

Røykeslutt ved Frisklivssentraler i Vestre Viken

Resultatrapport

Daniel Bergsvik

Karl Erik Lund

Avdeling for rusmidler og tobakk

Folkehelseinstituttet

Oktober 2022



Oppsummering spørreundersøkelse ved oppstart

Tidsperiode

16.09.2020 – 20.05.2021

Antall

Alle røykere som deltok på Helsedirektoratets røykesluttprosjekt med støtte til vederlagsfri røykesluttmedikasjon i kommune i Vestre Viken ble bedt om å svare på en spørreundersøkelse ved oppstart. I alt svarte 756 personer på spørreundersøkelsen. De fleste spørsmålene var obligatoriske og kunne ikke sløyfes, med unntak av spørsmål om motivasjon.

Henvising

Det første spørsmålet gjaldt henvising. Her oppga 83,5 % at de selv tok kontakt med frisklivsentralen, mens 16,5 % ble henvist. Av de som ble henvist var det først og fremst fastlegen (63,2 %) som henviste, mens noen få personer ble henvist av øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester, sykehus og spesialisthelsetjenesten eller andre.

Informasjon

De fleste fikk informasjon om tilbudet fra medier og sosiale medier (48,0 %), men mange krysset også av for «Annet». Vi vet ikke hva «annet» er, men venner, bekjente eller familie kan være en mulighet.

Hvor fikk du informasjon om tilbudet om hjelp til røykeslut?	Antall	Prosent
Fastlege	82	13,0 %
Helsestasjons- og skolehelsetjenesten	2	0,3 %
Jordmor	0	0,0 %
Øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester	27	4,3 %
Sykehus, spesialisthelsetjenesten	15	2,4 %
NAV	1	0,2 %
Medier, sosiale medier	303	48,0 %
Annet	201	31,9 %

Motivasjon

For å kartlegge motivasjonen for å delta skulle respondenten ta stilling til flere utsagn om motivasjon. Disse spørsmålene var ikke obligatoriske og svarprosenten er lav, rundt 15 %. De fleste av de som svarte, 83,2 %, var helt enig i at dette ønsket de å være med på. De fleste, henholdsvis 76,3 % og 89,9 %, var også helt uenig at de følte seg presset til å delta, og at de ikke ønsket å delta.

	Helt uenig	Noe uenig	Verken eller	Noe enig	Helt enig
Dette ønsker jeg selv å være med på	8 (6,4 %)	1 (0,8 %)	1 (0,8 %)	11 (8,8 %)	104 (83,2 %)
Dette føler jeg meg forpliktet til å være med på	32 (26,7 %)	11 (9,2 %)	24 (20,0 %)	18 (15,0 %)	35 (29,2 %)
Dette føler jeg meg presset til å være med på	90 (76,3 %)	9 (7,6 %)	10 (8,5 %)	6 (5,1 %)	3 (2,5 %)
Dette vil jeg ikke være med på	107 (89,9 %)	6 (5,0 %)	2 (1,7 %)	1 (0,8 %)	3 (2,5 %)

Tobakksvaner

De aller fleste deltagerne, 85,2 %, oppga å røyke sigaretter, 21,3 % røykte rulletobakk, mens nærmest ingen benyttet pipe (0,06 %) eller sigarillos (0,07 %). Omtrent 1/3 av de som røykte rulletobakk (7,4 %), brukte også sigaretter. De som oppga å bruke sigaretter, røykte i gjennomsnitt 16,9 sigaretter per dag, og de som oppga å bruke rulletobakk, røykte 15,3 per dag. Bruksintensiteten i studiepopulasjonen lå dermed vesentlig høyere enn gjennomsnittet hos dagligrøykere i befolkningen.

En røyker som oppsøkte frisklivssentralen for røykesluttprogrammet hadde i gjennomsnitt røykt i 35 år, og gjennomsnittlig debutalder var 17 år. Gjennomsnittlig alder for oppstart av røyking blant røykere i befolkningen er 17 år for kvinner og 18 år for menn.

