



Nasjonal faglig retningslinje for røykeavvenning

Om retningslinjen

Revisjon av Nasjonal faglig retningslinje IS-1171 Røykeavvenning i primærhelsetjenesten fra 2004.

Retningslinjene tar utgangspunkt i fastlegers arbeid med røykeavvenning, men anbefalingene gjelder for alle som jobber med røykeavvenning.

Prosess for revisjonen

Revisjonen er gjennomført etter initiativ fra Helsedirektoratet, som er ansvarlig for retningslinjen. Det ble nedsatt en arbeidsgruppe med representanter fra relevante aktører og organisasjoner. Arbeidsgruppen ferdigstilte sine anbefalinger i 2011. På grunn av andre bestillinger og omorganiseringer har det vært et opphold i arbeidet fra 2011 til 2013 og oppdateringer av litteratur har blitt gjort i Helsedirektoratet i 2014. Nytt digitalt publiseringsverktøy for retningslinjer ble lansert fra 2014 og tilpasning til dette har blitt gjort i 2015. Arbeidsgruppen har utarbeidet anbefalingene og Helsedirektoratets medarbeidere har utarbeidet et høringsutkast for intern høring, som ble gjennomført desember 2015, og ekstern høring, som ble gjennomført våren 2016. Helsedirektoratet har vurdert og innarbeidet høringsinnspillene.

Arbeidsgruppens sammensetning

- Trude Bakke, Norsk Forening for allmenmedisin
- Svein Høegh Henriksen, Norsk Forening for allmenmedisin
- Gro Bengtson, Norsk helsesekretærforbund
- Randi Kiil, Tobakksfritt
- Jan Magne Linnsund, Helsedirektoratet
- Henriette Øien, Helsedirektoratet
- Sigrid Skattebo / Bjørn Andreas Bang, Helsedirektoratet
- Janne Oftedal, Helsedirektoratet
- Hege Wang / Astrid Nylenna, Helsedirektoratet
- Thorolf Christian Juell / Anna Naume Solem, Helsedirektoratet

Kunnskapsgrunnlag og anbefalinger

Faglig kunnskap baserer seg på resultater fra forskning, fra klinisk erfaring og fra brukernes erfaringer. Dette sammensatte kunnskapsbegrepet ligger til grunn for anbefalingene i retningslinjen. Den forskningsbaserte kunnskapen som disse retningslinjene baserer seg på, er publisert i form av kunnskapsoppsummeringer eller retningslinjer. Vi har tatt utgangspunkt i Cochrane Library og oppsummeringer laget av deres Tobacco addiction Group. Referansene som ligger til grunn for hver anbefaling, framkommer i vurderingene av den foreliggende kunnskapen.

Biblioteket ved Helsedirektoratet har gjort søk etter relevante retningslinjer. Sammendrag av anbefalinger fra andre lands retningslinjer er gitt i eget kapittel.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten har gjort to oppsummeringer på temaet legemidler til røykeavvenning, som er publisert som Kunnskapssenterets rapporter. Disse inneholder også en grundig GRADE-klassifisering av den forskningsbaserte kunnskapen (29;30).

For temaene minimal intervensjon og veiledning har arbeidsgruppen benyttet oppsummert forskning publisert i Cochrane-biblioteket med søkeord "smoking cessation". De mest aktuelle oppsummeringene er Physician advice for smoking cessation (8) og Motivational interviewing for smoking cessation (20). Vi har ikke gjennomført en GRADE-klassifisering av enkeltstudiene i disse oppsummeringene. Vurderinger gjort i andre retningslinjer har vært av betydning for vår gradering av den forskningsbaserte kunnskapen for disse temaene.

Gradering av kunnskapsgrunnlag og anbefalinger

I den forrige utgaven av retningslinjene, ble systemet [SIGN](#) brukt. Siden den tid har et nytt system blitt utviklet, [GRADE](#). GRADE er nå den anbefalte metoden (100), og vi har derfor brukt systemet i denne reviderte utgaven. Tabellen gir en skjematisk framstilling av GRADEs vurdering og gradering av kunnskapsgrunnlag.

Høy kvalitet:	Det er usannsynlig at videre forskning vil påvirke vår tillit til effektestimater	++++
Moderat kvalitet:	Det er sannsynlig at videre forskning vil påvirke vår tillit til effektestimater. Videre forskning kan også endre estimatet	+++
Lav kvalitet:	Det er svært sannsynlig at videre forskning vil påvirke vår tillit til resultatene. Videre forskning vil sannsynligvis endre estimatet	++
Svært lav kvalitet:	Effektestimater er veldig usikkert	+

Innholdsfortegnelse

[1 Sammendrag](#)

[2 Kartlegge røykevaner ved alle egnede konsultasjoner](#)

[3 Strukturert hjelp til røykeavvenning](#)

[3.1 Vurdere motivasjon](#)

[3.2 Strukturert veiledning til motiverte](#)

[3.3 Veiledning til umotiverte og ambivalente](#)

[3.4 Hjelpetilbud for dem som vil slutte å røyke](#)

[3.5 Redusere antall sigaretter](#)

[3.6 Røykeslutt for pasienter med psykiske lidelser](#)

[3.7 Røykfri før operasjon](#)

[3.8 Praktiske råd for legekantoret](#)

[4 Bruk av legemidler til røykeslutt](#)

[4.1 Nikotinlegemidler](#)

[4.2 Bupropion](#)

[4.3 Vareniklin](#)

[4.4 Ungdom under 18 år: Legemidler til røykeavvenning](#)

[4.5 Gravide og ammende: Legemidler til røykeavvenning](#)

[4.6 Pasienter med psykisk sykdom: Legemidler til røykeavvenning](#)

[4.7 Pasienter med kols: Legemidlene til røykeavvenning](#)

[4.8 Pasienter med hjerte- og karsykdom eller diabetes: Legemidler til røykeavvenning](#)

[4.9 Tobakk og interaksjon med legemidler](#)

[4.10 Snus](#)

[4.11 Elektroniske sigaretter](#)

[5 Vanlige utfordringer ved røykeslutt](#)

[6 Andre lands retningslinjer](#)

[6.1 Danmark](#)

[6.2 Sverige](#)

[6.3 Storbritannia](#)

[6.4 Australia](#)

[6.5 New Zealand](#)

[6.6 USA](#)

[7 Bakgrunn](#)

[8 Referanser](#)

1 Sammendrag

Anbefalinger

1. Minimal intervensjon bør gjennomføres ved alle egnede konsultasjoner.
2. Alle som ønsker å slutte å røyke bør få tilbud om strukturert hjelp til avvenning.
3. Alle som ønsker å slutte å røyke, bør vurderes med tanke på bruk av legemidler til røykeslutt.

En fempunkts strategi

Verdens Helseorganisasjon (WHO) anbefaler en fempunktsstrategi for intervensjon ved røykeavvenning (The 5 A's: Ask, Assess, Advice, Assist, Arrange). Nivået for intervensjon velges ut ifra tiden som er til rådighet. Henvist til sluttetjenester på slutta.no eller til lokale frisklivssentraler ved behov.

Valg av nivå for intervensjon / Tilgjengelig tid til konsultasjon			
Tidsbruk lege	> 5 minutter	> 1 minutt	Ingen tid
Spør (Ask)	Spørre om røykestatus	Spørre om røykestatus	Informasjon på venterommet:
Kartlegg (Assess)	Kartlegge: <ul style="list-style-type: none"> · ønske om å slutte · motivasjon for røykeslutt · utfordringer · nikotinavhengighet · tidligere sluttforsøk 	Kartlegge ønske om å slutte	Selvhjelpsbrosjyrer og plakater om sluttetilbud fra Helsedirektoratet og tilbud ved den lokale frisklivssentralen.
Gi råd (Advice)	<ul style="list-style-type: none"> · Fortelle om viktigheten av å slutte · Gi hjelp til å sette en sluttedato · Snakke om abstinenssymptomer · Snakke om mestringsstrategier · Fokusere på helsegevinster ved røykeslutt 	Gi et klart råd om å slutte, uten å moralisere	
Hjelp til med (Assist)	<ul style="list-style-type: none"> · Diskutere bruk av legemidler til røykeslutt, og gi råd om bruk · Avtale en ny konsultasjon 	Foreslå en ny konsultasjon, og avsette tid til å lage en avvenningsplan. Du kan også henvise til frisklivssentral og slutta.no . Del ut selvhjelpsmateriell.	
Avtal oppfølging (Arrange)	<ul style="list-style-type: none"> · Avtale ny time ved røykeslutt dato · Sette opp en plan for røyke-avvenningsforsøket 	Huske å ta opp temaet røyking neste gang pasienten kommer til time.	

Hjelp til røykeslutt: en modell med fire møter

Tilbud om strukturert hjelp til røykeavvenning bør inneholde minst fire møter/konsultasjoner samt noe oppfølging i etterkant ut ifra behov (1). Nedenfor presenteres en kortfattet modell for fire møter i en røykeavvenningsprosess.

Første møte, før røykeslutt

- Avtale dato for røykeslutt.
- Utforske hva som kan bli vanskelig og hvordan det kan håndteres.
- Snakke om legemidler til røykeslutt.
- Informere om slutta.no, appen Slutta og den lokale frisklivssentralen. Gi gjerne en brosjyre eller annet skriftlig materiell.

Andre møte, 0-5 dager etter røykeslutt

- Gi anerkjennelse for røykfrihet.
- Følge opp bruken av ev legemidler.
- Utforske ev problemer, for eksempel abstinens, og hvordan man kan forebygge dem.
- Utforske strategier for røyksug og vanskelige situasjoner.
- Snakke om helsegevinstene.

Ved en glipp eller sprek:

- Normalisere og se på det som en del av læringsprosessen ved å slutte.
- Identifisere situasjonen for sprekken og legge planer for å hindre/unngå ny glipp/sprek.
- Oppmuntre til nytt slutforsøk.

Tredje møte, 1-3 uker etter røykeslutt

- Gi ros og anerkjennelse for røykfrihet.
- Følge opp bruken av ev legemidler.
- Utforske ev problemer og finne løsninger.
- Snakke om vektøkning, kosthold og fysisk aktivitet ved behov.

Ved en glipp eller sprek:

- Normalisere og se på det som en del av læringsprosessen ved å slutte.
- Identifisere situasjonen for sprekken og legge planer for å hindre/unngå ny glipp/sprek.
- Oppmuntre til nytt slutforsøk.

Fjerde møte, 3 måneder etter røykeslutt

- Gi ros og anerkjennelse for røykfrihet.
- Utforske ev problemer og vanskelige situasjoner og finn løsninger.
- Avklare om pasienten har utviklet depressive tendenser.
- Trappe ned ev legemidler til røykeslutt.

Ved en glipp eller sprek:

- Normalisere og se på det som en del av læringsprosessen ved å slutte.
- Identifisere situasjonen for sprekken og legge planer for å hindre/unngå ny glipp/sprek.
- Oppmuntre til nytt slutforsøk.

Videre oppfølging

- Telefonkontakt/annen kontakt ved behov.

2 Kartlegge røykevaner ved alle egnede konsultasjoner

2.1 Anbefaling 1: Minimal intervensjon bør gjennomføres ved alle egnede konsultasjoner

Minimal intervensjon

Tre enkle spørsmål som kan gjennomføres av alt helsepersonell:

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

Begrunnelse

En systematisk oversikt over minimal intervensjon hos allmennleger fant at denne typen intervensjon signifikant økte andelen røykfrie pasienter (14). Gjennomført minimal intervensjon hos 40 pasienter kan gi én røykfri pasient (NNT=40) (8).

Minimal intervensjon for å oppnå røykfrihet vurderes som et svært kostnadseffektivt tiltak. Retningslinjer fra andre land er samstemte om at minimal intervensjon bør anbefales (9-13, 106).

Blant de som forsøker å slutte på egenhånd, uten hjelp, er det om lag 2-3 prosent som lykkes med å bli røykfrie på et gitt forsøk. Enkel rådgivning kan øke slutteraten med ytterligere 1-3 prosent. Selv om tallene er små, er dette en dobling ved hjelp av svært enkle hjelpemidler. Videre er det vist at slutteeffekten øker med intensiteten på hjelpen. En mer intensiv rådgivning gir høyere slutterate enn minimal intervensjon (14).

Kvaliteten på forskningsbasert kunnskap: moderat, styrken på anbefalingen: sterk.

[GRADE-tabell minimal intervensjon \(PDF\)](#)

3 Strukturert hjelp til røykeavvenning

3.1 Anbefaling 2: Alle som ønsker å slutte å røyke bør få tilbud om strukturert hjelp til avvenning

Individuell veiledning gir like gode resultater som tobakksavvenning i grupper. Effekten blir større når den som skal slutte får et [tilbud som inneholder både veiledning og legemidler til røykeslutt](#). Med strukturert veiledning og bruk av legemidler kan opptil 40 prosent lykkes med røykeslutt på et gitt forsøk (15).

Begrunnelse

Strukturert veiledning gjennom flere konsultasjoner over tid gir større effekt enn kun minimal intervensjon (14). Kvaliteten på forskningsbasert kunnskap om å tilby flere konsultasjoner sammenliknet med én konsultasjon er sterk. Styrken på anbefalingen er sterk.

