

Ti myter og noen gode råd

Mange forestillinger verserer om hvilke framgangsmåter som er effektive for røykeslutt, men flere av dem kan være i strid med hva forskningen viser, skriver Karl Erik Lund i Statens institutt for rusmiddelforskning, SIRUS, i en oppsummering.

Ved å sammenholde nyere resultater fra forskningen om røykeavvenning med påstander i reklamen for nikotinlegemidlene og med utbredte oppfatninger blant røykere og praktikere innen røykeavvenning, har Lund satt opp 10 myter om røykeslutt. Han beskriver også hva forskningen viser om den rolle snus har fått i røykeavvenning. Til slutt gis noen råd til de som ønsker å slutte å røyke.

1. Nikotinlegemidlene er effektive hjelpemidler

Feil. Av 100 røykesluttere som i eksperimenter blir instruert til bruk av tyggegummi eller plaster for å slutte, vil 85–90 ha begynt å røyke igjen innen ett år. Uten medisin vil 95 av 100 falle tilbake til røyking (se referanse 1, 2 og 3). Av de 10–15 personene som har holdt seg røykfrie i ett år ved bruk av nikotinerstatning, vil 3–5 personer begynne igjen i løpet av de påfølgende fire år (4–5).

2. De fleste som har sluttet å røyke har brukt hjelpemidler

Feil. De fleste av våre omkring 700 000 *forhenværende røykere* har klart dette på egen hånd. Til tross for at nikotinlegemidlene har vært på markedet i 25 år, oppgir kun 4 % og 6 % at de brukte hhv nikotinplaster og nikotintyggegummi da de sluttet. Mens det ikke var kjønnsforskjell i bruken av legemidler, hadde 21 % menn og 3 % kvinner sluttet å røyke ved hjelp av snus. Blant *dagens røykere* med slutteintensjoner er interessen for bruk av tyggegummi (15 %) og plaster (11 %) noe større enn hva den var for de som allerede har sluttet. Røyketelefonen brukes av få (2 %), og arrangører av Røykesluttkurs kan heller ikke vente seg stor tilstrøm-

ning (3 %) (6–10). Røykerne foretrekker å gjøre uassisterte forsøk, og nøkelen til flere eks-røykere i Norge ligger derfor primært i å forbedre kvaliteten på disse.

3. Nikotinlegemidler har bidratt til nedgangen i røyking

Feil. Når røykerne selv kjøper og administrerer inntaket av nikotinlegemidlene, blir resultatene enda svakere enn i eksperimentelle studier ledet av helsepersonell (se pkt. 1). Den dårlige effekten kombinert med at under 1 av 10 røykere oppgir å ha benyttet nikotinlegemidler da de sluttet, tilsier at deres bidrag til reduksjonen i røyking må ha vært marginal (11–14). Det er også usikkert om nedreguleringen som ga tillatelse til salg av nikotinlegemidler i dagligvarehandel har ført til økt slutterate (15–18).

4. Planlagte sluttforsøk har best effekt

Feil. Utfallet av impulsive forsøk er minst like vellykket som sluttforsøk utført etter forutgående planlegging (19–22). I overkant av 35 % av alle sluttforsøk er spontane, mens ytterligere 20 % utføres etter kun noen dagers forberedelse. Bare 14 % hadde planlagt å slutte noen måneder i forkant, mens 22 % hadde brukt noen uker på å forberede seg (6, 7).

5. Veien til røykfrihet går gjennom stadier

Feil. Fram til nylig har vi trodd at veien fram til røykfrihet har gått gjennom fem suksessive (modnings-)stadier; konsistent røyking, overveielse av et sluttforsøk, forberedelse til sluttforsøk, aksjonsfase med eventuell påfølgende opprettholdelsesfase. Profesjonell assistanse til røykeslutt har gjerne vært bygget opp langs en idé om å stimulere røykeren til å bevege seg fra det ene til det neste stadium i dette kontinuum. Ny forskning viser imidlertid et vellykket sluttforsøk like ofte skjer fra tidlige faser som fra seine faser. Selv om stadiemodellen er intuitivt

forståelig, er virkeligheten at røykerne spretter fram og tilbake. Tilhold på ett stadium kan i liten grad forutsi hvilket stadium som blir det neste (23–25).