I Fagerströms indeks som måler 'the intensity of physical addiction to nicotine' inngår spørsmål som kartlegger tid til første sigarett om morgenen. I vår undersøkelse rapporterte de aller fleste at de tok sin første sigarett innen en halvtime etter at de våknet. Innen 5 minutt tente 25,3 % sin første røyk, og 54,5 % innen en halvtime. 13,8 % tente sin første røyk innen én time og 6,4 % senere enn det. 69,1 % oppga at «morgenens første» røyk var vanskeligst å stå over, mens 12,4 % oppga «en senere på dagen», 18,5 % visste ikke. Svarfordelingen indikerer at mange i vår studiepopulasjon har en sterk fysisk avhengighet av sigaretter.

27,0 % hadde et hustandsmedlem som røykte, mens 21,9 bodde alene.

Snus

Kun 16,4 % av deltakerne oppga at de brukte eller tidligere hadde brukt snus. Blant respondenter som benyttet snus, var det ikke et entydig bruksmønster. 20,2 % oppga å bruke snus daglig, 8,1 % hadde brukt snus daglig, men trappet ned, mens 30,7 % var av-og-til-brukere uten forutgående daglig bruk. Henholdsvis 14,5 % og 26,6 % oppga at de hadde sluttet helt å bruke snus etter at de tidligere hadde vært daglig og av-og-til-brukere av snus.

E-sigaretter

Blant deltakerne var det 38,9 % som brukte eller tidligere hadde brukt e-sigaretter. Av dem som hadde prøvd e-sigaretter, var det 58,2 % som hadde gjort dette av og til og 14,7 % daglig, men disse hadde sluttet helt. 22,6 % var av-og-til-brukere og kun 4,5 % brukte e-sigaretter daglig.

Slutteforsøk

De aller fleste, 91,7 %, hadde prøvd å slutte å røyke tidligere, og blant disse hadde 33,0 % et slutteforsøk i løpet av de siste 12 månedene. Blant dagligrøykere i befolkningen er det vanligvis ca. 20 % som rapporterer at de har gjort et slutteforsøk i løpet av det siste året.

Forventningen om å få støtte fra familie, venner/kollegaer og helsepersonell i røykeslutforsøket var betydelig. Det fleste hadde i svært stor grad en forventning, særlig fra familie (47,8 %) og helsepersonell (39,5 %). Mange svarte også at de i ganske stor grad eller i noen grad hadde en forventning om støtte. Derimot var det få som ikke forventet noe støtte.

Videre ble de spurt om deltakerne hadde planlagt hvordan de skulle møte vanskelige situasjoner med røyksug i forbindelse med slutte-programmet. Denne type planlegging karakteriserer en såkalt implementeringsintensjon som er observert å korrelere positivt med utfallet av et slutteforsøk (de Vries, Eggers & Bolman, 2013, McWilliams et al., 2019; Hagerman et al., 2020). De fleste, 40,3 %, hadde gjort dette i noen grad, og 35,2 % i stor eller svært stor grad. Derimot svarte 17,7 % i liten grad, og 6,8 % hadde ikke planlagt i det hele tatt hvordan de skulle møte vanskelige situasjoner.

Forventning om å få støtte fra	Ikke aktuelt	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I ganske stor grad	I svært stor grad
Familie	46 (6,2 %)	11 (1,5 %)	34 (4,6 %)	112 (15,0 %)	187 (25,0 %)	357 (47,8 %)
Venner/Kollegaer	70 (9,6 %)	24 (3,3 %)	79 (10,9 %)	167 (23,0 %)	186 (25,6 %)	201 (27,7 %)
Helsepersonell	61 (8,3 %)	15 (2,0 %)	65 (8,8 %)	127 (17,3 %)	177 (24,1 %)	290 (39,5 %)

De aller fleste hadde en stor tro på at røykeslutforsøket ble vellykket. Også tillitt til egen mestrings-evne var positivt assosiert med suksess i røykeslutt. 44,4 % svarte at de helt sikkert ikke kom til å røyke daglig, og 31,6 % mente at de sannsynligvis ikke ville røyke daglig om ett år. 22,6 % var imidlertid usikre, og noen få trodde at de fortsatt ville røyke om ett år.

Selvoppfatning

Spørreskjemaet inneholdt en kort kartlegging av selvoppfatningen som røyker. Flertallet svarte «Helt enig» eller «Noe enig» på at de var misfornøyde med seg selv, var skamfulle, hadde dårlig samvittighet, var sinte på seg selv eller hadde skyldfølelse fordi de røykte. Skyldfølelse og negativt selvbilde er utbredt blant røykere og kan være en uheldig konsekvens fra denormaliseringspolitikken på tobakksområdet (Sæbø, 2012, Bilgrei, 2012, Scheffels & Sæbø, 2012, Sæbø & Lund, 2020). 76,0 % svarte «Helt enig» at de angret at de i det hele tatt hadde begynt å røyke.

