

HJELP TIL RØYKESLUTT FOR HJERTEPASIENTER

Maja-Lisa Løchen, Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø og Hjertemedisinsk avdeling, Universitetssykehuset Nord-Norge

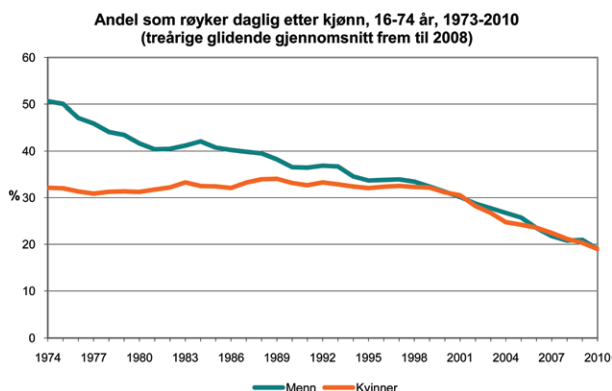
Kardiologer og sykepleiere bør arbeide mer aktivt med røykeavvenning for sine hjertepasienter. Røyking er den viktigste risikofaktor for sykdom og for tidlig død som kan forebygges. Røykeslutt reduserer risikoen for sykdomsresidiv og for tidlig død med bortimot 50 % hos pasienter med hjerte- og karsykdommer. Ingen andre pasientgrupper profitterer mer på systematisk røykesluttintervensjon enn hjertepasienter. Både de europeiske og de amerikanske retningslinjene for sekundærprevensjon etter koronarsykdom har med røykeavvenning som et sentralt tiltak (1,2). Men mye tyder på at kardiologer ofte overser røyking som en sentral risikofaktor. I stedet fokuserer de på medikamentell behandling av hypertensjon og hyperlipidemi både i primær- og sekundærprevensjon ved hjertesykdom (3). Årsaken til denne tilbakeholdenheten hos kardiologene kan være tidsnød, utilstrekkelig kompetanse eller manglende tro på betydningen av egen innsats for å oppnå røykfrihet hos pasienten. En norsk studie fra Haukeland universitetssykehus viste at mellom 1/4 og 1/3 av norske sykehusleger ikke var enige i at alle leger bør ta opp og gi råd angående pasientenes røykevaner (4). En studie fra åtte europeiske land, inkludert Finland, analyserte tidstrender i livsstil hos pasienter som enten hadde hatt et hjerteinfarkt eller en bypassoperasjon. De ble fulgt opp minst 6 måneder etter innleggelsen (5). Røykevanene var uendret over tid, og i 2007 røykte fortsatt ca. 20 % av hjertepasientene. I EUROASPIRE viste man at kardiologene var de legene som hadde størst suksessrate når det gjaldt å få pasientene til å slutte å røyke (6). Kardiologene har høy status, og denne må brukes for det den er verdt i røykesluttsammenheng (7). I denne artikkelen gis en kort oversikt over status for røyking

og tobakksforebygging i Norge, og hva vi vet om nikotinavhengighet og effektive røykeslutt-tiltak som kan benyttes spesielt overfor hjertepasienter.

Røyking og tobakksforebygging i Norge

I Norge dør ca. 6700 personer pga. røyking årlig, og det er fortsatt omlag en million mennesker som røyker daglig eller av og til. De siste røyketallene fra 2010 viste en liten nedgang i andel dagligrøykere blant voksne til 19 % (figur 1).

Kampen mot tobakken og tobakksindustrien må kjempes på flere fronter, både i form av restriksjoner, utdanning, opplysning og hjelp til røykeslutt i primær- og spesialisthelsetjenesten. Primærhelsetjenesten med fastlegen i spissen bør overta oppfølgingen av røykeavvenningen etter at pasienten er utskrevet fra sykehuset (8), og Røyketelefonen kan også benyttes mer systematisk i oppfølgingen (figur 2). Det er stilt spørsmål ved om opplysningskampanjer, allmenn helseinformasjon og prisvirkemidlet er særlig effektive overfor dagens røykere. Det er en betydelig sosial gradient i det røykerne har lavere utdanningsnivå enn