[GRADE-tabell flere konsultasjoner vs. en konsultasjon \(PDF\)](#)

3.1 Vurdere motivasjon

Vurdering av motivasjon

Motivasjon er viktig dersom slutforsøket skal føre til varig røykfrihet. Motivasjon utvikles gradvis, og de fleste som klarer å slutte har flere slutforsøk bak seg (6). Ulik grad av motivasjon krever ulik veiledning. Innledningsvis er det derfor nyttig å benytte skalerings spørsmål for å vurdere hvor motivert pasienten er til røykeslutt. I tabellen gis det eksempler på ulike spørsmål som kan stilles ut fra grad av motivasjon (23).

Hvor viktig er det for deg å slutte å røyke på en skala fra 0–10?

0-----10

<p>0-3</p> <p>Lav motivasjon for endring</p> <p>Den som røyker ser ingen problemer med røykingen.</p> <p>Samtalefokus: Kartlegge personens syn på egen røyking med åpne spørsmål.</p> <p>Forsiktig oppfordre til å tenke på om det er negative sider ved å røyke.</p> <p>Snakke om konsekvenser av røyking, og tilby å gi informasjon om sammenhenger mellom røyking og helsesisiko.</p>	<p>4-7</p> <p>Ambivalent, usikker</p> <p>Den som røyker vet at røyking er skadelig, men er ambivalent til å slutte.</p> <p>Samtalefokus: Utforske fordeler og ulemper ved å slutte.</p> <p>Utforske hindringer, undersøke muligheter og finne løsninger på det som er vanskelig.</p>	<p>8-10</p> <p>Høy motivasjon for endring</p> <p>Den som røyker vil slutte.</p> <p>Samtalefokus: Anerkjenne beslutningen, og diskutere sluttedato. Avtale en konkret, individuell slutteplan.</p> <p>Snakke om hva som skjer med kroppen når man slutter og hvordan f.eks. abstinens kan reduseres og håndteres. Informere om og anbefale bruk av legemidler.</p>
--	--	---

(Folkhälsoinstitutet. Tobak och avvänjning. 2004.)

3.2 Strukturert veiledning til motiverte

Det er ulike samtalemetoder som kan brukes for å fremme atferdsendring. Mange pasienter som ønsker å slutte å røyke, trenger støtte og oppmuntring under prosessen, og det kan være nyttig å følge et strukturert opplegg.

Ulike nivåer på samtalen:

- Minimal intervensjon
- Enkle råd
- Motiverende intervju

Enkle råd

Internasjonalt anbefales to hovedkategorier for veiledning av litt lengre varighet enn minimal intervensjon: de fem A'er for dem som er motiverte til å slutte, og de fem R'er for dem som ikke er motiverte (22). Har man mer tid enn et par minutter, vil det å gi noen enkle råd ha stor effekt.

De 5 A'er i tobakksavvenning:

Ask - Spørre alle pasienter om bruk av tobakk.

Advise - Gi råd om å slutte på en tydelig og individtilpasset måte.

Assess - Vurdere pasientens motivasjon.

Assist - Gi hjelp til tobakksavvenning.

Arrange - Avtale videre oppfølging.

Motiverende intervju

[Motiverende intervju \(MI\)](#) er en metode som har vist gode resultater i tobakksavvenning. En systematisk kunnskapsoppsummering viser at motiverende intervju trolig fører til at flere slutter å røyke (109). Motiverende intervju er en klientsentrert metodikk. Den er ikke-argumenterende, og de mest sentrale teknikkene er åpne spørsmål, refleksjoner og oppsummeringer. Målet er å stimulere til endringssnakk, unngå motstand hos klienten, og hjelpe vedkommende til selv å finne løsninger på sine problemer.

Å bli en god utøver av metoden krever øvelse, men empatisk lytting og en grunnleggende holdning om å vise respekt, interesse, aksept, selvbestemmelse og optimisme gir et godt samtaleklima. MI kan lokke frem og styrke pasientens motivasjon for å forandre på en atferd som er ugunstig for egen helse.

Veiledning for den som er motivert for å slutte

Et strukturert opplegg for å hjelpe pasienter som er motiverte for å slutte, bør inneholde minst fire møter som hver er på omtrent 20-45 minutter (15). Legg gjerne inn telefonsamtaler mellom møtene ved behov, spesielt rett etter selve sluttedatoen.

Første møte: forberedelse

Dersom tobakksvanene ikke er kartlagt, gjøres det nå. Utforske hvilke fordeler det er med å slutte.

Bestemme en sluttedato

Hjelpe pasienten med å finne et tidspunkt for røykeslutt, gjerne et par uker fram i tid. Noen ønsker å slutte på dagen, og det må være opp til personen selv å bestemme. Etter sluttedatoen er det viktig å ikke ta en eneste sigarett eller et eneste trekk. Det reduserer sjansen for å lykkes.

Tidligere erfaringer

Undersøke sammen tidligere erfaringer med røykeslutt. Hva gikk bra, og hva var vanskelig. Oppmerksomheten rettes mot det som gjorde at pasienten klarte å være røykfri: «Hva gjorde at du klarte å la være å røyke den første dagen/uken?».

Abstinensplager

Forberede den som skal slutte på at han/hun kan få røyksug, og gi informasjon om hvordan nikotinavhengighet arter seg. Snakk også om mulige abstinensplager. Fortelle om hvordan abstinens kan forebygges, for eksempel gjennom å drikke mye vann, drikke mindre kaffe, og ved å spise regelmessig slik at blodsukkeret ikke blir for lavt.

Legemidler

Fortelle om de ulike legemidlene til røykeslutt og gi råd om bruk av disse. La gjerne pasienten få brosjyren «Legemidler ved røykeslutt» fra Helsedirektoratet.

Identifisere risikosituasjoner

For de fleste er det bra å bruke tid på å forberede seg til sluttetforsøket. Mange kan ha nytte av å gå gjennom

prosessen i tankene og forberede seg på ulike situasjoner. Finne sammen ut hvilke situasjoner som kan bli vanskelige uten røyk, og forbered løsninger til å håndtere dem.

Endre røykemønsteret

For å bryte koblingen mellom røyking og situasjoner der det er vanlig å ta en røyk, kan det for noen være nyttig å gjøre endringer i røykemønsteret som en del av forberedelsene. Det kan være å utsette røyking etter måltider, å ikke røyke siste halvtimen før man skal sove, eller bytte sigarettmerke. Det kan også være å legge røykingen til andre tider eller steder enn man er vant til.

5-minutter

Hvis nikotinsuget blir veldig sterkt, kan det hjelpe å ha en konkret plan for hva man skal gjøre for å avlede tanken på røyk, og med det fortrenge suget. Diskutere hva som kan være en bra plan. Tiltaket bør ta ca. 5 minutter og skal være noe som kan iverksettes når suget kommer, f.eks. å pusse tennene.

Rydd bort røyk

Det er viktig å rydde bort alt som har med røyking å gjøre. Ellers kan det være lett for å falle for fristelsen til å ta bare ett trekk.

Ekstra støtte

Snakke om hvordan venner og familie kan være til hjelp og støtte. slutta.no, Slutta-appen, [facebooksidens Slutta – din røykeslutt](https://www.facebook.com/slutta.no) og den lokale frisklivssentralen kan være til hjelp.

Brosjyrer

Tilby gjerne en eller flere av Helsedirektoratets sluttebrosjyrer: «Forberedelser til røykeslutt», «Hold ut!», «Hva vinner du?», «Legemidler ved røykeslutt» og «Tobakk og vekt». Brosjyrene bestilles på helsedirektoratet.no.

Vekt

Mange er opptatt av vektøkning ved røykeslutt. Dersom pasienten bekymrer seg, spør gjerne om hva han/hun kan gjøre for å unngå vektøkning. Det er viktig å formidle at helse risikoen ved å fortsette å røyke er større enn en eventuell vektøkning. Samtidig kan pasienten gjerne oppmuntres til fysisk aktivitet og fokus på kosthold i slutteperioden.

Eksempler på spørsmål til samtalen:

- Hva er dine viktigste grunner for å slutte?
- Hvilken dag vil du slutte å røyke?
- Hvilke tanker har du om hvordan du vil gå fram?
- Hva tror du kan bli vanskelig? Hva kan du gjøre for å gjøre det mindre vanskelig?
- Vil du at jeg sier litt om hvordan slutteforsøket kan bli mer håndterbart?
- Hvilken plan har du når røyksuget kommer?
- I hvilke situasjoner kan det bli vanskelige uten røyk, og hva kan du gjøre da?

Andre møte: 0-5 dager etter røykeslutt

Prøv å få til dette møtet på selve sluttedatoen eller så raskt som mulig etter den. Som regel er det de første dagene etter røykeslutt som er de vanskeligste, og da risikoen for tilbakefall størst.

Abstinens og røyksug

For noen har det gått overraskende lett å slutte, men andre sliter tungt med abstinens og røyksug. Spør pasienten om hvordan det har gått, og vær sjenerøs med å anerkjenne det viktige steget som er tatt. Diskutere abstinensplager og normalisere det å ha sug. Diskutere bruk av legemidler.

Justere legemidler

Følge opp bruken av legemidler ved å høre hvilken nytte pasienten har hatt av å bruke legemidlene. Dersom valgte legemiddel ikke har fungert som planlagt, kartlegge hva som er problemet og gi forslag til endring ut fra opplevd problem. Alternative endringsforslag ved bruk av nikotinlegemidler:

- 1) øke eller redusere dose
- 2) kombinere to produkter (for eksempel plaster + sugetabletter)
- 3) bytte produkt

En del pasienter som bruker vareniklin, opplever kvalme. For å redusere kvalmetendensen, kan det være til hjelp å ta legemiddelet etter et måltid, gjerne etter frokost og middag. Kvalmen vil som regel gi seg etter omtrent 20 minutter. Et annet tiltak kan være å redusere bruken til én tablett om dagen, istedenfor to, i en periode. Pasienten bør i tillegg informeres om at kvalmen som oftest går over av seg selv etter et par uker.

Håndtere risikosituasjoner

Utforske strategier for å forebygge røyksug og situasjoner der det er spesielt utfordrende å ikke røyke. En slik situasjon kan være på fest eller i stressende situasjoner. Mange får frigitt mer tid når de slutter å røyke, tid de før brukte til røyking. Hvordan bruke den ekstra tiden til noe han/hun har lyst til? Å snakke om personlige gevinster ved røykeslutt kan være motiverende.

Fysisk aktivitet og måltider

Fysisk aktivitet kan dempe røyksug og abstinensplager (24). Ved røykeslutt kan noen oppleve svingninger i blodsukkeret, og dette kan gi en ubehagelig følelse som kan forveksles med røyksug. Det hjelper å fordele frokost, lunsj, middag og to mellommåltider jevnt utover dagen. På den måten holdes blodsukkeret mest mulig stabilt (25).

Eksempel på spørsmål til samtalen:

- Hva har gått bra?
- Har det vært noen spesielle utfordringer siden sist?
- Hvordan kom du deg gjennom den situasjonen uten å røyke?
- Hvordan kan du forebygge abstinens? Skal jeg si hva jeg vet om det?
- Er det bestemte situasjoner du gruer deg til framover? Hvordan kan du håndtere disse?
- Har du lastet ned Slutta-appen eller brukt slutta.no?

Tredje møte: 1-3 uker etter røykeslutt

Positive effekter etter røykeslutt

Snakke sammen om hvordan det går, hva som går bra og hva som er vanskelig. Spørre om eventuelle problemer med abstinens. De verste abstinensplagene har for de fleste gitt seg to-fire uker etter røykeslutt. Røyksuget minsker i styrke og hyppighet. Gi ros og anerkjennelse. Følge opp bruken av legemidler.

Vektøkning og søvnproblemer

Utforske eventuelle problemer som har dukket opp, for eksempel vektøkning eller søvnproblemer. Den som har sluttet må fortsatt være oppmerksom på situasjoner der hun/han får lyst på røyk, og bruke de strategiene som har gitt god erfaring.

Tilbakefall ved røykeslutt

Mange vil erfare sprekke, glipp eller tilbakefall i løpet av de første månedene, om lag 30 prosent vil klare å slutte på første forsøk (6). 75 prosent av tilbakefall skjer i løpet av de første seks månedene. Etter to år synker sannsynligheten for tilbakefall til fire prosent (16). Tilbakefall eller glipp er derfor ikke et tegn på at verken pasient eller helsepersonell har mislykkes i sitt arbeid for røykfrihet. Det kan ses på som en naturlig del av veien til å bli røykfri. Det å slutte å røyke er en prosess der man lærer underveis, og tilbakefall er en del av denne

prosessen. Normalisere tilbakefall og utforske hva som kan gjøres for å unngå nye tilbakefall. Oppmuntre til å sette en strek over glippen og fortsette fra der det glapp eller gjøre et nytt sluttetforsøk.

Eksempel på spørsmål til samtalen:

- Hvilke positive effekter merker du etter røykeslutt?
- Hvilke strategier er dine beste ved røyksug?
- Hvilke situasjoner kan bli vanskelige nå? Hvordan forbereder du deg på disse situasjonene?

Ved sprekk/glipp:

- Hva kan du gjøre for å unngå at det skjer igjen?
- Har du lært noe som du kan ta med deg videre?