	Helt uenig	Noe uenig	Verken eller	Noe enig	Helt enig
Jeg er misfornøyd med meg selv fordi jeg røyker	43 (5,7 %)	22 (2,9 %)	115 (15,4 %)	187 (25,0 %)	382 (51,0 %)
Jeg er skamfull fordi jeg røyker	123 (16,6 %)	53 (7,2 %)	148 (20,0 %)	224 (30,2 %)	193 (26,1 %)
Jeg har dårlig samvittighet for at jeg røyker	41 (5,5 %)	24 (3,2 %)	75 (10,1 %)	244 (32,8 %)	359 (48,3 %)
Jeg er sint på meg selv for at jeg røyker	67 (9,0 %)	50 (6,7 %)	115 (15,4 %)	222 (29,8 %)	291 (39,1 %)
Jeg har skyldfølelse fordi jeg røyker	95 (12,8 %)	43 (5,8 %)	130 (17,5 %)	229 (30,9 %)	244 (32,9 %)
Jeg angret på at jeg i det hele tatt begynte å røyke	23 (3,1 %)	18 (2,4 %)	56 (7,5 %)	82 (11,0 %)	567 (76,0 %)

De aller fleste var imidlertid veldig (12,7 %) eller ganske fornøyd (50,9 %) med livet nå, sett under ett. 18,0 % svarte «Verken eller» på spørsmålet, og 12,8 % var ganske misfornøyd. Kun et fåtall var veldig misfornøyd eller visste ikke.

Sykdom

På spørsmålet om deltakeren hadde en sykdom satt i sammenheng med røykingen, svarte 26,9 % «Ja», og 55,7 % «Nei», mens 17,5 % visste ikke dette.

Risikooppfatninger

Respondentene oppfattet de brennbare tobakksproduktene som klart farligere enn de forbrenningsfrie tobakks- og nikotinproduktene. I tråd med oppfatninger blant røykere i hele befolkningen (Lund & Vedøy 2019) ble e-sigaretter oppfattet som mindre farlig enn snus. Nikotinlegemidlene ble ansett å ha lavt skadepotensial.

Risiko	Ikke skadelig	Lite skadelig	Noe skadelig	Veldig skadelig	Svært skadelig	Vet ikke
Sigaretter	1 (0,1 %)	0 (0,0 %)	40 (5,4 %)	190 (25,5 %)	506 (68,0 %)	7 (0,9 %)
Rulletobakk	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	32 (4,4 %)	118 (16,3 %)	545 (75,1 %)	31 (4,3 %)
Piperøyking	0 (0,0 %)	1 (0,1 %)	30 (4,2 %)	140 (20,0 %)	472 (65,9 %)	73 (10,2 %)
Nikotintyggegummi	81 (11,2 %)	216 (30,0 %)	226 (31,4 %)	14 (1,9 %)	10 (1,4 %)	174 (24,1 %)
Nikotinplaster	122 (16,9 %)	232 (32,1 %)	187 (25,9 %)	11 (1,5 %)	8 (1,1 %)	163 (22,5 %)
E-sigaretter med nikotin	12 (1,7 %)	75 (10,4 %)	261 (36,1 %)	106 (14,6 %)	97 (13,4 %)	173 (23,9 %)
Snus	1 (0,1 %)	20 (2,8 %)	145 (20,1 %)	212 (29,4 %)	272 (37,8 %)	70 (9,7 %)
Zyban	47 (6,6 %)	76 (10,6 %)	52 (7,3 %)	10 (1,4 %)	14 (2,0 %)	518 (72,3 %)
Champix	108 (14,9 %)	136 (18,8 %)	74 (10,2 %)	13 (1,8 %)	15 (2,1 %)	377 (52,1 %)

Demografiske kjennetegn

289 (38,2 %) menn, og 467 (61,8 %) kvinner deltok. Gjennomsnittsalderen var 55 år. Som bosted krysset 43,4 % av for tettsted, 28,0 % mindre by, og 16,0 % stor by, og 12,6 % grisgrendt strøk. Flertallet, 54,0 %, var gift/samboende, mens 42,2 % var enslige. Hos 27,7 % bodde det barn i huset.