6. Gradvis nedtrapping av sigarettforbruket øker sjansen for å slutte

Feil. Nedtrapping fører til økt sannsynlighet for å gjøre et sluttforsøk, men utfallet av selve sluttforsøket er ikke bedre enn ved plutselig opphør uten forutgående reduksjon i sigarettkonsumet (19). Nedtrappingsmetoden blir brukt av ca 20–30 % av slutterne (6).

7. Interessen for å slutte er lavest hos røykere med kort utdanning

Feil. Røykernes utdanningslengde har ingen betydning for interessen for å slutte å røyke – enten vi måler dette med andel som oppgir å ha utført sluttforsøk i løpet av det siste året (23 %), andel som noen gang har gjort et sluttforsøk (77 %) eller andelen som vurderer å slutte i løpet av de neste 6 måneder (41 %) (6, 19). Utfallet av sluttforsøket er imidlertid oftere vellykket for røykere med lang utdanning (26).

8. Interessen for å slutte er mye høyere blant røykere enn blant snusbrukere

Feil. Det er liten forskjell. 10 % av dagligrøykerne oppgir at de planlegger å slutte å røyke innen de neste 3 måneder, mens dette er tilfellet for 7 % av snusbrukerne (6).

9. De fleste røykere tilbys hjelp til å slutte fra helsepersonell

Feil. Om lag 53 % av dagens røykerne medgir at røyking har vært et tema i konsultasjoner med helsepersonell, men kun 25 % hevder de i løpet av sin røykekarriere har blitt tilbudt noen form for assistanse til røykeslutt. Disse andelene har vært stabile i perioden 1996–2009 (6, 27).

10. Andel som forsøker å slutte å røyke har økt

Feil. I perioden 1996–2009 har andelen som oppga at de forsøkte å slutte

å røyke i løpet av det siste året vært relativt stabil på ca 23%. Unntaket var 2004, det året Norge fikk røykfrie serveringssteder, da andelen med sluttforsøk var ca 35% (6). Av de som gjør uassisterte sluttforsøk vil kun 5–7% holde seg røykfrie et helt år. Med bruk av nikotinlegemidler øker raten til 10–15% (1–3). Den reseptbelagte nikotinfrie medisinen Champix, som kom på markedet i 2007, ser ut til å kunne gi en effekt på anslagsvis 20–25% røykfrie etter ett år (1, 28, 29).