Fjerde møte: 3 måneder etter røykeslutt

Du har vært røykfri i tre måneder, hvordan har det vært og hvordan har du det nå?

Gi ros ved fortsatt røykfrihet. Dersom pasienten er nedstemt eller deprimeret, vis forståelse for at det er tungt å ha det slik og gi informasjon om at dette er en normal reaksjon ved røykeslutt. Anbefale å ta kontakt igjen dersom plagene vedvarer. Sjekk at legemidler trappes ned i overensstemmelse med bruksanvisningen. Vær oppmerksom på at det kan være nødvendig å fortsette å bruke nikotinlegemidler for noen.

Eksempel på spørsmål til samtalen:

- Hvilke fordeler ser du ved å ha sluttet?
- Hva er det som går bra?
- Hvilke problemer møter du, og hvordan kan du løse dem?
- Hvordan kan du unngå å begynne igjen?
- Trenger du fortsatt noe støtte?
- Hvilke tanker har du for framtiden?

Videre oppfølging

De som har sluttet, bør få mulighet til å ta kontakt på telefon ved behov. Appen [Slutta](#) eller [facebooksidene](#) «[Slutta - din røykeslutt](#)» kan brukes i oppfølgingen. [Lokale frisklivssentra](#) kan ha aktuelle tilbud.

3.3 Veiledning til umotiverte og ambivalente

Veiledning for den som mangler motivasjon til å slutte

Den internasjonale anbefalingen for veiledning i røykeslutt for dem med lav motivasjon er oppsummert i de fem R'er:

De 5 R'er for den umotiverte (22):

- Relevance - Hjelpe pasienten til å reflektere over hvorvidt tobakksavvenning kan være relevant.
- Risks - Snakke om personlig relatert helseisiko.
- Rewards - Hjelpe pasienten til å formulere eventuelle fordeler ved å slutte med tobakk.
- Roadblocks - Identifisere barrierene som hindrer pasienten i å gjøre et forsøk på å slutte.
- Repetition - Forberede pasienten på at du vil snakke om dette også ved neste møte.

Det er viktig at anbefalingen om røykeslutt gis på en måte som ikke skaper motstand, for eksempel ved hjelp av samtalemotoden motiverende intervju.

Målet å øke motivasjonen til å ville bli røykfri

At helsepersonell er opptatt av tobakk og gir signaler om at det er viktig å slutte, kan bidra til at pasienten gjør seg tanker omkring egen tobakksbruk. Utforske hva pasienten tenker om egen røyking og ulemper med røyking, sammen med mulige positive sider ved å være røykfri. Vær tilbakeholden med å gi råd om hvordan det kan være lurt å gå frem når man slutter. Råd kan lett avvises og skape dårlig samtaleklime. Benytte heller en nysgjerrig, utforskende tilnærming.

Fordeler og ulemper med å røyke

Både ulempene og fordelene bør gjøres personlige og konkrete. Vær varsom med hensyn til røykerelatert ubehag eller sykdom. Dersom pasienten ikke har lyst til å slutte, kan han/hun lett komme i forsvar.

Sammenhengen mellom røyking og helseplager

Det viktigste med denne motivasjonssamtalen er å øke pasientens bevissthet om røykingens negative konsekvenser, og å så et frø for endring. Spør om pasienten ønsker skriftlig informasjon. Følge opp dette på neste møte ved å spørre om hun/han har tenkt på det dere snakket om sist.

Eksempler på spørsmål til samtalen:

- Hva tenker du om at du røyker?
- Hva betyr røyken for deg?
- Har du forsøkt å slutte tidligere? Fortell mer om det.
- Er det noe du synes er mindre bra med det å røyke?
- Hva vet du om sammenhengen mellom røyking og dine helseplager? Hvis du vil, kan jeg fortelle deg litt om dette?

Veiledning for den som er interessert, men ambivalent til røykeslutt

Å være ambivalent betyr at man både vil slutte og ikke vil slutte å røyke. I en slik situasjon blir det uklart for pasienten hva som er viktigst å gjøre, og det blir vanskelig å skulle ta en beslutning om å gjøre et sluttforsøk. Det kan virke motiverende og klargjørende å få hjelp til å rydde opp i argumenter for og imot å fortsette å røyke, og for og imot å slutte. Bruk gjerne spørsmålene nedenfor. Etter at dere har snakket dere gjennom spørsmålene, gjør en oppsummering og spør hva som føles viktigst å gjøre nå. Fokuser på de positive effektene røykeslutt har for helsen. Dersom pasienten ikke ønsker å slutte, spør hvilke tanker han/hun har om å redusere forbruket eller endre vaner. Dette kan stimulere til røykeslutt litt fram i tid.

Det virker motiverende for pasienten som røyker å hente frem erfaringer fra tidligere sluttforsøk

Oppmerksomheten rettes mot det som gjorde at pasienten klarte å være røykfri en liten stund: «Hva gjorde at du klarte å la være å røyke den første dagen?» Gi ros dersom hun/han har klart å slutte tidligere. Det kan gi et godt samtaleklime.

Eksempel på spørsmål:

- Hva synes du er positivt med røyken? Hva synes du er negativt?
- Hva ville være fordelene ved å fortsette røyke? Hva ville være ulempene?
- Hva vil du savne med røyken dersom du slutter?
- Hva ville blitt bedre om du ble røykfri?
- Har du prøvd å slutte tidligere? Hvor lenge har du klart å være røykfri? Hvordan klarte du å holde deg røykfri?
- Hva tror du kan bli vanskelig nå? Hva kan du gjøre for at det skal bli lettere?
- Ønsker du å snakke med en veileder på en frisklivssentral?

3.4 Hjelpetilbud for dem som vil slutte å røyke

Frisklivssentraler

En frisklivssentral er en helsefremmende og forebyggende kommunal helsetjeneste som gir tilbud om hjelp til endring av levevaner, primært innenfor områdene fysisk aktivitet, kosthold og tobakk.

Informasjon om frisklivssentraler finnes på helsedirektoratet.no og helsenorge.no.

Tobakksavvenningskurs

Frisklivssentralen gir hjelp til røykeslutt gjennom tobakksavvenningskurs og/eller individuell veiledning.

Røykesluttkurs og individuell veiledning i røykeslutt er like effektivt med henblikk på slutterate (26).

Røykesluttgrupper er mer effektive som hjelp til røykeslutt enn kun selvhjelpsmateriell. Sjansen for å lykkes med røykeslutt er omtrent doblet sammenliknet med å slutte uten noen form for støtte (27;28).

Digitale hjelpemidler

På slutta.no finnes gode råd og nyttig informasjon til de som vil slutte å røyke og snuse. Her finnes også oversikt over ulike verktøy for å slutte med røyk eller snus. Eksempel på verktøy som kan være til hjelp for mange i en slutteprosess er Facebooksiden Slutta – din røykeslutt og appen Slutta.

Visittkort til Slutta-appen og annet materiell kan bestilles på helsedirektoratet.no.

3.5 Redusere antall sigaretter

Det er viktig å gi positiv tilbakemelding til pasienter som er i gang med eller ønsker å redusere antall daglige sigaretter. Det er et skritt i riktig retning, og kan for noen gjøre det enklere å oppnå røykfrihet senere. Å mestre reduksjon av antall daglig sigaretter kan gi økt tiltro til det å slutte helt. I studier er det blitt avdekket at gradvis planlagt reduksjon også kan være effektivt. Å redusere eller å slutte brått har vist sammenlignbare resultater i randomiserte kontrollerte studier og kombinerte resultater fra studier har ikke vist at en av metodene er bedre enn den andre (17). Andre studier i «real life setting» har derimot vist bedre resultater av brå slutt (18). Det viktigste er å oppfordre til slutforsøk. Den som ønsker å slutte bør støttes i personlig valg av sluttemetode. Det sentrale i røykeavvenningsarbeidet er at pasienten får kjennskap til ulike hjelpemidler, velger den metoden han/hun selv ønsker og legger en plan for røykeavvenningsforsøket (19).

3.6 Røykeslutt for pasienter med psykiske lidelser

Høyere nikotinavhengighet

Sammenliknet med personer som røyker i den generelle befolkningen, har voksne med depresjon oftere høyere grad av nikotinavhengighet, større risiko for humørforandringer ved nikotinabstinens og høyere risiko for tilbakefall (56).

Røykeprevalens og daglig sigarettforbruk er vesentlig høyere hos pasienter med psykiske lidelser enn i gjennomsnittsbefolkningen. Hos pasienter med psykiske lidelser er røykeraten omtrent det dobbelte av i populasjonen uten psykiske lidelser. Røykeandelen er enda høyere hos pasienter med schizofreni og andre alvorlige psykiske lidelser (60). Internasjonale studier viser røykeprevalens på 50-80 prosent (61). Britiske tall tyder på at motivasjonen for å slutte å røyke er omtrent lik blant pasienter med psykiske lidelser som i den generelle befolkningen (110).

Røykeslutt forebygger og bedrer psykisk så vel som fysisk sykdom

Røykeslutt er vist å bedre depresjon, angst og stress samt gi bedret livskvalitet. Abstinenssymptomer som uro, nedstemthet og irritabilitet oppstår imidlertid ofte ved røykeslutt og kan feiltolkes som endring av sykdommen. Mange pasienter kan derfor trekke slutningen at nikotin bedrer deres psykiske tilstand, mens nikotinet i realiteten kun demper abstinenssymptomene. Abstinensplager er sterkest i perioden like etter røykeslutt. Etterhvert (innen et par måneder) oppstår en nevroadaptasjon til varig nikotinmangel og abstinenssymptomene gir seg (62-64).

Behov for sammensatte tiltak og lengre behandlingstid

Å legge til atferdsterapi i tillegg til et standardisert røykeavvenningsprogram som inkluderer samtaler og legemidler til røykeslutt, synes å øke langtids slutterate i denne gruppen (56).

Det er en svært høy andel røykere og høy nikotinvhengighet blant pasienter med alvorlige psykiske lidelser som for eksempel schizofreni (65). Tung røyking hos pasienter med schizofreni har vist økt risiko for selvmord (63). Cochraneoppsummering om røykeavvenning for pasienter med schizofreni angir at bupropion har vist effekt på slutterate hos pasienter med schizofreni uten å forverre grunnlidelsen. Vareniklin har også vist resultater, men psykiske bivirkninger kan ikke utelukkes (57).

Justere dosering av nevroleptika

For pasienter som bruker nevroleptika, er det viktig å justere dosen dersom pasienten slutter å røyke. Ved røyking økes metabolismen av flere legemidler, blant annet nevroleptika. Anbefalt dosering av nevroleptika er basert på at pasienten røyker. Ved røykeslutt, eller for ikke-røykere, kan nevroleptikadosen bli for høy og gi økte bivirkninger (63).

3.7 Røykfri før operasjon

Tilby røykeavvenning ved henvisning til elektiv operasjon

Fastlegen bør tilby hjelp til røykeavvenning til alle pasienter som røyker og som søkes inn til elektiv operasjon eller til vurdering for dette.

Mer komplikasjoner hos dem som røyker

Postoperative komplikasjoner resulterer i økt morbiditet, mortalitet og forlenger sykehusopphold og rekonvalesens. Pasienter som røyker, har en betydelig økt risiko for komplikasjoner i forbindelse med kirurgiske inngrep, både under inngrepet og postoperativt (58). Røykeslutt reduserer risikoen for slike komplikasjoner (59). I forbindelse med operasjon kan pasienter som røyker være ekstra motiverte for å gjøre et sluttetforsøk. Derfor kan den preoperative perioden representere en gyllen anledning for røykeslutttiltak (58).

Røykere har økt slimproduksjon i luftveiene og nedsatt flimmerhårfunksjon. Mer slim i lungene øker infeksjonsrisikoen. Immobilisering i forbindelse med kirurgi gir større risiko for denne typen komplikasjoner – særlig blant røykere. Lungefunksjon forbedres omlag åtte uker etter røykeslutt (58). Røyking gir dårligere sårtilheling på grunn av O₂-deprivasjon. Røykeslutt resulterer i bedret O₂-leveranse til sårvev (59).

Nikotineffekter

Nikotin gir økt adrenerg aktivitet med økt puls og blodtrykk og systemisk vaskulær motstand. Korttidseffekter grunnet økt konsentrasjon av karbonmonoksid og nikotin i blodet forsvinner 24-48 timer etter røykeslutt. Effekten av nikotin og CO skaper en ubalanse mellom forbruk og tilførsel av O₂ hos røykere. Ved anestesi og kirurgi, som er en ekstra belastning for det kardiovaskulære system, kan denne ubalansen forverres, og vitale organer kan settes i en hypoksemisk tilstand.

Røykeslutt gir redusert risiko for komplikasjoner

Røykeslutt før operasjon gir redusert risiko for komplikasjoner, og tiden før operasjon er derfor en svært god anledning for å sette i gang med tiltak for røykeslutt. En Cochrane-oppsummering fra 2014 evaluerte ulike tiltak for røykeslutt før operasjon – deriblant atferdsterapi, bruk av legemidler til røykeslutt (nikotinlegemidler, vareniklin), skriftlig materiell og rådgivning – enten i kombinasjon eller hver for seg. Studiene inkluderte pasienter som ventet på ulike operasjoner.