Utdannelse	Antall	Prosent
Sjuårig grunnskole	23	3,0 %
Niårig grunnskole	92	12,2 %
1-2årig videregående skole	191	25,3 %
3årig videregående skole	209	27,7 %
1-4 år ved høyskole/universitet	187	24,7 %
Mer enn 4 år ved universitet/høyskole	54	7,1 %

De fleste, 45,8 %, var yrkesaktive, 32,8 % var trygdet/annet og 16,5 % var alderspensjonister.

Oppsummering spørreundersøkelse 9 måneder oppfølging

Tidsperiode

16.06.2021 – 21.02.2022

Antall

Av de 756 deltakerne som deltok ved oppstart, var det 403 som svarte på oppfølgingsundersøkelsen 9 måneder senere. Det gir en svarprosent på 53,3 %. De 46,7 % som unnlot å svare var ikke forskjellig i alder eller kjønn, men hadde noe lavere utdanning og røykte ved oppstart i gjennomsnitt én sigarett mer om dagen. Vanlig framgangsmåte i evalueringer av tiltak for røykeslutt er å betrakte frafallet som fortsatt røykende personer (intention-to-treat prosedyre).

Tilbud og bruk av legemiddel

Det første spørsmålet gjaldt tilbudet om gratis legemiddel til bruk i røykeslutt. Nærmest alle, 98,0 %, svarte at de hadde fått tilbud om å hente ut et gratis legemiddel. Av disse hentet ut nærmest alle deltakerne, 97,7 %, legemiddelet.

Nærmest alle deltakerne som svarte på oppfølgingsundersøkelsen, 98,8 %, gjennomførte også et slutforsøk i løpet av de siste 9 månedene, og av disse benyttet 95,7 % et legemiddel i slutforsøket. Kun et fåtall personer, 4 %, sa at de ikke benyttet et legemiddel, selv om halvparten av disse allikevel hentet det ut.

Av dem som benyttet legemiddelet (398 deltakere), var det mange, 59,3 %, som hentet ut Champix.

Hvilket legemiddel hentet du ut?	Antall	Prosent
Nikotintyggegummi	79	19,8
Nikotinplaster	114	28,6
Nikotininhalator	60	15,1
Champix	236	59,3
Zyban	5	1,3
Zonnic	16	4,0
Annet	36	9,0

Kursdeltagelse

Blant deltakerne som svarte på oppfølgingsundersøkelsen, var det 255 (63,3 %) som oppga å ha deltatt på kurs i røykeslutt. 121 (30,0 %) svarte at de hadde deltatt på individuell veiledning, mens 34 (8,4 %) oppga at de ikke hadde deltatt på slike kurs.

Hovedinntrykket av veiledningstjenesten for røykeslutt ved Frisklivssentralene var «Svært god» (61,2 %) og «God» (30,2 %). 6,3 % krysset av for «Middels» og kun 2,4 % for «Dårlig» eller «Svært dårlig».

Hvor ofte gikk du på kurs/veiledning for på Frisklivssentralen i løpet av de siste 9 måneder?	Kurs	Individuell veiledning
1-2 ganger	44 (17,3 %)	45 (37,2 %)
3-5 ganger	104 (40,8 %)	62 (51,2 %)
Flere enn 5 ganger	107 (42,0 %)	14 (11,6 %)

Røykestatus

De fleste hadde redusert røykingen, og mer en halvparten, 53,6 %, rapporterte at de hadde sluttet helt å røyke. Selvrapportert røykeslutt ble ikke validitetstestet med biologiske markører.

Hva passer best for å beskrive din nåværende røykestatus?	Antall	Prosent
Jeg røyker omtrent like ofte som for 9 måneder siden	46	11,4 %
Jeg røyker litt sjeldnere enn for 9 måneder siden	54	13,4 %
Jeg røyker langt sjeldnere enn for 9 måneder siden	78	19,4 %
Jeg har sluttet helt å røyke i løpet av de siste 9 måneder	216	53,6 %
Ønsker ikke å svare	9	2,2 %

Av de 403 deltakerne som svarte på oppfølgingsundersøkelsen, var det fortsatt 38,0 % som brukte sigaretter, og 7,4 % brukte rullebakk. Alle som brukte rullebakk, røykte også sigaretter. De som fortsatt røykte, røykte i gjennomsnitt 12,6 sigaretter eller rullede sigaretter per dag.