Figur 1. Dagligrøyking i Norge. Kilde: <http://www.helsedirektoratet.no/tobakk/statistikk/royking/>

ikke-røykerne, og antakelig trenger hovedandelen av dagens røykere mer individuell oppfølging enn pasienter med høyere utdanning. I 2010 evaluerte WHO Norges tobakksforebyggende arbeid. Det ble gitt ros for reklameforbudet som vi innførte først av alle så tidlig som i 1975. Loven om røykfrie serveringssteder fra 2004 ble også fremhevet som en suksesshistorie. Men WHO påpekte at den norske innsatsen for røykeavvenning i helsetjenesten skjer usystematisk og er mangelfull. Kunnskap om viktigheten og effekten av røykeavvenning, og hvordan den kan gjøres på en kunnskapsbasert måte, er for dårlig i Norge (9, 10). Norge ligger helt nede på 26. plass blant 30 europeiske land når det gjelder røykeavvenning. Vi vet at 60-70 % av alle røykere ønsker å slutte, og at ønsket er enda større hos hjertepasienter. Alle pasienter som ønsker å slutte bør få tilbud om strukturert hjelp til røykeavvenning.



Figur 2. Gratis røykeslutt-tilbud fra Helsedirektoratet. Kilde: <http://www.helsedirektoratet.no/tobakk>

Nikotinavhengighet som en kronisk residiverende sykdom

Tidligere så man på røyking og annen tobakksbruk som en sosialt tillært vane og som et individuelt, privat valg. Først på 1990-tallet begynte man å akseptere nikotinavhengighetens sentrale rolle når det gjelder vedvarende røykeatferd. Nikotinen føres meget raskt til hjernen, og røyking er primært en biologisk manifestasjon av nikotinavhengighet (11). Men både sosiale, økonomiske, personlige og politiske beslutninger og påvirkninger har betydning for røykeprevalens og røykeslutt. Det kan være utfordrende for både lege og pasient å drive klinisk røykeavvenning. Årsaken er de ofte sterke abstinenssymptomene. De omfatter primært irritabilitet, rastløshet, depresjon, angst, søvnløshet, tretthet, konsentrasjonsvansker, økt appetitt og et intenst sigarett- eller nikotinbegjær. Symptomene starter få timer etter siste sigarett og er sterkest

den første uken, mens gjennomsnittlig varighet er fire uker. Økt appetitt og sug etter karbohydratrik mat og nikotinbegjær eller røykesug kan vedvare i månedsvis hos enkelte. Gjennomsnittlig vektøkning første året etter røykeslutt er fire kg. Derfor er kostråd og aktivitetsråd viktige i oppfølgingen etter røykeslutt.

Nikotinavhengighet og røyking kan klassifiseres som en kronisk residiverende sykdom (12). For mange brukere kan det bli en langvarig kamp for å holde seg røykfri etter røykeslutt, og sprekk er vanlig hos spesielt sårbare personer. Det er verken pasientens eller legens skyld om det blir noen sprekker. En sprekk reflekterer

nikotinavhengighetens kroniske natur. En vellykket intervensjon bør pågå over tid og må håndtere interaksjonen mellom de ulike personlige, familiære, sosioøkonomiske og farmakologiske faktorer som kan forhindre eller predikere røykeslutt.

Effekt av røykeslutt hos hospitaliserte pasienter

Røykeslutt hos pasienter med koronarsykdom er forbundet med en relativ reduksjon i dødelighet på 35-45 % etter 3-5 år (13). Allerede i 1983 viste Daly og medarbeidere den formidable effekten røykeslutt hadde på overlevelse etter akutt koronarsykdom også over tid (14). Hos mannlige pasienter under 60 år med ustabil angina eller hjerteinfarkt som sluttet å røyke og forble røykfrie, var dødeligheten etter 15 år 37 %, i kontrast til pasienter som fortsatte å røyke der hele 83 % var døde.