Konklusjonen var at intensive tiltak som flere rådgivningssesjoner ansikt-til-ansikt samt tilbud om legemidler til røykeslutt, med oppstart 4-8 uker før elektiv kirurgi, økte slutteraten både på kort og lang sikt.

Intensive intervensjoner reduserte i tillegg postoperativ morbiditet. Også enkle intervensjoner økte preoperativ røykeslutt. Enkle intervensjon økte imidlertid ikke langvarig slutterate eller reduserte postoperativ morbiditet. Ved 12-måneders oppfølging var det kun de intensive intervensjonene som viste signifikant effekt på røykeslutt. Oppsummeringen anbefaler at røykere som er satt opp for elektiv kirurgi oppfordres til å slutte, samt at de får tilbud om atferdsterapi i kombinasjon med legemidler til røykeslutt minst 4 uker før kirurgi (58).

Jo tidligere man slutter å røyke preoperativt, desto lavere blir forekomsten av postoperative komplikasjoner.

Men røykeslutt tett opptil operasjon har også effekt (59). Hva som er det optimale tidspunkt for oppstart av slutteintervensjon før kirurgi, er ikke endelig fastslått.

3.8 Praktiske råd for legekantoret

Dersom fastlegen ikke har kapasitet til å gjøre mer enn en minimal intervensjon, må legen sørge for at pasienten får nødvendig oppfølging.

Tiltak uten bruk av legetid som er vist å øke slutteraten (97): røykfritt inngangsparti, plakater og informasjon om sluttetilbud, brosjyrer om tobakksavvenning på venteværelset.

Inngangspartiet skal være røykfritt. På venterommet bør det være informasjon om helseskader ved røyking og om hva legekantoret og eventuelt andre kanaler kan tilby av hjelp. Dette gir tydelige signaler til både personalet og pasienter om hvor skadelig det er å røyke og viktigheten av å være røykfri. Et "aktivt" venterom forbereder også pasientene på å snakke om røyking med legen. Materiell kan bestilles fra helsedirektoratet.no.

Informer pasientene om slutta.no og om frisklivssentralen eller andre røykeavvenningstilbud i nærheten. For å vite hvor det er frisklivstilbud, se oversikten over frisklivssentraler på helsedirektoratet.no.

Medarbeidere som ressurs i oppfølgingsarbeidet

Det er vist at effekten av støttesamtaler i røykeavvenningsperioden forsterkes ved at flere involveres i prosessen. Medarbeidere bør opplæres i teknikker for røykeavvenning og kan overta en del av konsultasjonene og følge opp telefonisk. Dette kan være et nyttig bidrag for å holde motivasjonen oppe. En eventuell glipp vil kunne fanges opp slik at pasienten får konsultere legen raskere enn planlagt. Medarbeideren bør/kan også ta kontakt med pasienten for å gi en påminnelse om avtalt konsultasjon. Dette kan være en viktig faktor for å hindre at pasienten uteblir hvis han/hun har begynt å røyke igjen.

Det er viktig å dokumentere resultatet av en samtale omkring røyking uansett om pasienten røyker eller ikke. Registrer alle pasienters røykestatus i journalen. Noter antall sigaretter per dag og dato for registrering og oppdater status jevnlig. Gratuler ikke-røykere og eks-røykere med at de fortsatt er røykfrie. Tilby hjelp dersom eks-røykere sliter med å holde seg røykfrie.

4 Bruk av legemidler til røykeslutt

4.1 Anbefaling 3: Alle som ønsker å slutte å røyke, bør vurderes med tanke på bruk av legemidler til røykeslutt

Både nikotinlegemidler, bupropion og vareniklin er egnede medikamenter til røykeavvenning.

En kunnskapsoppsummering fra 2013 viste at nikotinlegemidler og bupropion hjelper om lag 80 prosent flere til å bli røykfrie enn ved placebo. Vareniklin mer enn doblet sjansen for å bli røykfri sammenliknet med placebo. Videre hjalp vareniklin ca. 50 prosent flere til å slutte enn ved bruk av nikotinplaster og andre typer nikotinlegemidler, og 70 prosent flere enn ved bruk av nikotintyggegummi. Konklusjonen var at både nikotinlegemidler, bupropion og vareniklin øker sannsynligheten for røykeslutt. Samtlige var assosiert med lav risiko for utilsiktede hendelser (33).

Begrunnelse

Helsegevinsten ved røykeslutt er stor. Risikoen for avhengighet av nikotinlegemidler er generelt lav, og må sammenliknes med risikoen ved fortsatt røyking. Det vurderes slik at de som røyker daglig er nikotinavhengige, og mange vil derfor ha nytte av legemidlene. På den annen side er motivasjon viktig for å slutte å røyke, det er derfor nødvendig å jobbe med motivasjon og støtte gjennom prosessen.

I Norge er det registrert tre medikamentelle alternativer til hjelp ved røykeavvenning: nikotinlegemidler, bupropion og vareniklin. Legemidlene demper abstinensplagene, slik at den som skal slutte kan konsentrere seg om å bryte det innlærte røykemønsteret. Nikotinlegemidler tilfører nikotin, mens vareniklin blokkerer nikotinreseptorene i hjernen. Bupropion er et antidepressivum som virker ved å blokkere dopaminreopptaket, dette gir også en reduksjon av abstinenssymptomer. Både nikotinlegemidler, bupropion og vareniklin er egnede medikamenter til røykeavvenning.

Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten (Kunnskapscenteret) gjorde i 2010 en litteraturgjennomgang samt en nytte-/kostanalyse av legemidler til røykeavvenning under norske forhold (29;30).

Den gjennomgåtte litteraturen tilsier at legemidler til røykeavvenning er effektive. Den absolutte slutteraten varierer mellom studier, derfor angis resultatene som relative størrelser.

	Placebo relativ risiko (95 % KI)	Number needed to treat (8)	Kvaliteten på forskningsbasert kunnskap (GRADE)
Nikotinlegemidler	1,58 (1,50-1,66)	23	ÅÅÅ Moderat
Bupropion	1,69 (1,53-1,85)	18	ÅÅÅ Moderat
Vareniklin	2,33 (1,95-2,80)	10	ÅÅÅÅ Høy

(Legemidler til røykeslutt. Rapport fra Kunnskapscenteret nr 08 - 2010.)

Kvaliteten på forskningsbasert kunnskap: moderat. Styrken på anbefalingen: sterk.

Kunnskapscenteret oppsummerer med at både nikotinlegemidler, bupropion og vareniklin ansees som

kostnadseffektive sammenliknet med ingen behandling (30).

Den forskningsbaserte kunnskapen viser tydelig at vareniklin har best effekt, mens det er usikkert om hva som har best effekt av nikotinlegemidler og bupropion. Samtidig er det flest potensielle alvorlige bivirkninger knyttet til vareniklin og bupropion. Flere retningslinjer (10;11;31) understreker at pasientens ønsker og erfaringer skal vektlegges når man velger legemiddel til røykeavvenning. Dersom pasienten har mislykket tidligere med ett legemiddel kan han/hun være motivert til å prøve et annet ved et senere slutforsøk. Ved samtidig oppfølging og støtte på legekantoret vurderes risikoen for bivirkninger ved medikamentell støtte som liten i forhold til farene ved fortsatt røyking.

Cochrane collaboration kom i 2012 med en kunnskapsoppsummering om kombinert behandling med legemidler og samtaleintervensjoner for røykeavvenning (32). 42 studier og mer enn 20 000 deltakere ble inkludert. De fleste studiene brukte nikotinlegemidler. Samtaleterapi gikk i hovedsak over fire til åtte møter, vanligvis mer enn 30 min, men mindre enn 300 minutter. Basert på studiene konkluderes det med at legemidler i kombinasjon med samtalestøtte gir best effekt.

Praktisk

Veiledning og legemidler er begge viktige deler av intervensjonen røykeavvenning. For best effekt er det viktig at legemidlene blir brukt riktig. Pasientene behøver råd og informasjon om riktig legemiddelbruk.

Nikotinlegemidler selges uten resept og er tilgjengelige både på apotek og i dagligvarehandelen i Norge. Apotekene kan selge reseptfrie nikotinlegemidler til personer under 18 år. Ved kjøp av legemidlene utenom apotek er det en aldersgrense på 18 år ([Salg av legemidler utenom apotek](#)). Bupropion og vareniklin er reseptpliktige. Alle tre gruppene legemidler har dokumentert effekt. Valg av legemiddel bør skje i samråd med pasienten. Det er ikke refusjonsordninger for noen av disse legemidlene.

Bupropion og vareniklin er trolig ikke forbundet med risiko for avhengighet. Studier viser at 6-9 % av brukere av nikotintyggegummi fortsatt er brukere etter 0,5-1 år. Dette er ikke sett på som uheldig siden det å slutte med nikotintyggegummi kan føre til tilbakefall til røyking. Det er ikke vist at bruk av nikotintyggegummi over lengre tid har uheldige konsekvenser (114; 115).

Abstinensplager og bivirkninger

Røykeavvenning kan gi abstinensplager som delvis overlapper med rapporterte bivirkninger fra de reseptpliktige legemidlene til røykeavvenning. For detaljer om bivirkninger, forsiktighetsregler og kontraindikasjoner henvises til Statens legemiddelverks preparatomtaler som kan finnes på [legemiddelverket.no](#) eller til tekst i [Felleskatalogen](#). Det er plikt å melde inn alvorlige bivirkninger på alle legemidler og det oppfordres til å melde inn uventede bivirkninger. Se [bivirkningsmeldingsmelding for helsepersonell med meldeskjema](#) (legemiddelverket.no).

4.1 Nikotinlegemidler

Nikotinlegemidler har vært i bruk siden 1970-tallet. En Cochrane-oppsummering fra 2012, som er basert på 150 randomiserte kliniske studier, viste at nikotinlegemidler økte sjansen for å lykkes med å slutte å røyke med 50-70 prosent (34).

Studier har vist at kombinasjon av nikotinplaster og en type nikotinlegemiddel med raskere opptak (for eksempel tygggegummi) øker sannsynligheten for å lykkes (8;34;35). Foreløpige data tyder på at det å begynne behandlingen før sluttet dato, også kan øke sannsynligheten for å klare å slutte (34).

Nikotinlegemidler finnes i Norge som plaster, tyggegummi, sugetabletter, inhalator, munnspray og munnpulver i porsjonspose (per april 2015).

Nikotinlegemidler er generelt forbundet med få bivirkninger, men lokale irritasjoner kan forekomme. Den mest rapporterte bivirkningen ved bruk av plaster er ulike former for milde hudreaksjoner. For tyggegummi og sugetabletter er lett irritasjon i halsen, økt spyttutsondring i begynnelsen av behandlingen og ømhet i kjeveleddet vanligst. Kvalme, oppkast, magesmerter og dyspepsi er blant andre kjente bivirkninger.

Praktiske råd for bruk av nikotintyggegummi

Mange som bruker nikotinlegemidler bruker for lav dose, over for kort tid og/eller på feil måte. Nikotintyggegummi skal ikke brukes som vanlig tyggegummi. Pasienten bør informeres om riktig bruk av nikotintyggegummi.

Bruk av nikotintyggegummi

Ta en bit tyggegummi og tygg langsomt 8-10 ganger. Dette frigjør tilstrekkelig mengde med nikotin. Slutt deretter å tygge og la tyggegummien hvile i munnen der det føles bekvemt å ha den. Når smaken er blitt mye svakere, kan det tygges 6-7 ganger igjen. La deretter tyggegummien hvile i munnen til smaken forsvinner. Dette kan gjøres i 25-30 minutter. Etter dette er det meste av nikotinet frigjort fra tyggegummien slik at den kan kastes. Målet er å få nikotinopptak gjennom slimhinnene i munnen i stedet for at spyttet svelges. Opptak gjennom mageslimhinnen vil gi dårligere tilgjengelighet og irritere magesekken.

Selv om mange opplever rask effekt av nikotintyggegummi kan det ta om lag 20 minutter før nikotinet når maksimal effekt i hjernen. Ved røyking nås maksimal konsentrasjon i hjernen og maks effekt på få sekunder.

4.2 Bupropion

Studier viser at bupropion omtrent dobler sannsynligheten for å lykkes med røykeslutt. En kunnskapsoppsummering om bruk av antidepressiva til røykeslutt, så på 90 studier totalt og fant at bupropion sammenlignet med placebo ga en signifikant økning i slutterate 6 måneder etter røykeslutt. Legemiddelet kan være gunstig for å forhindre tilbakefall hos pasienter som allerede har klart å slutte å røyke (36).

Bivirkningene ved bruk av bupropion er søvnløshet, munntørrehet og kvalme. Bupropion kan også føre til krampeanfoll, risikoen ved anbefalt dosering anslås til 1 av 1000. Legemiddelet skal ikke skrives ut til gravide, ammende eller personer under 18 år. Kontraindikasjoner er bipolar lidelse, anorexia nervosa, bulimi, krampetendens, samtidig bruk av MAO-hemmere, brå avvenning fra alkohol eller benzodiazepiner.

4.3 Vareniklin

Studier viser at standarddose vareniklin (1mg to ganger daglig) vs. placebo øker sannsynligheten for å lykkes med røykeslutt (≥ 6 mnd.) med 2-3 ganger (37).