Bruk av hjelpemidler i røykeslutforsøket

På spørsmålet om de brukte snus som erstatning for sitt vanlige røykeprodukt, svarte 7,3 % blant de som nå røykte mindre at de benyttet dette som full eller delvis erstatning. E-sigaretter ble benyttet av 5,6 % blant dem som nå røykte mindre.

Av dem som nå oppga å røyke mindre enn før oppga 61,0 % at de enten benyttet nikotinyggegummi, nikotinplaster eller et annet legemiddel i slutteforsøket. Noen benyttet legemiddelet, uten at selvoppgitt røykestatus var endret. I alt benyttet 58,8 % nikotinyggegummi, nikotinplaster og/eller et annet legemiddel. Denne type dobbeltbruk av sigaretter og nikotinerstatning blant røykere med slutteintensjoner er utbredt (Hammond et al 2008).

Hvilke av følgende legemidler brukte du i ditt forsøk på å slutte å røyke eller redusere forbruket?	Antall	Prosent
Nikotinyggegummi	86	21,6 %
Nikotinplaster	95	23,9 %
Nikotininhalator	49	12,3 %
Champix	91	22,9 %
Zyban	3	0,8 %
Zonnic	14	3,5 %
Annet	36	9,0 %

Betinget på bruk av det aktuelle legemiddelet, snus eller e-sigaretter, ble det spurt om hvor lenge dette hjelpemiddelet ble det brukt i løpet av de siste 9 månedene (maks 40 uker).

I hvor mange uker brukte du	Gj.snitt	Median
Nikotintyggegummi	13,8	10
Nikotinplaster	8,7	6
Nikotininhalator	11,0	6
Champix	9,8	8
Zyban	17	8
Zonnic	9,4	5
Snus	15,6	9,5
E-sigaretter	11,8	9

Betinget på tidligere bruk som hjelpemiddel i røykeslutforsøket, ble det spurt om hvor ofte deltakeren nå benyttet følgende legemidler, snus og/eller e-sigaretter.

Hvor ofte benytter du nå	Daglig	Av og til	Aldri
Nikotintyggegummi	20 (23,3 %)	38 (44,2 %)	28 (32,6 %)
Nikotinplaster	6 (6,3 %)	26 (27,4 %)	63 (66,3 %)
Nikotininhalator	10 (20,4 %)	13 (26,5%)	26 (53,1 %)
Champix	1 (1,1 %)	10 (11,0 %)	80 (87,9 %)
Zyban	1 (33,3 %)	0 (0,0 %)	2 (66,7 %)
Zonnic	2 (14,3 %)	7 (50,0 %)	5 (35,7 %)
Snus	12 (36,4 %)	8 (24,2 %)	13 (39,4 %)
E-sigaretter	6 (20,0 %)	11 (36,7 %)	13 (43,3 %)

Fremtidige røykevaner

De aller fleste deltakerne som svarte på oppfølgingsundersøkelsen, hadde en stor tro på at røykeslutforsøket ble vellykket. 49,4 % svarte at de helt sikkert ikke kom til å røyke daglig, og 21,6 % mente at de sannsynligvis ikke ville røyke daglig om ett år. 22,6 % var usikre, mens 6,5 % trodde (helt sikkert/sannsynligvis) at de fortsatt ville røyke om ett år.

Selvoppfatning

De aller fleste var veldig (25,3 %) eller ganske fornøyd (47,6 %) med livet nå, sett under ett. 16,4 % svarte «Verken eller» på spørsmålet, og 6,7 % var «Ganske misfornøyd». Kun et fåtall var veldig misfornøyd eller visste ikke.

Diskusjon

Hvor mange sluttet å røyke?

Dersom vi følger vanlig praksis i en intention-to-treat prosedyre, og plasserer frafallet blant dem som fortsatt røyker, vil det være 28,6 % som rapporterer at de hadde sluttet helt å røyke (se tabell under). I forskningen om røykeavvenning er dette et sjeldent godt resultat.