En sykehusinnleggelse er en mulighet for røykende pasienter til å slutte, fordi motivasjonen ofte er høy. Et tilbud om røykeslutt i form av veiledning, medikamenter og oppfølging burde derfor finnes i alle norske sykehus. I en systematisk oversiktsartikkel fra 2008 undersøkte Rigotti og medarbeidere effekten av slike tilbud (15). De 33 studiene var randomiserte, kontrollerte og gruppert i forhold til intensitet som spesielt

dreide seg om pasientene ble fulgt opp med veiledning etter utskrivelsen. I de studiene der rådgivning om røykeslutt startet under innleggelsen og inkluderte støttende oppfølgingsamtaler, for eksempel telefonisk, utover en måned etter utskrivning var slutteraten ved 6-12 måneder signifikant økt (OR 1,65. 95 % KI 1,44-1,90). Man fant ingen effekt ved intervensjoner som hadde lavere intensitet, dvs. kortere oppfølging enn en måned. Det ble gjort separate analyser for de 18 studiene som hadde pasienter med kardiovaskulære sykdommer. For de 11 studiene som benyttet den mest intensive veiledningsmetoden med oppfølging utover en måned, var effekten større enn for noen annen pasientgruppe med OR 1,81 (95 % KI 1,53-2,15). Dersom man i tillegg ga nikotinerstatningsprodukter, økte oddsen for å slutte med 47 %, som var grensesignifikant i forhold til placebo. Men anbefalingen i artikkelen er at det høyst sannsynlig er effektivt å inkludere nikotinerstatningsprodukter. En av studiene i oversiktsartikkelen studerte kostnadseffektivitet ved intensiv røykeavvenning med ukentlig oppfølging i minst 3 måneder, inkludert individualisert gratis farmakoterapi, hos pasienter innlagt for hjerte- og karsykdom sammenlignet med vanlig oppfølging. Studien hadde en stor andel pasienter som sluttet å røyke. Etter to år var 33 % i intensivbehandlingsgruppen fortsatt røykfri, mot 9 % i kontrollgruppen ($p < 0,0001$). Re-innleggelser og totaldød var også signifikant redusert hos denne gruppen sammenlignet med kontrollgruppen. "Number needed to treat" (NNT) for å forhindre ett ekstra dødsfall var 11, og NNT for å forhindre én sykehusinnleggelse var 6.

Norsk røykesluttstudie på hjertepasienter

Det er her på sin plass å gjennomgå en spennende norsk randomisert kontrollert røykesluttstudie på hospitaliserte hjertepasienter ledet av Quist-Paulsen og Gallefoss. Studien er inkludert i Rigottis oversiktsartikkel (15), og hovedartikkelen ble publisert i *British Medical Journal* allerede i 2003 (16). Medikamentell behandling i tillegg til nikotinerstatningsprodukter for nikotinabstinens fantes ikke da studien startet. Bakgrunnen for studien var at randomiserte

røykesluttstudier på hjertepasienter etter hjerteinfarkt eller bypassoperasjon hadde vist at intervensjon overfor hjertepasienter på sykehuset, men uten oppfølging etter utskrivning, ikke hadde signifikant effekt på røykesluttraten over tid. Dette er fordi 60-70 % av dem som slutter å røyke etter et akutt hjerteinfarkt sprekker og begynner å røyke igjen innen ett år. Intervensjonen i den norske studien ble gitt av sykepleiere. Pasientene fikk en brosjyre med tekst og bilder som ble gjennomgått. Intensjonen var å informere om effekten av røykeslutt på prognose og overlevelse og samtidig gi et realistisk budskap.