De viktigste bivirkningene ved vareniklin er kvalme, unormale drømmer og søvnløshet. Det er også rapportert tilfeller av mer alvorlige bivirkninger, bl.a. myokardinfarkt, hallusinasjoner, depresjon samt selvmordstanker, men en klar sammenheng har ikke blitt bekreftet. Vareniklin skal ikke skrives ut til gravide, ammende eller personer under 18 år.

En systematisk oversikt og metaanalyse fra 2015 har ikke funnet økt risiko for depresjon, suicidalforsøk eller suicid ved bruk av vareniklin, men fant noe økt risiko for søvnvansker, unormale drømmer og tretthet (104).

4.4 Ungdom under 18 år: Legemidler til røykeavvenning

Nikotinlegemidler kan brukes av personer under 18 år.

Av de få studiene som ser på bruk av nikotinlegemidler hos ungdom, har ingen vist at disse er effektive. Enkelte milde bivirkninger har blitt rapportert (50). Ungdommer som røyker er like nikotinavhengige som voksne. Risikoen ved bruk av nikotinlegemidler må sammenliknes med risiko ved fortsatt røyking. Risikoen ved fortsatt røyking er høyere enn risikoen ved bruk av nikotinlegemidler. Det er viktig å følge opp ungdommer som prøver å slutte å røyke og det vil i enkelte tilfeller bety å tilby støtte med nikotinlegemidler. Legen og pasienten må vurdere om pasienten kan greie å slutte uten bruk av nikotinlegemidler. Apotekene kan selge reseptfrie nikotinlegemidler til personer under 18 år. Ved kjøp av legemidlene utenom apotek er det en aldersgrense på 18 år (jfr. § 11 i [Forskrift om omsetning mv. av visse reseptfrie legemidler utenom apotek](#) og [Salg av legemidler utenom apotek](#)).

4.5 Gravide og ammende: Legemidler til røykeavvenning

Legemidler til røykeavvenning for gravide

Nikotinlegemidler kan i samråd med lege vurderes til bruk for gravide som ellers ikke klarer å slutte.

I underkant av 4 prosent av gravide i Norge røyker ved svangerskapets slutt (44). Også bruk av snus i svangerskapet er skadelig for fosteret. Vi har ikke tall på andelen som snuser i svangerskapet, men spørsmål om snusbruk er med på det nye helsekortet for gravide. Mors nikotininntak påvirker foster og spedbarn via blodforsyning og morsmelk. Gravide bør søke å bli røykfrie uten hjelp av legemidler eller snus eller e-sigaretter med nikotin. Ved behov må risikoen ved bruk av nikotinlegemidler nøye oppveies mot risikoen ved at mor fortsetter å røyke. Legen må derfor gjøre en vurdering i hvert tilfelle. Det er nødvendig å gi tilstrekkelig med informasjon og den gravide må gi samtykke til behandlingen i samsvar med reglene i pasientrettighetsloven kap. 3 og 4 (lov av 2. juli 1999 nr. 63).

Nikotinlegemidler medfører kun eksponering for nikotin, men ikke for de mange andre giftige stoffene i tobakksrøyk, f.eks. CO. Det er best om gravide klarer å slutte å røyke uten bruk av legemidler.

Det foreligger lite kunnskap om bruk av legemidler for røykeslutt i svangerskapet. Nikotinlegemidler er den eneste formen for legemidler til røykeslutt som har blitt testet ved RCTer under svangerskapet. Det er for lite evidens for å si hvorvidt nikotinlegemidler er effektive eller trygge når de brukes til røykeslutt i svangerskapet, eller for å si sikkert om nikotinlegemidler kan ha positive eller negative konsekvenser for fosteret eller den gravide. Det er ikke funnet at bruk av nikotinlegemidler under svangerskapet øker risikoen for dødfødsel (45;46).

En studie fant lavere kotininnivåer (kotlinin = hovedmetabolitten til nikotin) hos gravide brukere av nikotinlegemidler sammenlignet med hos gravide røykere. Siden metabolismen øker i svangerskapet, antas det at standarddose nikotinlegemiddel (i studien ble 15mg/16t nikotinplaster brukt) ikke tilfører en nikotindose som er stor nok til å bidra til røykeslutt eller lindre abstinenssymptomer hos gravide (47). Sammenlignet med røyking blir nikotinkonsentrasjonen i blodet lavere ved bruk av nikotinlegemidler, og nikotintilførselen skjer saktere.

Dersom nikotinlegemidler skal brukes bør tyggegummi, sugetabletter eller inhalator foretrekkes fremfor plaster, fordi den totale nikotindosen blir lavere med disse administrasjonsformene (9,11). Dersom noen gravide kvinner likevel bruker nikotinplaster bør disse rådes til å fjerne plasteret før de legger seg for natten (10).

Det er ingen studier på bruk av vareniklin eller bupropion i svangerskapet og disse anbefales ikke for bruk til gravide (48).

Legemidler til røykeavvenning for ammende

Nikotinlegemidler kan brukes av ammende som ellers ikke klarer å slutte. Bupropion eller vareniklin bør ikke brukes av ammende.

Vi er ikke kjent med RCT- studier som omhandler sikkerhet eller effekt av disse legemidlene hos ammende. Nikotin passerer fritt til brystmelk, mengden avhenger av nikotinkonsentrasjonen i blodet. Fordi nikotin i brystmelk ikke er så tilgjengelig gjennom oralt opptak, er det lite sannsynlig at denne lave eksponeringen er farlig for barnet (11).

En gjennomgang av tilgjengelige oppslagsverk/databaser konkluderte med at ammende ikke bør bruke bupropion. Produsenten fraråder anvendelse av preparatet hos denne gruppen. Både bupropion og stoffets metabolitter utskilles i morsmelk. I én kasuistikk fant man at bupropion/-metabolitter oppkonsentreres i melken. Imidlertid var det ingen akkumulering av verken bupropion selv eller nedbrytningsprodukter fra dette i barnets blod. Barnet hadde ingen bivirkninger (49). Det mangler informasjon om vareniklin og overgang til morsmelk. Vareniklin anbefales ikke brukt i ammeperioden.

For individuell rådgivning av legemiddelbruk ved graviditet og amming, kan helsepersonell henvende seg til [RELIS](#) eller Nasjonalt kompetansetjeneste for amming. Pasienter kan henvende seg til [Trygg Mammamedisin](#).

4.6 Pasienter med psykisk sykdom: Legemidler til røykeavvenning

Nikotinlegemidler, vareniklin og bupropion er effektive også ved psykisk sykdom.

Ved bruk av bupropion bør man være oppmerksom på legemiddelinteraksjoner og eventuelt justere dosen. Bupropion bør ikke gis ved bipolar depresjon (se oppdatert preparatomtale (SPC) som kan søkes opp på www.legemiddelverket.no/Legemiddelsoek).

Bupropion kan øke langvarig slutterate (≥ 6 mnd. oppfølgingstidpunkt) hos røykere med tidligere depresjon, men har ikke signifikant effekt for pasienter med pågående depresjon. Signifikant effekt av nikotinlegemidler hos pasienter med tidligere eller pågående depresjon er ikke funnet (56). Vareniklin kan øke slutteraten hos pasienter med depresjon (116).

Bupropion hjelper pasienter med schizofreni som røyker til å bli røykfrie (markant effekt ved slutten av behandlingsperioden som vedvarte 6 måneder etter behandlingsslutt). Bruk av bupropion medførte ikke store bivirkninger/forverring av grunnlidelsen. Vareniklin kan øke slutteraten hos pasienter med schizofreni. Kunnskapsoppsummeringen angir at mulige psykiatriske bivirkninger og selvmordsatferd ikke kan utelukkes (57). Nyere meta-analyser finner ikke økning i psykiatriske bivirkninger og suicidalitet (104;117).

4.7 Pasienter med kols: Legemidlene til røykeavvenning

Pasienter med kols, som fortsatt røyker, kan bruke nikotinlegemidler, bupropion eller vareniklin for å slutte å røyke (40).

Det finnes lite forskning på optimalisering av røykeavvenning for kolspasienter. Motiverte pasienter anbefales intervensjon i form av veiledning og legemidler til røykeslutt (41). Røykeslutt er den eneste behandlingen som kan bremse fallet i FEV1, utvikling av symptomer og øke overlevelse. Er pasienten ikke motivert for røykeavvenning, må fokus være å opparbeide motivasjon. Pasientene må følges nøye, også i røykeavvenningsprosessen. Vi vurderer det slik at risikoen ved fortsatt røyking er mye større enn risikoen ved å bruke legemidler for å slutte å røyke. Kolspasienter kan forventes å være mer nikotinavhengige enn røykere uten kols (42). Studier viser at pasienter med mild og moderat kols har like god effekt av vareniklin som dem uten kols (43). [Retningslinjer for kols har også et kapittel om røykeavvenning for pasienter med kols.](#)

4.8 Pasienter med hjerte- og karsykdom eller diabetes: Legemidler til røykeavvenning

Pasienter med hjerte- og kar-sykdom som røyker, kan bruke nikotinlegemidler, bupropion eller vareniklin for å slutte å røyke.

Fortsatt røyking fører til høyere dødelighetsrate etter hjerteinfarkt. Røykeslutt bedrer prognosen. Pasientene bør følges nøye i røykeavvenningsprosessen. Risikoen ved fortsatt røyking er større enn risikoen ved å bruke legemidler for å slutte (9;10).

Det er ikke vitenskapelig grunnlag for at pasienter med hjerte- og karsykdom eller diabetes ikke skal kunne bruke nikotinlegemidler ved røykeavvenning (51). Nikotin fra nikotinlegemidler opptas langsommere enn nikotin ved røyking, og kan trygt brukes av de aller fleste pasienter. De med stabil kardiovaskulær sykdom kan bruke nikotinlegemidler (11). Vareniklin er også funnet trygt (52). En studie av bupropion hos pasienter med hjerte- og karsykdom, fant at sikkerhetsprofilen er som hos andre (53). En studie fra 2013 så på bruk av bupropion i perioden like etter akutt hjerteinfarkt. Bupropion ble godt tolerert og syntes trygt å bruke (54).

En metaanalyse fra 2014 fant heller ingen risikoøkning for kardiovaskulære hendelser forbundet med bupropion eller vareniklin (55). For nikotinlegemidler ble det sett økt risiko for milde og ikke alvorlige bivirkninger, blant annet ulike arytmier. Det ble ikke funnet klar evidens for skadevirkninger av vareniklin eller nikotinlegemidler.

Nikotinlegemidler, bupropion eller vareniklin medvirker sannsynligvis ikke til høynet risiko for alvorlige kardiovaskulære hendelser.

4.9 Tobakk og interaksjon med legemidler

Tobakk inneholder stoffer som kan påvirke omsetningen av legemidler. Av de mange stoffene i tobakk er det de polysykliske aromatiske hydrokarbonene (PAH) som fører til oppregulering av cytokrom P450, ett av de metabolske enzymene i leveren. Nikotinet virker ikke inn på cytokrom P450 (66). Ved uforandret dose vil derfor legemiddelkonsentrasjonen kunne øke ved røykeslutt (16). Legen bør vurdere interaksjoner og eventuelt justere legemiddeldose når tobakk seponeres (67). Dette gjelder spesielt for marevan og nevroleptika.

4.10 Snus

Snus og røykeslutt

Det foreligger mangelfull dokumentasjon på hvorvidt snus er et egnet middel til røykeavvenning (77;86). Svenske autoritative publikasjoner er tydelige på at snus ikke er et røykeavvenningsmiddel (12;39).

Samtidig har man sett i Norge at omtrent hver fjerde mann som har sluttet å røyke, oppgir å ha sluttet ved hjelp av snus (6). En undersøkelse gjort av SIRUS (Statens institutt for rusmiddelforskning) viser at menn i alderen 20-50 år oppgir snus som hjelpemiddel ved røykeslutt. Studien viste at snus og vareniklin ga gode resultater med hensyn til røykeslutt, men at over 60 prosent av dem som hadde brukt snus som røykeavvenningsmiddel fortsatt brukte snus enten daglig eller av og til i etterkant. For nikotinlegemidler var andelen i underkant av ti prosent (87).

For et enkeltindivid som erstatter røyk med snus, vil dette innebære en reduksjon i helserisiko selv om nikotinhengigheten opprettholdes. Helsepersonell har lang erfaring i å vurdere individuelle tilfeller og å utøve klinisk skjønn. Det betyr at man i noen sammenhenger vil støtte pasienter som har forsøkt anbefalte metoder for røykeavvenning uten å lykkes, og som nå ønsker å prøve snus.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten gjorde i 2012 et systematisk søk på effekt av snus som

røykeavvenningsmiddel (108). Søket identifiserte tre mulige relevante systematiske oversikter og 15 mulige relevante randomiserte kontrollerte studier. Av de tre systematiske oversiktene var det to som så på sammenhengen mellom snus og røyking. De to systematiske oversiktene og de relevante enkeltstudiene konkluderer med at det foreligger for lite evidens som støtter bruk av snus som et effektivt røykeavvenningsmiddel. Snus er ikke en av Helsedirektoratets anbefalte metoder for røykeslutt. Hovedmålet er tobakksfrihet og å bidra til å forebygge nikotinvhengighet hos barn og unge.

