in organ transplant patients. *Transplantation* 2003;75:253-7.
- Jensen AO, Olesen AB, Dethlefsen C et al. Chronic diseases requiring hospitalization and risk of non-melanoma skin cancers. *J Invest Dermatol*. 2008;128:926-31.
- Greenlee RT, Murray T, Bolden S et al. Cancer statistics. *CA Cancer J Clin* 2000;50:7-33.
- Moloney FJ, Comber H, O'Loirain P et al. A population-based study of skin cancer incidence and prevalence in renal transplant recipients. *Brit J Dermatol* 2006;154:498-504.
- Berg D, Otley CC. Skin cancer in organ transplant recipients: Epidemiology, pathogenesis, and management. *J Am Acad Dermatol* 2002;47:1-17.
- Carucci JA, Martinez JC, Zeitouni N et al. In-transit metastasis from primary cutaneous squamous cell carcinoma in organ transplant recipients and immunosuppressed patients: clinical characteristics, management and outcome in a series of 21 patients. *Derm Surg* 2004;30:651-5.
- Horn J, Lock-Andersen J, Rasmussen K et al. Screening for hudcancer hos organtransplanterede patienter i Danmark. *Ugeskr Læger* 2005;167:2762-5.
- Seukeran DC, Newstead CG, Cunliffe WJ. The compliance of renal transplant recipients with advice about sun protection measures. *Br J Dermatol* 1998;138:301-3.
- Szepietowski JC, Reich A, Nowicka D et al. Sun protection in renal transplant recipients: urgent need for education. *Dermatology* 2005;211:93-7.
- Traywick C, O'Reilly FM. Management of skin cancer in solid organ transplant recipients. *Dermatol Ther* 2005;18:12-8.
- Young AR, Walker SL. Acute and chronic effects of ultraviolet radiation on the skin. I: Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI et al, eds. *Fitzpatrick's dermatology in general medicine*. New York: McGrawHill, 2008: 810.
- Ismail F, Mitchell L, Casabonne D et al. Specialist dermatology clinics for organ transplant recipients significantly improve compliance with photoprotection and levels of skin cancer awareness. *Br J Dermatol* 2006;155:916-25.

15. Otley CC. Organization of a specialty clinic to optimize the care of organ transplant recipients at risk for skin cancer. *Dermatol Surg* 2000;26:709-12.
16. Mogensen M, Jemec GB. Diagnosis of nonmelanoma skin cancer/keratinocyte carcinoma: a review of diagnostic accuracy of nonmelanoma skin cancer diagnostic tests and technologies. *Dermatol Surg* 2007;33:1158-74.
17. Weinstock MA, Bingham SF, Cole GW et al. Reliability of counting actinic keratoses before and after brief consensus discussion: the VA topical tretinoin chemoprevention (VATTC) trial. *Arch Dermatol* 2001;137:1055-8.
18. www.sst.dk/Forebyggelse/Miljo_hygjejne_og_sol/Sol_og_solarier.aspx?lang=da (1. november 2008).

Alkoholdebutalderen hos 7-18-årige unge

Reservelæge Marie Kim Wium-Andersen, reservelæge Ida Kim Wium-Andersen, ledende overlæge Ulrik Becker & læge Simon Francis Thomsen

RESUME

INTRODUKTION: Tidlig alkoholdebut er forbundet med en øget risiko for et senere stort alkoholforbrug, alkoholfafhængighed og alkoholrelaterede problemer. Formålet med dette studie var at undersøge alkoholdebutalderen og faktorer af betydning herfor hos en gruppe danske unge.

MATERIALE OG METODER: Som led i en astmaundersøgelse i 2001 blev 480 tilfældigt udvalgte børn og unge i alderen 7-18 år interviewet, og deres forældre udfyldte et spørgeskema. Alkoholdebut blev defineret som første indtagelse af mindst en genstand.