Man benyttet seg av såkalt "fear arousal message", som best kan oversettes ved en omskriving til "informasjon som kan skape frykt". Poenget var ikke at man skal skape en frykt som var overdrevet på noen måte, men at man ikke skal ligge tilbake for å fortelle om de reelle farer fortsatt røyking medfører sett i relasjon til røykestopp. Brosjyren inneholdt også informasjon om hvordan man kan forebygge sprekke, og hvordan man kan bruke nikotinerstatningsprodukter. Pasientenes partnere ble også anbefalt røykeslutt. Kontrollgruppen fikk vanlig tilbud. Deltakerne i intervensjonsgruppen ble så fulgt opp per telefon i minst fem måneder. Sykepleierne ringte pasientene to dager, en uke, tre uker, tre måneder og fem måneder etter utskrivning. Etter seks uker fikk alle en sykepleiekonsultasjon. Denne kontakten skulle forebygge tilbakefall og inneholdt også positiv feedback. Helsefordelene ved røykeslutt ble gjentatt, og hvis nødvendig, ble det gitt informasjon som kan skape frykt. De som trengte det, fikk tilbud om ytterligere oppfølging og råd. Tolv måneder etter utskrivelsen, var 57 % i intervensjonsgruppen og 37 % i kontrollgruppen fortsatt røykfrie ($p=0,004$), både selvrapportert og validert med biokjemisk markør. NNT for å få en ekstra person til å forbli røykfri ble da fem personer (3-16) ($NNT=1/\text{forskjell i respons som er } 20\% = 1/0,20 = 5$). Et viktig moment fra denne studien er at langvarig oppfølging med telefonsamtaler synes å forklare suksessen av intervensjonen siden det ikke var noen forskjell mellom gruppene ved utreise. Denne forskjellen ble signifikant først sent i oppfølgingsåret.

Det var en interessant diskusjon etter denne artikkelen om at det var uriktig å bruke informasjonsmetoder som kan skape frykt. Det ble hevdet at det å skape frykt kan gi sykdom og død. Forfatterne mente at grunnen til at 95 % vil slutte å røyke de første tre dagene etter et hjerteinfarkt, har med frykt å gjøre, og at man særlig etter slik sykdom ikke skal være redd for å spille på dette poenget.

Hva kjennetegnet de pasientene som ikke klarte å slutte å røyke i denne studien? Det viste seg at pasienter med enten tidligere koronarsykdom, liten tro på at de skulle klare å bli røykfrie, sterk grad av nikotinavhengighet eller en fortsatt røykende partner hadde størst problemer med å slutte (17). Sterk nikotinavhengighet ble klassifisert som at man tar sin første sigarett innen 30 minutter etter at man har våknet om morgenen. Forskerne gjorde også en kostnadsnytteevaluering av intervensjonen, sett i et livstidsperspektiv (18). Denne sykepleieintervensjonen var særdeles kostnadseffektiv, og kostnadene utgjorde bare 1/25 av kostnadene ved statinbehandling for tilsvarende pasientgruppe målt i priser år 2000.

Effekt av medikamentell behandling

I 2010 kom en norsk kunnskapsoppsummering fra Kunnskapscenteret om kostnadseffektiviteten av legemidler for røykeslutt (19). Man konkluderte der med at både nikotinerstatningsprodukter, bupropion (Zyban®) og vareniklin (Champix®), er kostnadseffektive sammenlignet med ingen medikamentell behandling. Når legemidlene ble sammenlignet med hverandre, kom vareniklin ut som det mest kostnadseffektive alternativet.

Praktisk gjennomføring av røykeavvenning med oppfølging

I en fin og leseverdige artikkel gjennomgår Tonstad systematisk hvordan man som kardiolog kan veilede og behandle den røykende hjerte- og karsyke pasient til å bli røykfri, og i ramme 1 er det gitt en kort oversikt over tiltakene (20). Man kan intervensjonere på følgende måte: Vurder grad