Å slutte med snus

Svenske retningslinjer anbefaler at metodikken for røykeavvenning tilpasses det å slutte med snus (12). Det kan være store abstinensplager forbundet med snusslutt. Abstinensplagene er vanligvis borte to - fire uker etter at man har sluttet, og de er verst de første to -tre dagene.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten gjorde i 2012 et systematisk søk etter tiltak for snusavvenning (82). Søket identifiserte 13 relevante systematiske oversikter hvorav de mest aktuelle (tre av 13) omhandlet samme Cochrane-oppsummering om «smokeless tobacco» og oppdateringer av denne (83). Det ble også identifisert 74 randomiserte kontrollerte enkeltstudier. Om lag 60 av disse anses som særlig relevante.

Cochrane-oppsummeringen fra 2011, samt de aktuelle enkeltstudiene, slår fast at veiledning bør brukes for å hjelpe snusbrukere til å slutte. Oppsummeringen viser til at slutteraten (≥ 6 måneder etter snusslutt) var høyere i intervensjonsgruppen. Medikamentell støtte med nikotinlegemidler og bupropion ble ikke funnet å være effektive for å øke slutteraten. Til tross for manglende langtidseffekt, har nikotinlegemidler vist å øke kortvarig slutterate og dempe sug og abstinensplager blant snusbrukere som prøver å slutte. Under behandling reduserer bupropion suget og vektøkningen assosiert med snusslutt (84). Data fra en enkeltstudie viste at variniklin økte slutteraten (≥ 6 mnd.) blant snusbrukere (107).

Det er stilt spørsmål ved om en økt nikotindose i nikotinlegemiddelbehandling, samt kombinasjonsbehandling, vil være mer effektivt for å øke slutteraten blant snusbrukere (83;84;85).

Helserisiko ved bruk av snus

Snus er en type tobakk som ikke røykes, men som legges under leppen. Nikotinet tas opp via munnslimhinnen. Nikotineffekten kommer noe langsommere enn ved sigarettøyking, men nikotinkonsentrasjonen forblir høyere over lengre tid enn ved sigarettøyking. Eksponeringen for nikotin er noe større fra en dose snus enn fra en sigarett, men vil kunne variere med nikotinmengden i snusen som brukes og hvor lenge snusen er i munnen (80). Det er anslått at snusbrukere har snus i munnen i gjennomsnitt 11–14 timer/dag (78).

All bruk av tobakk medfører risiko for helsen, men sigarettøyking medfører høyere risiko for flere lidelser enn hva som sees ved snusbruk. Det ser ut til at en større andel av befolkningen er lite kjent med helserisikoen knyttet til tobakksproduktene, og noen oppgir snusbruk som like helseskadelig, eller mer helseskadelig, enn røyking (73;75).

Det foreligger ikke like mye forskning om helserisiko ved snusbruk som ved sigarettøyking. De senere årene har det likevel kommet flere oppsummeringer og ny forskning. Både WHO og en vitenskapelig komité i EU har klassifisert snus som kreftfremkallende (77;78;79).

Folkehelseinstituttet har gjort en gjennomgang av snus og helseskader i rapporten «Helserisiko ved bruk av snus» som kom i 2014 (80). Helsedirektoratet.no og helsenorge.no gir helsepersonell og befolkningen informasjon om helserisiko ved bruk av snus.

Snus merkes som helseskadelig

Snus omfattes av tobakkskadeloven. Dette innebærer blant annet at det er forbudt å reklamere for snus og å selge snus til personer under 18 år. Boksene skal også være merket med tekst som forteller om helseskadene ved bruk. EU har hatt et forbud mot å selge snus siden 1992. Sverige og Norge har et unntak fra dette forbudet, Danmark har et delvis unntak (76). Merkingen av tobakksprodukter er regulert av EU.

På bakgrunn av ny forskning på snus og helseskader og effekten av helseadvarsler siden forrige tobakksdirektiv fra 2001, har EU besluttet at helseadvarselen på snusbokser skal endres. Helseadvarselen endres fra at snus «kan være» helseskadelig og avhengighetsskapende til at snus «er» helseskadelig og avhengighetsskapende. I tillegg skal advarslene dekke minst 30 prosent av både for- og bakside av snusboksen. Dette implementeres trolig i Norge i løpet av første halvår 2017.

4.11 Elektroniske sigaretter

E-sigaretter og røykeslutt

Cochrane library kom i desember 2014 med sin første kunnskapsoppsummering om e-sigaretter. Oppsummeringen har inkludert studier til og med juli 2014. Den inkluderer 13 studier, 2 randomiserte kontrollerte studier (RCT) og 11 kohortstudier. De to RCT-ene inkluderte i alt 662 deltakere og sammenliknet e-sigaretter med placebo (non-nikotin). På grunn av små studier er resultatet gradert med "low" eller "very low" ved bruk av GRADE, noe som tilsier at nye studier med stor sannsynlighet kan endre konklusjonene (90).

Resultatene så langt tilsier at e-sigaretter med nikotin kan øke sannsynligheten for å slutte å røyke sammenliknet med e-sigaretter uten nikotin. Det kan ikke konkluderes i spørsmålet om e-sigaretter har større effekt enn nikotinplaster på grunn av lavt antall deltakere i den ene studien, som ser på dette (91). Men studien viste at de som brukte e-sigaretter, hadde større sannsynlighet for å halvere antall sigaretter de røykte, enn de som brukte nikotinplaster. Andre studier av lavere kvalitet, som ble inkludert i oppsummeringen, støttet disse funnene. Det ble ikke funnet evidens for at dobbeltbruk av e-sigaretter og konvensjonelle sigaretter gjorde det mindre sannsynlig å slutte med konvensjonelle sigaretter. Oppsummeringen angir også at det ikke ble sett at korttidsbruk (2 år eller mindre) ga økt helserisiko sammenliknet med røykere som ikke brukte e-sigaretter.

To reviewartikler (92) (93), som er gjort på nikotinholdige e-sigaretter som røykesluttmiddel, oppsummerer at studier så langt viser at e-sigaretter reduserer røyksug. De kan også bidra til å redusere antall sigaretter som røykes. Hajek et al (2014) skriver at foreløpige studier angir at e-sigaretter kan bidra også til langvarig røykeslutt. Grana et al (2014) skriver at foreløpige tall viser lavere sannsynlighet for å slutte å røyke konvensjonelle sigaretter ved å bruke e-sigaretter, og at det så langt ikke er sett at reduksjonen i antall sigaretter etterfølges av fullstendig slutt med konvensjonelle sigaretter. Det etterlyses flere studier med større utvalg. En metastudie konkluderer også med at tilgjengelig litteratur angir mulig effekt av e-sigaretter på røykeslutt, men at det er behov for ytterligere forskning på dette blant begge kjønn (94).

Statens institutt for rusmiddelforskning har laget en rapport om bruk av elektroniske sigaretter, [SIRUS rapport 1/2015](#) (112). Rapporten viser til to studier fra England, som så langt har de beste tallene på e-sigarettdruk: Økningen i e-sigarettdruk har blitt fulgt av at flere har sluttet å røyke konvensjonelle sigaretter, og at det har vært en fortsatt nedgang i røykeprevalens og ingen økt røykestart for sigaretter. Men rapporten angir at disse funnene ikke kan tolkes som at det nødvendigvis er kausal sammenheng. De fleste studier som er vist til så langt, har brukt førstegenerasjons e-sigaretter i sine forsøk. Andre og tredjegerasjons e-sigaretter/«vaporizers» kan være mer effektive for opptak av nikotin, og kan derfor komme til å gi andre resultater enn tidligere studier. I tillegg har flere studier rekruttert deltakere fra e-sigarettdforum på nettet, og det er usikkert hvor representative de er for den generelle røyker.

Hva er e-sigaretter?

Elektroniske sigaretter (e-sigaretter) er et produkt som kan brukes til inntak av damp gjennom et munnstykke, eller deler av et slikt produkt, herunder en patron, en tank og utstyret uten patron eller tank. Elektroniske sigaretter kan være til engangsbruk eller for gjenoppfylling ved hjelp av gjenoppfyllingsbeholder og en tank, eller oppladbar med engangspatroner. De vanligste ingrediensene er propylenglykol, glyserol, smaksstoffer og eventuelt nikotin. Forbrenning skjer ved lavere temperatur og nikotinet tas opp gjennom slimhinnene, og ikke i lungene slik som ved bruk av konvensjonelle sigaretter (88, 89).

Se helsenorge.no og helsedirektoratet.no for mer informasjon om e-sigaretter og regelverk. Helseerisiko ved bruk av e-sigaretter er også omtalt på helsedirektoratet.no.

5 Vanlige utfordringer ved røykeslutt

Abstinensplager

På grunn av nikotinavhengighet oppstår abstinensplager ved røykeslutt. De vanligste symptomene er røyksug, uro, angst, rastløshet, irritabilitet, konsentrasjonsvansker, søvnforstyrrelser eller depresjon. De fleste av disse symptomene gir seg i løpet av to-fire uker (69). Pasientene trenger tett oppfølging i denne perioden. Snakk med pasienten om hvordan han/hun kan takle abstinens. Studier har vist at fysisk aktivitet kan dempe abstinensplager ved røykeslutt (70). På den andre siden kan kaffe kan forverre abstinenssymptomene (71). Det kan derfor være til hjelp å kutte ned kaffeforbruket ved røykeavvenning. Det kan i tillegg være hensiktsmessig å være forsiktig med alkohol, på grunn av lavere impuls kontroll ved alkoholinntak. Både kaffe og alkohol kan være risikofaktorer for tilbakefall etter røykeslutt (17).

Kartlegge nikotinavhengighet

Nikotinavhengighet kan kartlegges ved å spørre om antall sigaretter per dag og hvor raskt personen tar den første røyken om morgenen. De som røyker mer enn ti sigaretter daglig og tar sin første røyk innen 30 minutter etter at de har stått opp, har sterk avhengighet.

Bruk av legemidler til tobakksavvenning kan dempe abstinenser.

Vektøkning

Gjennomsnittlig vektøkning ved røykeslutt er 4-5 kg etter 12 måneder, men om lag 10 prosent går opp mer enn 10 kg (71;72;111). Noen går også ned i vekt etter røykeslutt. Mange røykere bekymrer seg for vektoppgang. Noe av årsaken til at man kan forvente vektoppgang, er at nikotin øker basalstoffsifte med om lag 10 prosent. I tillegg er det mange som erstatter sigaretten med å putte noe annet i munnen. Utsiktene for å lykkes med røykeslutt er antakeligvis begrenset for dem som i stor grad bekymrer seg for vektøkning. Enkelte studier viser at vektøkning kan resultere i gjenopptak av røyking etter et initialt vellykket sluttforsøk. Det er viktig å formidle at helseerisikoen ved å fortsette å røyke overstiger helseerisikoen ved de moderate vektøkningene (17). Dette gjelder også ved vektoppgang på over 10 kg. For denne gruppen bør tiltak for vektkontroll/-reduksjon igangsettes fremfor gjenopptak av røyking (18). Det anbefales å oppmuntre til økt fysisk aktivitet og fokus på kosthold i forbindelse med røykeslutt (17;18). Spør gjerne også pasienten selv om hva han/hun kan gjøre for å forebygge vektøkning.

Forebygge vektøkning

En Cochrane Review fra 2012 evaluerte ulike forebyggende intervensjoner for vektøkning etter røykeslutt (73). Tiltakene omfattet bl.a. fysisk aktivitet, kognitiv adferdsterapi (CBT), vareniklin, bupropion og nikotinlegemidler. Det forelå evidens for at fysisk aktivitet begrenset vektøkning etter røykeslutt ved 12 måneders oppfølgingsstidspunkt. Verken bruk av vareniklin, bupropion, eller nikotinlegemidler viste en langtidseffekt (>12 mnd. etter røykeslutt) på forebygging av vektøkning, men bruken hadde effekt under selve behandlingstiden (<12 mnd. etter røykeslutt). Evidensen for at farmakoterapi kan ha en moderat effekt for å forebygge vektøkning 1 år etter røykeslutt, kan imidlertid ikke utelukkes. Deltakere som mottok kognitiv adferdsterapi (CBT), for lettere å akseptere moderat vektøkning 12 måneder etter røykeslutt, ble vurdert opp mot en kontrollgruppe som ikke fikk CBT. Vektøkningen var lavere i CBT-gruppen, men ikke signifikant (73).

På bakgrunn av et noe tynt kunnskapsgrunnlag er det behov for videre studier for å kunne komme med klare anbefalinger om hvordan forebygge vektøkning ved røykeslutt (73;74). Mer informasjon omkring tobakk og vekt finnes i brosjyren «Tobakk og vekt» som kan bestilles på helsedirektoratet.no. Tilby gjerne pasienten en brosjyre.

6 Andre lands retningslinjer

En gjennomgang av gjeldende retningslinjer for røykeavvenning fra Danmark, Sverige, Storbritannia, Australia, New Zealand og USA er presentert ovenfor. Disse landene er valgt på grunn av tilgjengelighet, språk og/eller likhet med Norge.

Alle retningslinjene anbefaler intervensjoner for røykeslutt, individ- eller gruppebasert og alle angir nytte av legemidler til røykeslutt.