Referanser

1. Legemidler til røykelsutt. Systematisk kunnskapsoversikt. Rapport fra Kunnskapsenteret nr 8, 2010.
2. Stead LF, Perera R, Bullen C, Mant D, Lancaster T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews. 3. Moore DM, Aveyard P, Connock M, Wang D, Fry-Smith A, Barton P. Effectiveness and safety of nicotine replacement therapy assisted reduction to stop smoking: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2010 <http://www.bmj.com/content/338/bmj.b1024.abstract>
4. Hughes JR, Keely J, Naud S. Shape of the relapse curve and long-term abstinence among untreated smokers. *Addiction* 2004; 99(1): 29–38.
5. Yudkin P, Hey K, Roberts S, Welch S, Murphy M, Walton R. Abstinence from smoking eight years after participation in randomised controlled trial of nicotine patch. *BMJ* 2003; 327 (7405): 28–9.
6. Årlige røykevaneundersøkelser fra SSB/Helsedirektoratet/SIRUS 1996–2009.
7. Lund KE, McNeill A, Scheffels J. The use of snus for quitting smoking compared with medicinal products. *Nicotine Tob res* 2010; 8: 817–822.
8. Wium N, Overland S, Aarø LE. Smoking cessation among Norwegian adolescents and young adults: preferred cessation methods. *Scand J Psychol*. 2010 Nov 4. doi: 10.1111/j.1467-9450.2010.00851.x. [Epub ahead of print]
9. Miller CL, Wakefield M, Roberts L. Uptake and effectiveness of the Australian telephone Quitline service in the context of a mass media campaign. *Tob Control* 2003; 12 Suppl 2: ii53–58.
10. Milne E. NHS smoking cessation services and smoking prevalence: observational study. *BMJ* 2005; 330: 760.
11. Chapman S, MacKenzie. The Global Research Neglect of Unassisted Smoking Cessation: Causes and Consequences. *Plos Medicine*. 2010; 7 (2)
12. Cummings KM, Hyland A. Impact of nicotine replacement therapy on smoking behavior. *Annu Rev Public Health* 2005; 26: 583–99.
13. Wakefield MA, Durkin S, Spittal MJ, Siapush M, Scollo M, et al. Impact of tobacco control policies and mass media campaigns on monthly adult smoking prevalence. *Am J Public Health*, 2008; 98: 1443–50.
14. West R, Zhou X. Is nicotine replacement therapy for smoking cessation effective in the «real world»? Findings from a prospective multinational cohort study. *Thorax*. 2007; 62(11): 998–1002.
15. Pierce JP, Gilpin EA. Impact of over-the-counter sales on effectiveness of pharmaceutical aids for smoking cessation. *JAMA*. 2002; 10: 1260–1264.
16. Walsh RA. Over-the-counter nicotine replacement therapy: a methodological review of the evidence supporting its effectiveness. *Drug Alcohol Rev* 2008; 27: 529–547.
17. Hughes JR, Shiffman S, Callas P, Zhang J. A meta-analysis of the efficacy of over-the-counter nicotine replacement. *Tob Control* 2003; 12: 21–27.
18. Thorndike AN, Biener L, Rigotti NA. Effect on smoking cessation of switching nicotine replacement therapy to over-the-counter status. *Am J Public Health* 2002; 92: 437–442.
19. West R. Finding better ways of motivating and assisting smokers to stop: Research at the CRUK Health Behaviour Research Centre. *The European Health Psychologist* 2008; 10: 54–58.
20. Ferguson SG, Shiffman S, Gitchell JG, Sembower MA, West R. Unplanned quitattempts—results from a U.S. sample of smokers and ex-smokers *Nicotine Tob Res* 2009; 11: 827–832.
21. Larabee LC. To what extent do smokers plan quit attempts? *Tobacco Control* 2005; 14: 425–428.
22. West R, Sobal T. Catastrophic pathways to smoking cessation: findings from national survey. *BMJ* 2006; 332: 458–460.
23. Cahill K, Lancaster T, Green N. Staged based intervention for smoking cessation (review). *The Cochrane Library* 2010, issue 11. [http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651902.cd004492/pdf](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651902.cd004492.pdf)
24. West R. Theory of addiction. London: Blackwell Publishing, 2006.
25. The Smoking Toolkit Study
26. Lund M, Lund KE, Rise J. Sosiale ulikheter og røykeslutt blant voksne. *Tidsk Nor Legeforen* 2005; 125: 564–8.
27. Lund KE. A tobacco-free society or tobacco harm reduction? Norwegian Institute for Alcohol and Drug Research. SIRUS-report 6/2009.
28. Gonzales D et al. Varenicline, an 42 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation. A randomized controlled trial. *JAMA* 2006; 296(1): 47–55.
29. Jorenby DE et al. Efficacy of varenicline, an 42 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs placebo or sustained-release bupropion for smoking cessation. A randomized controlled trial. *JAMA* 2006; 296(1): 56–63.

Har snus en rolle i røykeavvenning?

Nei mener helsemyndighetene – men gjør et motvillig unntak dersom røykerne har tilbakelagt gjentatte mislykkede forsøk med alle anbefalte metoder. Til tross for myndighetenes advarsler har snus, etter uassisterte forsøk, likevel vært den mest brukte sluttemetoden for røyking i Norge i mange år (1). Forhenværende røykere utgjør det største segmentet blant snusbrukerne. Slutteraten for røyking er større for snusbrukere enn for personer uten snusbrukserfaring.

Sammenlignet med nikotintyggegummi og -plaster øker snus sannsynligheten for et vellykket sluttforsøk, men snus øker også sannsynligheten for vedvarende nikotinhengighet (2, 3). Den høyeste slutteraten for røyking i Europa er observert blant svenske menn (4), der snusbruk er meget utbredt. Et konsistent observasjonsgrunnlag viser at snus spiller en rolle ved røykeslutt (1–3, 5–12). Å påpeke dette faktum er ikke det samme som å anbefale snus for røykeslutt. Til tross for langt lavere skadepotensial enn sigaretter, er snus ikke risikofritt (13).