av nikotinavhengighet ved å spørre om antall sigaretter per dag og når første røyk tas om dagen. Deretter prøver man å øke motivasjonen ved å gi individuelt tilpassede råd om helsemessige fordeler ved røykeslutt og foreslår å bistå ved et sluttforsøk. Ved høy grad av nikotinavhengighet, dvs. >10 sigaretter røykt per dag og første røyk innen 30 minutter etter at man har våknet, tilbys medikamentell støtte. Man kan så diskutere mulige røykeatferdsendringer som å unngå fester, kaste alle sigaretter og begynne å trene. Så må man gjerne sette en sluttedato innen noen få uker. Sist, men ikke minst, er det helt essensielt at man organiserer oppfølging for å forebygge sprekke så lenge abstinensen er på sitt verste. Man må ta opp røykestatus og gi råd og hjelp ved hver konsultasjon. Hvis ikke kardiologen følger opp, er det viktig at fastlegen involveres, og man kan også anbefale å bruke Røyketelefonen. Dessverre har få norske helseforetak og kommuner gode tilbud om profesjonell røykeavvenning. Inntil det er på plass er det ekstra viktig at norske kolleger både i spesialist- og primærhelsetjenesten gjør en innsats her. Hjelpepersonell kan og bør selv sagt også delta i dette arbeidet, og spesielt sykepleieoppfølging har god suksessrate (16,20). All oppfølging som inkluderer enten konsultasjoner, brev, telefonkonsultasjon eller gruppebehandling har effekt. I Tonstads artikkel er det en rekke gode råd for hvordan man som kliniker kan forholde seg ved ulike problematiske situasjoner og faser i røykeavvenningsprosessen (20).

For kardiologer og sykepleiere som ønsker å lese litt mer om røykeavvenning, anbefales en kortfattet bok med en kompakt, praktisk og kunnskapsbasert veiledning og gode råd for kliniske situasjoner (21).

Farmakoterapi i røykeavvenning

For pasienter med stabil hjerte- og karsykdom er både nikotinerstatningsprodukter, bupropion og vareniklin, vist å være sikre medikamenter til røykeslutt og med god effekt (20). Hos pasienter ved akutt koronarsyndrom anbefales korttidsvirkende nikotinerstatningsprodukter når pasienten er stabilisert. Bupropion og vareniklin kan

brukes etter individuell vurdering hos akutte pasienter, men gode studier mangler. De reseptbelagte medikamentene bupropion og vareniklin bør titreres opp i løpet av 1-2 uker før røykeslutt for å nå terapeutisk nivå og minske bivirkninger. Det anbefales 12 ukers behandling, og denne kan forlenges, slik det er angitt i Felleskatalogen. Ved bruk av disse medikamentene er det spesielt viktig med klinisk oppfølging, fordi begge medikamentene er sjelden gang har alvorlige bivirkninger. Første konsultasjon bør være i løpet av en uke etter oppstart av medikamentet. I tillegg er klinisk oppfølging viktig for å styrke pasientens motivasjon og gi psykososial støtte i prosessen.

Nikotinerstatningsprodukter

Det finnes nikotinerstatningsprodukter i ulike former, og alle er reseptfrie: depotplaster, tyggegummi, sugetabletter, inhalator, nasalspray og sublingualtabletter. Det er viktig å dosere høye nok doser over tilstrekkelig lang tid og minst 8-12 uker. Det kan være effektivt å kombinere et depotplaster med for eksempel tyggegummi. Depotplaster har vist seg effektive hos stabile pasienter med hjerte- og karsykdom, mens de andre formene for nikotinerstatningsprodukter ikke har vært studert spesielt i denne pasientgruppen når det gjelder effekt (20).

Bupropion

Bupropion titrert opp til 150 mg x 2 har vist seg å være både sikker og effektiv etter 1 års oppfølging i en randomisert, kontrollert studie hos røykere med stabil hjerte- og karsykdom (20). Bupropion er egentlig et antidepressivum som er en selektiv noradrenalin- og dopamin-reopptakshemmer i CNS. Effekten antas å være mediert via noradrenerge og/eller dopaminergerge mekanismer. En må gjøre seg godt kjent med de absolutte og relative kontraindikasjonene. De viktigste absolutte kontraindikasjoner er: enhver krampetilstand, CNS-tumor, spiseforstyrrelser, brå avvenning fra alkohol eller benzodiazepiner, leverscirrhose, bipolar lidelse og samtidig bruk av MAO-hemmere.