Hva passer best for å beskrive din nåværende røykestatus?	Antall	Prosent
Jeg røyker omtrent like ofte som for 9 måneder siden	46	6,1%
Jeg røyker litt sjeldnere enn for 9 måneder siden	54	7,1%
Jeg røyker langt sjeldnere enn for 9 måneder siden	78	10,3%
Jeg har sluttet helt å røyke i løpet av de siste 9 måneder	216	28,6%
Ønsker ikke å svare	9	1,2%
Frafall	353	46,7%
	756	100%

Sammenlignet med røykevaneundersøkelsen til Folkehelseinstituttet (SSB) er andelen som har gjort et slutforsøk i det siste året høyere i Vestre-Viken prosjektet enn blant røykere ellers. Sluttinteressen er også betydelig høyere. Det kan tyde på en seleksjon av mer motiverte røykere til røykesluttprosjektet. Det vil igjen kunne gi flere som klarer å gjennomføre et vellykket slutforsøk i prosjektet enn det som kan forventes hvis programmet implementeres nasjonalt.

Videre bygger resultatet på selvrapportering. Validering med biomarkører for røyking viser at selvrapportering ofte viser noe høyere anslag (Patrick et al 1994). Dessuten må vi forvente at resultatet har elementer av det såkalte «pleasing bias» som betyr at respondentene svarer slik de tror avsenderen av undersøkelsen vil ønske at de burde svare (den injunktive normen) (Hechter & Opp 2005, Christakis & Fowler 2008). Dette vil forsterkes av det forventningspress om å prestere positivt som respondenten kan ha følt som følge av at de har blitt innvilget fordelene av et gratis legemiddel.

Sammenlignet med eksperimentelle studier på nikotinerstatningsprodukter som tyggegummi og plaster, er resultatet i dette prosjektet høyere enn det man finner under eksperimentelle design (Hartman-Boyce et al 2022). Nikotinerstatningsproduktene har vært på markedet i Norge siden 1985. De har vært gjenstand for omfattende uttesting i eksperimentelle studier gjennom flere tiår. I disse sammenlignes utfall av røykeslutt etter seks eller tolv måneder i grupper som blir satt på nikotinlegemidler med grupper som gis narremedisin eller ingen medisin. Systematiske oppsummeringer av forskningslitteraturen viser at 16 prosent av røykere som deltar i eksperimentelle studier klarer å holde seg røykfrie etter ett år med bruk av nikotinlegemidler (Hartman-Boyce et al 2022). Det betyr at 84 prosent faller tilbake til røyking i løpet av observasjonsperioden for eksperimentet. Etter at observasjonsperioden er over, øker relapse-raten med ytterligere 30 % (Alpert et al 2013, Hughes et al 2004, Yilmazel et al 2014, Etter & Stapelton 2006). Likevel er dette resultatet bedre enn hos gruppen røykesluttere som ikke får medisin. Her er det ca. 93 % som «sprekker» i løpet av den tiden eksperimentet varer. På dette grunnlag konkluderer legemiddelindustrien med at nikotinlegemidlene «dobler sannsynligheten for et vellykket slutforsøk» (antall med et vellykket slutforsøk øker altså fra 7% til 16%).

En 16 prosents vellykket slutterate gjenfinnes ikke når legemidlene brukes utenfor eksperimentell setting – altså i røykernes naturlige kontekst (Kotz et al 2014, Mersha et al 2021, Chapman & Mackenzie 2010). Den reduserte effekten i real-world setting kan i noen grad skyldes at røykerne ikke etterlever anbefalingene for bruk når de selv skal administrere inntaket, og dermed ikke henter ut

potensialet for effekt (Beard et al 2015). Hovedårsaken til resultatforskjellen ligger imidlertid i at de eksperimentelle studiene utføres under betingelser som frembringer for gode resultater (se Lund & Vedøy 2018 for en oppsummering).

Forskning viser at de strenge kriteriene for inklusjon av røykere til eksperimentell uttesting fører til at personene som undersøkes er forskjellige fra den gjenstående gruppen røykere i samfunnet. I en nasjonal representativ amerikanske undersøkelse av rundt 5000 røykere fant man at hele 66 % hadde ett eller flere av de karakteristika som legemiddelindustrien bruker for å ekskludere visse pasientgrupper fra deltakelse i utprøving av sine nikotinlegemidler – herunder personer med hjerte- og kar sykdommer, høyt blodtrykk, depresjon, spiseforstyrrelser, høyt alkoholforbruk, bruk av visse typer legemidler pluss 20 andre tilstander. Det resulterer i at gruppen røykere som inviteres til å delta i de eksperimentelle undersøkelsene, er mer ressurssterke og mestringsdyktige enn røykerne ellers i samfunnet, og resultatet blir dermed ikke representativt (Strat ey al 2011).