Referanser

1. Lund KE. A tobacco-free society or tobacco harm reduction? Norwegian Institute for Alcohol and Drug Research. SIRUS-report 6/2009.
2. Lund KE, Scheffels J, McNeill. The association between use of snus and quit rates for smoking: results from seven Norwegian cross-sectional studies. *Addiction*, 2010; 106: 162–7.
3. Lund KE, McNeill A, Scheffels J. The use of snus for quitting smoking compared with medicinal products. *Nicotine Tob res* 2010; 8: 817–822.
4. Schaap MM, Kunst AE, Leinsalu M, et al. Effect of nationwide tobacco control policies on smoking cessation in high and low educated groups in 18 European countries. *Tobacco Control* 2008; 17: 248–55.

5. Stenbeck M, Hagquist C, Rosén M. The association of snus and smoking behavior: a cohort analysis of Swedish males in the 1990. *Addiction* 2009; 1004: 1579–85.

6. Ramstrom L, Foulds J. Role of snus in initiation and cessation of tobacco smoking in Sweden. *Tob Control* 2006; 15: 210–214.

7. Gilljam H, Galanti MR. Role of snus (oral moist snuff) in smoking cessation and smoking reduction in Sweden. *Addiction* 2003; 98: 1183–1189.

8. Rodu B, Stegmayr B, Nasic S, Asplund K. Impact of smokeless tobacco use on smoking in northern Sweden. *J Int Med* 2002; 252: 398–404.

9. Rodu B, Stegmayr B, Nasic S, Cole P, Asplund K. Evolving patterns of tobacco use in northern Sweden. *J Int Med* 2003; 253: 660–665.

10. Stegmayr B, Eliasson M, Rodu B: The decline of smoking in northern Sweden. *Scand J Public Health* 2005; 33: 321–324.

11. Furberg H, Lichtenstein P, Pedersen NL, Buik CM, Lerman C, Sullivan PF. Snus use and other correlates of smoking cessation in the Swedish Twin Registry. *Psychol Med* 2008; 38: 1299–1308.

12. Lindström M. Nicotine replacement therapy, professional therapy, snuff use and tobacco smoking: a study of smoking cessation strategies in southern Sweden. *Tobacco Control* 2007; 16: 410–416.

13. Scientific Committee on Emerging and Newly Identified Health Risks. *Health Effects of Smokeless Tobacco products*. European Commission, February 2008, Brussels.

Råd til røykeslutt

1. Hvis du plutselig skulle få en innskytelse om å slutte å røyke – ikke la fravær av grundige forberedelser, motivasjonsoppbygging eller tilgang til hjelpemidler avholde deg fra å gjøre et forsøk. Følg øyeblikkets lyst. Mange erfarer at det vil være lettere enn antatt.

2. Ikke tilstreb å finne 'den gyldne sluttemetode'. Det finnes ingen entydig, riktig og universell måte å slutte å røyke på. Veien til røykfrihet er individuell, men det finnes mange gode tips på Helsedirektoratets hjemmeside.

3. Din mentale styrke betyr mer for din evne til å mestre et sluttforsøk enn hjelpen du får fra nikotinlegemidler.

Vær forbredt på å gjøre mesteparten av jobben selv. Husk at de aller fleste har klart å slutte uten medikamenter.

4. Nikotinlegemidler kan være en god hjelp for mange. Ikke underdoser og følg hele behandlingstiden. Kombinasjonsbruk av plaster og tyggegummi kan være en løsning.

5. Får du problemer – ring Røyketelefonen 800 400 85 og snakk med eksperter om hvordan du skal håndtere situasjonen. La deg begeistre av deres kunnskap og erfaring – og ikke minst deres entusiasme for ditt sluttforsøk.

6. Hvis du sprekker – prøv igjen. Du kan motivere deg selv ved å huske at for hvert år du utsetter røykeslutt etter 35 års alder vil du i gjennomsnitt miste 3 måneder av livet, men at røykeslutt vil gi helsegevinst uansett hvilket alderstrinn det inntreffer på.

Her finner du andre tips til røykeslutt:

www.slutta.no
<http://www.helsedirektoratet.no/tobakk/røykeslutt/>
www.slutt.no