Røykeavvenning

Minimal intervensjon

Røyker du?
Hva tenker du om det?
Jeg vil anbefale deg å slutte, og jeg kan hjelpe deg

Veiledning

Kartlegg pasientens motivasjon for røykeslutt, og grad av nikotinavhengighet
Ikke-moraliserende råd

Medikamentell behandling tilbys

Nikotinerstatningsprodukter
Bupropion
Vareniklin

Avtal oppfølging, lag plan og dato for røykesluttforsøk

Røyketelefonen og slutta.no; to gratis tilbud (figur 2)

Opplys om røyketelefonen 800 400 85, åpent alle hverdager kl 09-18
Gi pasienten informasjonsmaterieell om røykeslutt (bestilles på www.tobakk.no) og eventuelle lokale kurs.
slutta.no er nettbasert og interaktivt

Kilder: Referanse 8,20

Andre alvorlige psykiatriske sykdommer, redusert lever- og nyrefunksjon og høy alder kan nødvendiggjøre dosereduksjon.

Vareniklin

Vareniklin er en partiell agonist til nevralt nikotin- $\alpha_4\beta_2$ -acetylkolinreseptorer. Nikotin konkurrerer om det samme bindingssetet, men vareniklin har høyere reseptoraffinitet enn nikotin. Dette reduserer belønnings- og forsterkningseffektene ved røyking, samtidig som vareniklin gir tilstrekkelig stimulering til å lindre røyketrang og avvenningsproblemer. Vareniklin skal titreres opp til 0,5-1 mg x 2, og ble vurdert som effektiv og temmelig sikker hos stabile hjerte- og karsyke pasienter i en stor randomisert, placebokontrollert studie (22). Sammenlignet med placebo var vareniklin tre ganger mer effektiv etter 12 ukers behandling, idet 47 % av pasientene som fikk vareniklin var røykfrie, mens bare 14 % i placebogruppen var det. Etter ett år var 19 % i vareniklingruppen røykfri,

sammenlignet med 7 % i placebogruppen. Men studiestørrelsen (714 pasienter) og oppfølgingstiden på ett år kunne ikke gi en helt endelig konklusjon når det gjelder effekt på kardiovaskulære endepunkter. Andelen kardiovaskulære endepunkter var dog ikke signifikant forskjellig mellom gruppene. Seponering av vareniklin var nødvendig hos 9,6 % av pasientene pga. bivirkninger. Kontraindikasjonene for vareniklin er færre enn for bupropion, og den eneste absolutte er hypersensitivitet. Ved alvorlig nyresvikt og psykiatrisk sykdom, spesielt depresjon, bør pasienten følges tett opp. Vareniklin har for øvrig viste seg å være ca. 50 % mer effektiv enn bupropion (20).

Snus til røykeavvenning anbefales ikke

Tobaksindustrien arbeider systematisk med å posisjonere seg for å tekkes spesielt ungdommen, som er den viktigste målgruppen for snusing, og for prøve å overbevise befolkningen om at snus er et effektivt røykesluttmiddel eller et såkalt skadereduserende middel. I EU er salg av snus forbudt. Bare Sverige har et unntak, og Norge har hengt seg på, av såkalt historiske og kulturelle grunner. Store og lett tilgjengelige skap med attraktive pakninger tilpasset enhver alder og begge kjønn er nå tilgjengelige i alle norske butikker og kiosker (23). Markedsføringen har vært usedvanlig vellykket, og særlig blant unge menn stiger snustallene. I 2010 var hele 25 % menn og 8 % kvinner i alderen 16-24 år dagligsnusere, mens tilsvarende tall for hele den voksne befolkningen var 12 % menn og 2 % kvinner.