Videre er det vist at legemiddelindustrien selv betaler for rundt 55 prosent av de eksperimentelle undersøkelsene. Resultatet i disse undersøkelsene er i gjennomsnitt bedre enn i de resterende 45 prosent av undersøkelsene som ikke er betalt av legemiddelindustrien (Etter 2007). Årsaken til forskjellen kan ligge i at industrien i større grad unnlater å publisere studier som ikke viser effekt. Dette kommer i tillegg til den generelle tendens til at studier som ikke kan vise til effekt fra en intervensjon, uansett finansiering og tema, oftere forblir upubliserte enn studier som kan dokumentere effekt (publiseringsskjevhet).

De som deltar i eksperimentelle undersøkelser, rapporterer ofte resultater til det helsepersonellet som administrerer undersøkelsen. Erkjennelsen hos røykerne at de er gjenstand for observasjon og overvåking aktiverer den såkalte Hawthorne-effekten, som øker ytelse og prestasjon (Walsh 2008). Denne effekten er ikke til stede i «real world».

På denne bakgrunn er det grunn til å anta at det selvrapporterte effektestimatet på 28,6 % i vår studiepopulasjon sannsynligvis er en del bedre enn det vi utfra forskningslitteraturen på område har grunn til å tro kan være tilfelle.

Legemidler

Av dem som benyttet muligheten til å hente ut et gratis legemiddel valgte majoriteten (59,3 %) Champix. Champix inneholder det aktive stoffet vareniklin. Ifølge Felleskatalogen er det risiko for alvorlige bivirkninger ved bruk av Champix, blant annet som

depresjon, selvmordstanker, atferd og forsøk, krampeanfoll, slag, hjerteinfarkt, tap av kontakt med virkeligheten og manglende dømmekraft eller evne til å tenke klart (psykose), endret tankemønster og atferd (f.eks. aggresjon og unormal atferd, alvorlige hudreaksjoner og Stevens-Johnsons syndrom samt alvorlige allergiske reaksjoner inkludert angioødem.

Dersom pilotprosjektet i Vestre Viken skal implementeres på nasjonal basis, bør det gjøres en nærmere vurdering av hvilke legemidler som skal tilbys. At så mange valgte Champix, til tross for at legemiddelet er reseptbelagt, har kanskje noe å gjøre med at det i utgangspunktet koster mer enn de andre legemidlene. Nikotinlegemidlene har til sammenligning færre og mindre alvorlige bivirkninger, og risikoen ved å tilby disse til store befolkningsgrupper vil være langt mindre (Felleskatalogen).

Referanser

Alpert HR, Connolly GN, Biener L. A prospective cohort study challenging the effectiveness of population-based medical intervention for smoking cessation. *Tob Control*. 2013 Jan;22(1):32-7.

Bilgrei, O. (2012). Forsvar og motstand: Etablerte røykeres nøytraliserings- og motstandsteknikker i et tobakksfiendtlig samfunn. I G. Sæbø (red.). «Vi blir en sånn utstøtt gruppe til slutt...» Røykeres syn på egen røyking og denormaliseringsstrategier i tobakkspolitikken. SIRUS-rapport 3/2012 (s. 77–100). Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning. <https://core.ac.uk/download/pdf/52113277.pdf>

Chapman S, MacKenzie R (2010) The Global Research Neglect of Unassisted Smoking Cessation: Causes and Consequences. *PLoS Med* 7(2): e1000216.

Christakis NA, Fowler JH. The collective dynamics of smoking in a large social network. *N Engl J Med*. 2008 ;358 (21):2249–2258

de Vries, H., Eggers, S.M. & Bolman, C. (2013). The role of action planning and plan enactment for smoking cessation. *BMC Public Health*. 13, 393 <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-393>

Etter JF, Burri M, Stapleton J (2007) The impact of pharmaceutical company funding on results of randomized trials of nicotine replacement therapy for smoking cessation: a meta-analysis. *Addiction* 102: 815–822.