6.1 Danmark

De [danske retningslinjene for behandling av tobakksavhengighet](#) (106) fra 2011 har følgende ti anbefalinger:

1. Effektiv behandling av tobakksavhengighet nødvendiggjør som regel gjentatte tilbud om røykesluttstøtte, da mange ofte må gjennom flere sluttforsøk. Tobakksavhengige har livslang tilbakefallsrisiko. Tobakksavhengighet kan i så måte sammenliknes med en kronisk lidelse.
2. Det finnes effektiv behandling som øker sannsynligheten for varig røykeslutt.
3. Behandling av tobakksavhengighet er både klinisk effektivt og særdeles kostnadseffektivt i forhold til andre forebyggingstiltak og andre behandlinger i helsevesenet.
4. Kartlegging av røykestatus er essensielt. Alle bør oppmuntres til å gjøre sluttforsøk. Det er essensielt at helsepersonell systematisk identifiserer og dokumenterer røykestatus og anbefaler bruk av kunnskapsbaserte tiltak for røykeslutt som øker slutteraten signifikant.
5. Den mest effektive behandling av tobakksavhengighet er en kombinasjon av rådgivning og legemidler til røykeslutt.
6. Røykeslutrådgivning er dokumentert effektivt i seg selv. Både individuelt, i grupper og per telefon. De viktigste elementer er praktisk rådgivning (problemløsning og trening av ferdigheter) samt sosial støtte.
7. Korte røykesluttintervensjoner på få minutter er hensiktsmessige og alle klinikere bør som et minimum tilby dette til alle som røyker.
8. Legemidler til røykeslutt er dokumentert effektivt i seg selv. Nikotinlegemidler, bupropion og vareniklin er førstevalg. Valg av legemiddel beror på den enkeltes avhengighet, preferanser, tidligere erfaringer, samt eventuelle kontraindikasjoner.
9. Det foreligger ikke tilstrekkelig evidens for rutinemessig å anbefale legemidler til røykeslutt til følgende grupper: unge, gravide, de som røyker færre enn 10 sigaretter pr. dag, og snusbrukere.
10. Røykere som ikke er motivert for røykeslutt nå, bør tilbys motiverende samtale som øker sannsynligheten for røykeslutt i fremtiden.

6.2 Sverige

[Svenske retningslinjer for sykdomsforebyggende metoder](#) (2011) gir følgende råd og anbefalinger (12):

1. Kvalifisert helsepersonell bør gi rådgivende samtaler – individuelt eller i gruppe – til voksne røykere.
2. Helsevesenet bør tilby proaktiv telefonrådgivning til voksne røykere.
3. Helsevesenet kan tilby IKT-basert veiledning til voksne personer som røyker.
4. Nikotinlegemidler, vareniklin og bupropion kan brukes som supplement til rådgivende samtaler ved røykeavvenning hos voksne dagligrøykere.
5. Helsevesenet bør tilby rådgivende samtaler til gravide/ammende røykere samt til foreldre og andre

- røykende omsorgspersoner.
6. Gravide og ammende snusbrukere bør få rådgivningssamtaler.
 7. Røykere som skal opereres, bør tilbys rådgivningssamtaler i kombinasjon med nikotinlegemidler.

6.3 Storbritannia

[Britiske retningslinjer for røykesluttjenester](#) (sist revidert i 2013) gir disse anbefalingene (10):

1. Nikotinlegemidler, vareniklin eller bupropion bør etter en vurdering tilbys røykere som planlegger å slutte.
2. Ved nikotinlegemiddelbruk hos røykere i alderen 12-17 år, gravide/ammende samt blant pasienter med ustabil kardiovaskulær sykdom, skal det informeres om fordeler og risiko.
3. Dersom nikotinlegemidler forordnes ungdom (12-17 år) med høy motivasjon for røykeslutt og sterk nikotinavhengighet, skal det skje under tett oppfølging.
4. Helsepersonell bør spørre pasienter om enhver form for tobakksbruk.
5. Det skal gis råd og oppmuntring for å hjelpe røykere med slutforsøk. Informasjon om helserisiko ved passiv røyking bør inngå.
6. Samtlige tobakksbrukere bør tilbys atferdsterapi, rådgivning og legemidler til røykeslutt – separat eller i kombinasjon. Tilpassede råd, veiledning og støtte bør spesielt gis tobakksbrukere fra vanskeligstilte grupper – eksempelvis minoriteter.
7. Vareniklin eller bupropion bør ikke tilbys til unge <18 år og gravide/ammende.
8. Vareniklin og bupropion kan gis til pasienter med ustabile kardiovaskulære tilstander etter en skjønsmessig vurdering.
9. Nikotinlegemidler, vareniklin og bupropion skal ikke foreskrives kombinert.
10. Gravide bør informeres om at røyking er fosterskadelig, og at passiv røyking er risikabelt. Nytte kontra risiko forbundet med nikotinlegemidler bør drøftes med ammende som har forsøkt, men som ikke har lyktes med røykeslutt uten hjelpemidler.
11. Gravide som bruker nikotinplaster bør fjerne plasteret før sengetid.
12. Mødre, deres partnere og øvrige røykende familiemedlemmer, bør orienteres om risikoen passiv røyking utgjør for barn.

6.4 Australia

[Australske røykeslutsretningslinjer for helsepersonell](#) (2011) kan oppsummeres slik (68):

1. Råd om røykeslutt fra helsepersonell motiverer til slutforsøk og øker slutteraten.
2. Ved rutinekonsultasjoner bør enhver som røyker tilbys konkrete råd om røykeslutt.
3. Oppfølgingstiltak øker slutteraten, begrenser tilbakefall og bør tilbys tidligere røykere i avvenningsperioden.
4. Legemidler (nikotinlegemidler, vareniklin, bupropion) er nyttig for røykere som ønsker å slutte. I fravær av kontraindikasjoner bør røykere med nikotinavhengighet tilbys legemidler som hjelp til røykeslutt.
5. Kombinasjon av ulike legemidler kan vurderes hvis pasienten ikke klarer å slutte helt, eller hvis abstinenssymptomer blir for ubehagelige. Ved høy grad av nikotinavhengighet er kombinasjonsbehandlinger mer hensiktsmessige enn én behandlingsform alene. Valg av legemiddel baseres på legens vurdering og pasientens ønsker.
6. Det finnes ikke holdepunkter for at nikotinlegemiddelbruk er forbundet med større risiko hos pasienter med stabil hjerte-karsykdom. Uansett må forsiktighet utvises ved bruk av nikotinlegemidler hos pasienter som nylig har gjennomgått hjerteinfarkt, ustabil angina, alvorlige arytmier eller cerebrovaskulære hendelser.
7. Det er mangelfull evidens om hvorvidt nikotinlegemidler trygt kan brukes av gravide/ammende. Bruk kan være aktuelt hvis fordelene overstiger bivirkningsrisikoen.
8. Sikkerhetsdokumentasjon vedrørende bruk av legemidler til røykeslutt i svangerskapet er utilstrekkelig,

men internasjonale retningslinjer anbefaler nikotinlegemidler hos enkelte, jf. ovenstående punkt.

6.5 New Zealand

[New Zealand har retningslinjer for røykeslutt](#) (oppdatert 2014) som inneholder følgende kjernebudskap (11):

1. Leger og annet helsepersonell skal gjennomføre minimal intervensjon (ABC) og tilby kort veiledning i røykeslutt. Dette skal noteres i pasientens journal.
2. Alle helsearbeidere som røyker skal bli oppmuntret og få støtte til røykeslutt.
3. Helsepersonell skal få opplæring i å spørre om røykevaner og hvordan gi effektiv og kort veiledning i røykeslutt. I tillegg til kompetanse på behandling skal de kunne henvise dem som ønsker hjelp til røykeslutt.
4. Helsepersonell som skal gi veiledning i røykeslutt skal få opplæring som gir dem kompetanse til å tilby kunnskapsbaserte intervensjoner.
5. Helsepersonell som er utdannede røykesluttveiledere må sette av tilstrekkelig tid til å gi veiledning.
6. Røykesluttveiledning bør omfatte minst fire oppfølgingsmøter.
7. Veiledning i røykeslutt er effektivt både individuelt og i gruppe.
8. Helsepersonell skal tilby hjelp til røykeslutt til alle som vil gjøre et nytt sluttetforsøk. Tidligere sluttetforsøk må tas med i planleggingen.
9. Nikotinlegemidler bør tilbys rutinemessig til personer som ønsker å slutte å røyke. Personens preferanse skal avgjøre valg av preparat.
10. Nikotinlegemidler kan brukes for å motivere til redusert røyking før sluttetdatoen.
11. Nikotinlegemidler bør brukes i minst 8 uker. De som har behov for legemidlene utover dette, kan fortsette bruken.
12. Kombinasjonsbehandling med nikotinlegemidler (f.eks. depotplaster og tyggegummi) øker slutteraten.
13. Personer med hjerte- karsykdom kan bruke nikotinlegemidler. Gravide kan bruke nikotinlegemidler etter at de har fått informasjon og det har blitt gjort en avveining av fordeler og ulemper. Plaster skal fjernes om natten. Nikotinavhengige ungdommer (12-18) kan bruke nikotinlegemidler dersom helsepersonell vurderer at legemidlene kan hjelpe dem til røykeslutt.
14. Bupropion kan tilbys som effektiv medikasjon for personer som ønsker å slutte å røyke. Personens preferanser og eventuelle kontraindikasjoner og forsiktighetsregler skal ivaretas under vurdering av bruk.
15. Personer som bruker bupropion bør følges opp med hensyn til bivirkninger.
16. Nortryptilin kan tilbys som effektiv medikasjon for dem som ønsker å slutte å røyke. Personens preferanser skal ivaretas ved vurdering av bruk så lenge eventuell risiko har blitt diskutert med helsepersonell.
17. Personer som bruker nortryptilin bør følges opp med hensyn til bivirkninger.
18. Vareniklin kan tilbys som effektiv medikasjon for dem som ønsker å slutte å røyke. Personens preferanser og kriteriene for forskrivning (for New Zealand red.adm) skal ivaretas ved vurdering av bruk så lenge kontraindikasjoner og forsiktighetsregler har blitt diskutert med lege.
19. Personer som bruker vareniklin bør følges opp med hensyn til bivirkninger.

Utvalgte grupper:

- Det skal tilbys effektiv slutttehjelp til unge (12-18) som røyker. Se også pkt. 13 (nikotinlegemidler).
- Helsepersonell skal gi kort veiledning i røykeslutt til gravide og ammende som røyker. Se også pkt. 13 (nikotinlegemidler).
- Helsepersonell skal tilby (uten forsinkelser) alle gravide og ammende som røyker hjelp til røykeslutt. Opplegget skal omfatte flere oppfølgingsmøter med veiledning fra kvalifiserte sluttveiledere.
- Kvinner som har hatt et røykfritt svangerskap må tilbys hjelp til å forbli røykfrie etter fødselen. Det skal gis informasjon om fordelene ved røykfrie hjem og biler.
- Helsepersonell skal tilby kort veiledning i røykeslutt til alle innlagte personer pasienter som røyker. Pasientene skal også få tilbud om nikotinlegemidler for å få dempet abstinenssymptomer.
- Et strukturert opplegg med flere møter, intensiv veiledning og legemidler bør tilbys alle innlagte pasienter

som røyker og ønsker hjelp til å slutte. Oppfølging bør gis minst en måned etter utskrivning.

- Helsepersonell skal gi råd om røykeslutt til alle pasienter på sykehus som venter på kirurgi og tilby dem røykeslutthjelp.
- Helsepersonell skal gi råd om røykeslutt til foreldre og familier til innlagte barn, og tilby røykeslutthjelp.
- Alle som røyker og som får behandling for rusavhengighet bør få tilbud om hjelp til røykeslutt.

6.6 USA

[Amerikanske retningslinjer](#) (2008) for behandling av tobakksbruk og avhengighet presenterer følgende kjernepunkter (22):

1. Tobakksavhengighet er en kronisk sykdom som gjerne krever forskjellige intervensjoner og mange sluttforsøk.
2. Det er viktig å kartlegge tobakksstatus, og behandle enhver tobakksbruker som er i kontakt med helsevesenet.
3. Individ-, gruppe- og telefonrådgivning er virkningsfullt.
4. Effektive legemidler finnes, og klinikere bør sørge for at de brukes av samtlige pasienter som forsøker å slutte å røyke. Unntaket er når det foreligger kontraindikasjoner eller hos pasientgrupper der det ikke er tilstrekkelig evidens for at preparatene er effektive, f.eks. gravide, snusbrukere, ungdom og de som røyker <10 sigaretter/dag.
5. Følgende legemidler øker langsiktig slutterate: Bupropion, nikotinlegemidler og vareniklin (kombinasjoner kan vurderes).
6. Hvis en tobakksbruker er lite motivert til å gjøre et sluttforsøk, bør motivasjonsbyggende tiltak iverksettes. Bruk av samtalemetoden motiverende intervju (MI) er et eksempel.

7 Bakgrunn

Røykeavvenning nytter

Å slutte å røyke er den viktigste enkeltfaktoren for å forebygge sykdom og død. I de ti årene fra 2004 til 2014 ble andelen dagligrøykere halvert i Norge. Se oppdatert statistikk på [Statistisk Sentralbyrå](#).