Artikkelforfatteren har siden 2008 ledet Nasjonalt råd for tobakksforebygging som er oppnevnt av Helse- og omsorgsdepartementet. Rådets mandat er å gi råd til nasjonal politisk og administrativ ledelse om tobakksforebyggende tiltak. Ved flere anledninger har rådet anbefalt myndighetene at snus ikke må brukes som skadereduksjon, altså ikke som en del av helsepersonells metoder for hjelp til røykeavvenning (24). Anbefalingen er basert på gjennomgang av tilgjengelig vitenskapelig litteratur på området (25). Det finnes ikke vitenskapelige bevis for at snusing er effektivt i røykeavvenning ut fra de studier som har undersøkt

nettopp dette. Snus er dessuten sterkt avhengighetsskapende og helseskadelig. Snus inneholder kreftfremkallende stoffer, og det er dokumentert at snusing øker risikoen for kreft i spiserør og bukspyttkjertel, som er svært alvorlige kreftformer med høy dødelighet (26). Snusing, spesielt blant storforbrukere, er forbundet med økt dødelighet ved hjerteinfarkt (27). Noen studier viser at snus øker risikoen for å få diabetes type II og høyt blodtrykk (men ikke hypertensjonssykdom), og snusing gir i tillegg omfattende lokal munnhuleskade. Snusing gir ikke kols og lungekreft.

Forslag fra Nasjonalt råd for tobakksforebygging til ny nasjonal tobakksstrategi

Helse og omsorgsdepartementet arbeider med en ny nasjonal strategi for tobakksforebygging. Den forventes å bli ferdig i løpet av 2011 og skal gjelde for fem år. Nasjonalt råd for tobakksforebygging har gitt følgende innspill og råd til et foreløpig utkast av strategien (28):

- Røykeslutt-tilbud inn i oppdragsdokumentene for all helsetjeneste
- Bedre takster for å drive tobakksforebygging overfor alle typer pasienter
- Medikamenter for røykeavvenning på blå resept
- Obligatorisk utdanning i tobakksforebygging i helsepersonell- og lærerutdanninger
- Obligatorisk undervisning i tobakksforebygging i grunnskole og videregående skole
- Tilstrekkelige ressurser og kompetent statlig og regionalt lederskap av tobakksforebygging
- Høyere tobakksavgifter
- Ærlige, hardtslående massemediakampanjer inkludert gratis nikotinerstatningsprodukter under kampanjen
- Sikre vern mot passiv røyking på arbeidstid – røykfri arbeidstid, skoletid og barnehagetid
- Røykfrie holdeplasser og uteområder på serveringssteder

- Normgivende lovendring som forbyr innendørs røyking for å beskytte barn
- Bevilling for tobakkssalg, offentlig tilsyn av 18-årsgrensen og sanksjoner ved lovbrudd
- Forbud mot salg av 10-pakninger
- Snusskapene i butikkene må skjules bedre

Konklusjon

Røykeavvenning for kardiologiske pasienter reduserer sykkelighet og dødelighet betydelig. Rådgivning er effektivt, og farmakoterapi i tillegg vil øke suksessraten. Det er ikke tilstrekkelig med individuelle råd bare én gang i forbindelse med en sykehusinnleggelse eller en konsultasjon. Det viktigste er en eller annen form for systematisk oppfølging av pasienten. Det etterlyses mer forskning på enda mer effektive metoder for røykeavvenning og behandling av nikotinavhengighet, spesielt hos mer ustabile kardiologiske pasienter og pasienter med psykiatrisk komorbiditet. Her har både farmasøytisk industri, myndighetene og uavhengige forskere et ansvar.