Etter JF, Stapleton JA. Nicotine replacement therapy for long-term smoking cessation: a meta-analysis. *Tob Control*. 2006

Felleskatalogen. <https://www.felleskatalogen.no/medisin/om-felleskatalogen>

Hagerman, C.J., Hoffman, R.K., Sruthi Vaylay, B.A. & Dodge, T. (2020). Implementation Intentions to Reduce Smoking: A Systematic Review of the Literature. *Nicotine & Tobacco Research*, 23(7), 1085–1093. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntaa235>

Hartmann-Boyce J, Chepkin SC, Ye W, Bullen C, Lancaster T. Nicotine replacement therapy versus control for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018, Issue 5. Art. No.: CD000146. DOI: 10.1002/14651858.CD000146.pub5. Accessed 29 September 2022.

Hammond D, Reid JL, Driezen P, Cummings KM, Borland R, Fong GT, McNeill A. Smokers' use of nicotine replacement therapy for reasons other than stopping smoking: findings from the ITC Four Country Survey. *Addiction*. 2008 Oct;103(10):1696-703. doi: 10.1111/j.1360-0443.2008.02320.x. Erratum in: *Addiction*. 2008 Dec;103(12):2075. PMID: 18821877; PMCID: PMC4605436.

Hechter M, Opp KD. *Social Norms*. New York, NY: Russell Sage Foundation; 2005.

Hughes JR, Keely J, Naud S. Shape of the relapse curve and long-term abstinence among untreated smokers. *Addiction*. 2004;99(1):29–38.

Le Strat Y, Rehm J, Le Foll B. How generalisable to community samples are clinical trial results for treatment of nicotine dependence: a comparison of common eligibility criteria with respondents of a large representative general population survey. *Tob Control*. 2011 Sep;20(5):338-43. D

Lund KE & Vedøy TF. Hva blir effekten? *Kronikk Dagens medisin*, 2017. – Hva blir effekten? - Debatt og kronikk - Dagens Medisin

Lund, K.E. & Vedøy, T.F. (2019). Relative Risk Perceptions between Snus and Cigarettes in a Snus-Prevalent Society - An Observational Study over a 16 Year Period. *Int J Environ Res Public Health*, 16(5), 879. doi: 10.3390/ijerph16050879

McWilliams, L., Bellhouse, S., Yorke, J., Lloyd, K. & Armitage, C.J. (2019). Beyond “planning”: A meta-analysis of implementation intentions to support smoking cessation. *Health Psychology*, 38(12), 1059–1068. <https://doi.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2Fhea0000768>

Mersha, A.G., Eftekhari, P., Bovill, M. et al. Evaluating level of adherence to nicotine replacement therapy and its impact on smoking cessation: a systematic review and meta-analysis. *Arch Public Health* 79, 26 (2021).

Patrick DL, Cheadle A, Thompson DC, Diehr P, Koepsell T, Kinne S. The validity of self-reported smoking: a review and meta-analysis. *Am J Public Health*. 1994;84(7):1086–1093.

Scheffels, J. & Sæbø, G. (2012). ‘De andres blikk’: røykeres opplevelse av denormalisering av tobakksbruk. I G. Sæbø (red.). «Vi blir en sånn utstøtt gruppe til slutt...» Røykeres syn på egen røyking og denormaliseringsstrategier i tobakkspolitikken. SIRUS-rapport 3/2012 (s. 101–124). Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.

Sæbø, G. (2012). Tobakksbrukernes syn på seg selv og hverandre. I G. Sæbø (red.). «Vi blir en sånn utstøtt gruppe til slutt...» Røykeres syn på egen røyking og denormaliseringsstrategier i tobakkspolitikken. SIRUS-rapport 3/2012 (s. 125–148). Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning. <https://core.ac.uk/download/pdf/52113277.pdf>

Sæbø, G. & Lund, M. (2020). Are smoking cessation behaviours among daily smokers associated with a perceived public stigma of smokers? Cross-sectional analyses of Norwegian data 2011–2013. *Journal of Smoking Cessation*, 15(4), 189–197. doi: 10.1017/jsc.2020.25

Yilmazel Ucar E, et al. Effectiveness of pharmacologic therapies on smoking cessation success: three years results of a smoking cessation clinic. *Multidiscip Resp Med*. 2014;9(1):9–9.