RESULTATER: Middeldebutalderen var 13,4 år hos drenge og 13,9 år hos piger ($p = 0,020$). Der var en signifikant sammenhæng mellem debutalder og den unges egen rygning (*hazard ratio* 2,19; 95% konfidensinterval (KI) (1,16-4,12), $p = 0,015$ og med moderens rygning under graviditeten (*hazard ratio* 2,23; 95% KI (1,31-3,78), $p = 0,003$). Derimod var der ingen sammenhæng mellem alkoholdebutalder og forældrenes alkohol- og rygevaner, socioøkonomiske status eller civilstand.

KONKLUSION: Yderligere kendskab til faktorer af betydning for alkoholdebutalderen er vigtigt i forbindelse med forebyggende arbejde inden for alkoholområdet.

Danmark er et af de lande i verden, hvor unge drikker mest alkohol. Blandt 15-16-årige danske skoleelever har 95% drukket alkohol inden for det seneste år i forhold til henholdsvis 76% og 77% i Norge og Sverige og et europæisk gennemsnit på 83%. I alt 82% af danske unge havde været fulde i samme periode mod et gennemsnit i Europa på 53% [1]. Ifølge Sundhedsstyrelsens monitorering af unges livsstil og dagligdag (MULD)-rapport fra 2004 var 71% af drengene og 74% af pigerne under 15 år, da de drak alkohol første gang, mens 54% af både pigerne og drengene var under 15 år, da de var fulde første gang [2].

Tidlig alkoholdebut (før 14 år) øger risikoen for alkoholfafhængighed senere i livet [3]. Pedersen & Skrandal estimerede på baggrund af et prospektivt studie, at forøgelse af debutalderen med 10% vil medføre et 35% fald i det senere alkoholindtag [4].

Tidlig alkoholdebut er herudover forbundet med flere ulykker, mindre social omgangskreds, og flere arbejdsrelaterede, psykiske [5] og skolemæssige problemer [6].

Resultaterne fra mange udenlandske studier har vist, at tidlig rygedebut er associeret med et større alkoholmisbrug med sværere skadevirkninger og øget risiko for afhængighed [7]. Desuden øger et tobaksforbrug over ti cigaretter dagligt risikoen for senere alkoholfafhængighed blandt teenagere [8]. Omvendt øger alkoholindtag risikoen for, at unge i alderen 12-18 år begynder at ryge [9].

Ifølge *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC)-undersøgelsen fra 2006 af 11-15-årige danske unge fremgår det, at forældrenes alkoholforbrug har stor betydning for, hvor meget de unge drikker, og hvor tidligt de begynder at drikke, således at et stort forbrug hos forældrene er associeret med et stort forbrug hos de unge [10].

I en dansk undersøgelse fra perioden 1995-1999 af unge i folkeskolens afgangsklasser påvistes det, at drenge fra familier, hvor mindst en af forældrene havde en lang uddannelse (universitetsuddannelse eller anden længerevarende videregående uddannelse), havde en signifikant senere alkoholdebut, mens debutalderen kun i ringe grad var associeret med familiens økonomi. For pigernes vedkommende var der en tendens til, at de økonomisk dårligst stillede debuterede tidligt, men der var ingen sammenhæng med forældrenes uddannelsesniveau [12]. I andre danske undersøgelser har man dog ikke kunnet påvise nogen sammenhæng mellem forældrenes socioøkonomiske status og børnenes alkoholvaner og debutalder [11]. Børn i skilsmissefamilier begynder at drikke tidligere end børn fra intakte familier [11] – en tendens der også er fundet i internationale studier [13].

Formålet med dette studie var at undersøge alkoholdebutalderen og faktorer med potentiel betydning herfor. Vi ønskede at undersøge, om rygere havde en

ORIGINALARTIKEL

Bispebjerg Hospital,
Lungemedicinsk
Forskningsenhed, og
Hvidovre Hospital,
Alkoholenheden