Referanser

1. EACPR Committee for Science Guidelines, Corra U, Piepoli MF et al. Secondary prevention through cardiac rehabilitation. *Eur Heart J* 2010;31:1967-74.
2. Smith SC Jr, Allen J, Blair SN et al. AHA/ACC guidelines for secondary prevention for patients with coronary and other atherosclerotic vascular disease: 2006 update. *Circulation* 2006;113:2363-72.
3. Cardiologists should be less passive about smoking cessation. *Lancet* 2009;373:867.
4. Thy T, Böker T, Gallefoss F et al. Hospital doctors' attitudes toward giving their patients smoking cessation help. *Clin Respir J* 2007;1:30-6.
5. Kotseva K, Wood D, De Backer G et al. Cardiovascular prevention guidelines in daily practice: a comparison of EUROASPIRE I, II, III surveys in eight European countries. *Lancet* 2009;373:929-40.
6. Scholte op Reimer W, de Swart E, De Bacquer D. Smoking behaviour in European patients with established coronary heart disease. *Eur Heart J* 2006;27:35-41.
7. Album D, Westin S. Do diseases have a prestige hierarchy? A survey among physicians and medical students. *Soc Sci Med* 2008;66:182-8.
8. Nasjonale retningslinjer for individuell primærforebygging av hjerte- og karsykdommer. http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonale_faglige_retningslinjer. (28.2.2011).
9. Helse- og omsorgsdepartementet. Fornyet innsats mot tobakk! <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/pressesenter/pressemeldinger/2010/fornyet-innsats-mot-tobakk.html?id=603520> (28.2.2011).
10. Gallefoss F. Norge må igjen øke insatsen mot tobakk. *Tidsskr Nor Legeforen*. 2010;130:1325.
11. Jarvis MJ. Why people smoke. *BMJ* 2004;328:277-9.
12. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ et al. Clinical Practice Guideline: Treating tobacco use and dependence. US Department of Health and Human Services. Public Health Service; May 2008. www.surgeongeneral.gov/tobacco/treating_tobacco_use08.pdf (4.3.2011).
13. Critchley JA, Capewell S. Mortality risk reduction associated with smoking cessation in patients with coronary heart disease: A systematic review. *JAMA* 2003;290:86-97.
14. Daly LE, Mulcahy R, Graham IM et al. Long term effect on mortality of stopping smoking after unstable angina and myocardial infarction. *BMJ* 1983;287:324-6.
15. Rigotti NA, Munafo MR, Stead LF. Smoking cessation interventions for hospitalized smokers. *Arch Intern Med* 2008;168:1950-60.
16. Quist-Paulsen P, Gallefoss F. Randomised controlled trial of smoking cessation intervention after admission for coronary heart disease. *BMJ* 2003;327:1254-7.
17. Quist-Paulsen P, Bakke PS, Gallefoss F. Predictors of smoking cessation in patients admitted for acute coronary heart disease. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2005;12:472-7.
18. Quist-Paulsen P, Lydersen S, Bakke PS et al. Cost effectiveness of a smoking cessation program in patients admitted for coronary heart disease. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2006;13:274-80.
19. Hagen G, Wisløff T, Klemp M. Kostnadseffektiviteten av vareniklin, bupropion og nikotinerstatningspreparater for røykeslutt. Rapport 10-2010, Oslo. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. <http://www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/9353.cms> (10.3.2011).
20. Tonstad S. Smoking cessation: how to advise the patient. *Heart* 2009;95:1635-40.
21. Keir EL, red. Smoking cessation. Oxford: Oxford University Press, 2010.
22. Rigotti NA, Pipe AL, Benowitz NL et al. Efficacy and safety of varenicline for smoking cessation in patients with cardiovascular disease: a randomised trial. *Circulation* 2010;121:221-9.

23. Det store prissamarbeidet. Håndplukkede leger, hippe svensker og fars julesigar skal hjelpe tobakksindustrien med å lokke røykerne over til snus. Dagens Næringsliv. <http://avis.dn.no/artikler/avis/article6086.ece> (28.2.2011)
24. Hva mener fagrådet om snus brukt i røykeavvenning? Nasjonalt råd for tobakksforebygging. http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00206/Referat_r_dsm_te_06_206439a.pdf (28.2.2011).
25. Piano MR, Benowitz NL, FitzGerald GA et al. Impact of smokeless tobacco products on cardiovascular disease: Implications for policy, prevention, and treatment: A policy statement from the American Heart Association. *Circulation* 2010;122:1520-44.
26. Bofetta P, Hecht S, Gray N et al. Smokeless tobacco and cancer. *Lancet Oncol* 2008;9:667-75.
27. Hergens MP, Alfredsson L, Bolinder G et al. Long-term use of Swedish moist snuff and the risk of myocardial infarction amongst men. *J Intern Med* 2007;262:351-9.
28. Christina Halvorsen. Krever strengere tobakkstiltak. Avisenens nyhetsbyrå (ANB) 2.12.2010. <http://www.siste.no/Innenriks/helse/article5403321.ece> (6.3.2011). ■