Verdens Helseorganisasjon (WHO) har satt i gang et stortilt arbeid med ikke-smittsomme sykdommer. 25 prosent reduksjon i for tidlig død av kreft, hjerte- og karsykdommer og diabetes innen 2025 er et høyt mål. For at Norge skal nå dette mål tobakksbruken reduseres kraftig og det er beregnet at tobakksbruk må reduseres med minst 30 prosent (2). Den store nedgangen i dagligrøyking har først og fremst kommet av at færre unge begynner å røyke. I 2015 var det fire prosent dagligrøykere i alderen 16-24 år. For å få til en reduksjon i for tidlig død av de ikke-smittsomme sykdommene, som alle er nært forbundet med tobakksbruk, må mange som røyker i dag slutte. Det holder ikke bare å hindre nyrekruttering. Det er aldri for sent å slutte. Om lag 80 prosent av befolkningen har hatt kontakt med sin fastlege i løpet av det siste året (3). Det gjør at fastlegens kontor er det naturlige stedet for å ta opp tobakksvaner og å tilby hjelp til tobakksavvenning.

Folkehelseinstituttet har i "Folkehelse rapporten 2014" oppgitt at om lag 6600 nordmenn dør av røykerelatert sykdom hvert år (105) og hjerte- og karsykdom og kreft tar flest liv (4). Om lag 85-90 prosent av lungekrefttilfellene er forårsaket av røyking. Dødsfall på grunn av lungekreft er fortsatt økende for kvinner, men er nedadgående for menn. Årsaken ligger i røykevanene flere tiår tilbake: Kvinner tok opp menns røykevaner i 1970-årene, forbrukstoppen blant kvinner kom først rundt 1990. Fra midten av 1990-tallet har menn og kvinner hatt nokså like røykevaner (5).

Andelen som røyker daglig er høyest i lave sosioøkonomiske grupper. Det er langt færre dagligrøykere i gruppen med høyskole- og universitetsutdanning enn i gruppen med grunnskole som høyeste utdanningsnivå. De store

negative helsemessige konsekvenser ved røyking gir sosiale ulikheter i helse (105). Å bidra til røykeslutt vil bidra til utjevning av sosial ulikhet.

Om lag halvparten av alle som røyker daglig har intensjoner om å slutte å røyke i løpet av det neste halve året, mens om lag en av åtte ønsker å slutte i løpet av en måned. Om lag 60 prosent av dem som røyker daglig oppgir at de ikke tror de fortsatt røyker om fem år (6).

WHO gjennomførte i april 2010 en gjennomgang av tobakksarbeidet i Norge og etterlyste et systematisk tilbud om tobakksavvenning (7). På bakgrunn av dette fikk Helsedirektoratet i oppgave å utarbeide et plan for et mer systematisk og kunnskapsbasert tilbud om tobakksavvenning.

[Helsedirektoratets plan for et systematisk og kunnskapsbasert tilbud om røyk- og snusavvenning](#) (113) skisserer en struktur for tobakksavvenningsarbeidet i Norge. Målet er at alt helsepersonell skal spørre om tobakksvaner og vite hvor de kan henvise videre. Fastleger, frisklivssentraler og digitale hjelpetilbud som Slutta-appen tilbyr hjelp til tobakkslutt.

Fastlegens rolle i tobakksavvenning

I Fastlegeforskriften står det: "Fastlegen skal dekke behovet for allmennlegetjenester på dagtid for dem som står på listen. Det skal være mulig å få legetime innen rimelig tid. Fastlegen har videre ansvaret for planlegging og koordinering av individrettet forebyggende arbeid, undersøkelse og behandling" (til § 7 Fastlegens plikter overfor personer som er tilknyttet listen). Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten behandlet i 2011 og 2012 saken om tobakksavvenning i helsetjenesten flere ganger og gjorde i september 2012 følgende vedtak: "Det er godt dokumentert at hjelp til røykeavvenning (veiledning og medikamentell støtte) er effektivt og kostnadseffektivt. Spesialisthelsetjenesten har fra 2012 fått i oppdrag å etablere et systematisk tilbud om røykeavvenning. Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten anbefaler at også kommunehelsetjenesten og fastlegene forsterker og systematiserer sine tilbud om røykeavvenning."

Mange ønsker at fastlegene engasjerer seg i røykeavvenningsarbeidet. Nest etter råd fra familie og venner, er det råd fra fastlegen som angis som viktigste årsak til røykeavvenningsforsøk (96). Det er viktig at legen ikke nøyer seg med å spørre om røyking, men også anbefaler pasientene sine å slutte og følger dem opp. Dette gjøres best ved at fastlegen tilbyr alle som er klare for å gjøre et slutforsøk en konsultasjon der man i felleskap kommer frem til en tobakksavvenningsplan. Planen bør inneholde datoer for oppfølging med samtaler, eventuelt telefonisk eller med annet personale ved legekantoret, i løpet av tobakksavvenningsperioden på tre måneder. Pasienten må også informeres om muligheten for legemidler til røykeslutt fordi det kan mangedoble sjansen for å lykkes (15).

Nasjonal tobakksstrategi

I februar 2013 ble «[En fremtid uten tobakk](#)» lansert. Det er den nasjonale strategien for arbeidet mot tobakkskader for perioden 2013-2016 (95).

8 Referanser

1. McEwen. Standard Treatment Programme. One-to-one smoking cessation support. NHS Centre for smoking Cessation and Training; 2011.
2. NCD-strategi 2013 – 2017 For forebygging, diagnostisering, behandling og rehabilitering av fire ikke-smittsomme folkesykdommer; hjerte- og karsykdommer, diabetes, kols og kreft. omsorgsdepartementet H-o; 2013. Tilgjengelig fra: http://www.regjeringen.no/pages/38449517/ncd_strat...
3. Statistisk sentralbyrå. Levekårsundersøkelsen 2008. Helse, omsorg og sosial kontakt. 2008. Tilgjengelig fra: <http://www.ssb.no/emner/03/01/helseforhold/art-200...>

4. Vollset SE. Hvor dødelig er røyking? : rapport om dødsfall og tapte leveår som skyldes røyking. 2006:4 utg. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt; 2006.
5. Lund, KE et al. Tobakksforbruket hos kvinner og menn 1927–2007. Tidsskr Nor Legeforen 2009;129:1871 – 4
6. Lindbak R, Helleve A. Tal om tobakk: 1973-2012. Oslo: Helsedirektoratet; 2013.
7. WHO. Evaluering av effektive strategier for tobakksforebygging i Norge. 2010.
8. Stead LF, Bergson G, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008;(2):CD000165.
9. Zwar N, Richmond R, Borland R, Stillman S, Cunningham M, Litt J. Smoking cessation guidelines for Australian general practice. Australian Family Physician 2005;34(6):461-6.
10. NICE. Smoking cessation services in primary care, pharmacies, local authorities and workplaces, particularly for manual working groups, pregnant women and hard to reach communities. NICE NifHaCE; 2008, oppdatert 2013. Tilgjengelig fra: <https://www.nice.org.uk/guidance/PH10>
11. New Zealand Ministry of health. New Zealand Smoking Cessation Guidelines. 2007, oppdatert 2014. Tilgjengelig fra: <https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/background-recommendations-new-zealand-guidelines-for-helping-stop-smoking-mar15-v2.pdf>
12. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder, 2011 - <http://www.socialstyrelsen.se/nationellriktlinjer...>
13. Laitinen LA, Koskela K. Chronic bronchitis and chronic obstructive pulmonary disease: Finnish National Guidelines for Prevention and Treatment 1998-2007. Respiratory Medicine 1999;93(5):297-332.
14. Stead LF, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013;5:CD000165.
15. Tobaksavvänjning i hälso- och sjukvården. Folkhälsoinstitutet.; 2004.
16. North D, Barham P, Glasgow H, Glover M, Mac Lean D, Taylor S. Guidelines for Smoking Cessation. Committee NH; 2002.
17. Lindson-Hawley N, Aveyard P, Hughes JR. Reduction versus abrupt cessation in smokers who want to quit. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012;11:CD008033.
18. Cheong Y, Yong HH, Borland R. Does how you quit affect success? A comparison between abrupt and gradual methods using data from the International Tobacco Control Policy Evaluation Study. Nicotine and Tobacco Research 2007;9(8):801-10.
19. Lindson N, Aveyard P, Hughes JR. Reduction versus abrupt cessation in smokers who want to quit. Cochrane Database of Systematic Reviews.
22. Fiore MC, Baker TB, et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. U.S. Department of Health and Human Services PHSM; 2008. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK63952/>
23. Folkhälsoinstitutet. Det Motiverande Samtalet om Tobaksvanor. Tobak och avvänjning. Stockholm: Folkhälsoinstitutet; 2004.
24. Van Rensburg KJ, Taylor A, Hodgson T. The effects of acute exercise on attentional bias towards smoking-related stimuli during temporary abstinence from smoking. Addiction 2009;104(11):1910-7.
25. Nord. Nordic Nutrition Recommendations 2004. 4th edition. Nord 2004;13. 2004.

26. Tobacco Use: Prevention, Cessation, and Control. RTI International-University of North Carolina at Chapel Hill NCR-UE-bPCE; 2006. AHRQ Publication No. 06-E015.
27. Stead LF, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005;(2):CD001007.
28. Lemmens V, Oenema A, Knut IK, Brug J. Effectiveness of smoking cessation interventions among adults: a systematic review of reviews. European Journal of Cancer Prevention 2008;17(6):535-44.
29. Sæterdal IvM. Legemidler til røykeslutt. nr 8-2010 utg. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2010.
30. Hagen G, Wisløff T, Klemp M. Cost-effectiveness of varenicline, bupropion and nicotine replacement therapy for smoking cessation. nr 10-2010 utg. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2010.
31. helsedirektoratet S-o. Røykeavvenning i primærhelsetjenesten: retningslinjer for primærhelsetjenestens arbeid med røykeavvenning. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2004.
32. Stead LF, Lancaster T. Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012;10:CD008286.
33. Cahill K, Stevens S, Perera R, Lancaster T. Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013;5:CD009329.
34. Stead LF, Perera R, Bullen C, Mant D, Hartmann-Boyce J, Cahill K, et al. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012;11:CD000146.
35. U.S.Dept.of Health and Human Services PHS. Treating tobacco use and dependence: 2008 Update. Rockville, Md.: U.S. Dept. of Health and Human Services, Public Health Service; 2008.
36. Hughes JR, Stead LF, Hartmann-Boyce J, Cahill K, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014;1:CD000031.
37. Cahill K, Stead LF, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. [Update of Cochrane Database Syst Rev. 2011;(2):CD006103; PMID: 21328282]. 2012.
39. FOLKHÄLSOINSTITUT S. Tobak och avvänjning. En faktskrift om tobakens skadeverkningar och behovet av tobaksavvänjning. folkhälsoinstitut S; 2010. R 2009:17. Tilgjengelig fra: <http://www.fhi.se/Publikationer/Alla-publikationer...>
40. E vE, van der Meer RM, Reda AA, van Schayck CP, Kotz D. Smoking cessation in smokers with chronic obstructive pulmonary disease. Reviews ooS; 2013. 2013, Issue 9. Art.No.: CD010744. DOI: 10.1002/14651858.CD010744.
41. van der Meer RM, Wagena EJ, Ostelo RW, Jacobs JE, van Schayck CP. Smoking cessation for chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane Database of Systematic Reviews 2003;(2):CD002999.
42. Vozoris NT, Stanbrook MB. Smoking prevalence, behaviours, and cessation among individuals with COPD or asthma. Respiratory Medicine 2011;105(3):477-84.
43. Tashkin DP, Rennard S, Hays JT, Ma W, Lawrence D, Lee TC. Effects of Varenicline on Smoking Cessation in Mild-to-Moderate COPD: A Randomized Controlled Trial. Chest 2010.
44. Medisinsk fødselsregister Mors røykevaner ved svangerskapets slutt 2014 <http://mfr-nesstar.uib.no/mfr/>
45. Strandberg-Larsen K, Tinggaard M, Nybo Andersen AM, Olsen J, nbaek M. Use of nicotine replacement therapy during pregnancy and stillbirth: a cohort study. BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology 2008;115(11):1405-10.

46. Hakonsen LB, Ernst A, Ramlau-Hansen CH. Maternal cigarette smoking during pregnancy and reproductive health in children: a review of epidemiological studies. *Asian Journal of Andrology* 2014;16(1):39-49.
47. Bowker KA LS, Coleman T, Vaz LR, Cooper S. Comparison of Cotinine Levels in Pregnant Women Whilst Smoking and When Using Nicotine Replacement Therapy. *Nicotine Tob Res* 2014.
48. Coleman T, Chamberlain C, Davey MA, Cooper SE, Leonardi-Bee J. Pharmacological interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012;9:CD010078.
49. H S-N, T H. Zyban(R) (bupropion) og amming. *Nor Farmaceut Tidsskr* 2003;111(17).
50. Stanton A, Grimshaw G. Tobacco cessation interventions for young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013;8:CD003289.
51. Ford CL, Zlabek JA. Nicotine replacement therapy and cardiovascular disease. *Mayo Clinic Proceedings* 2005;80(5):652-6.
52. Rigotti NA, Pipe AL, Benowitz NL, Arteaga C, Garza D, Tonstad S. Efficacy and safety of varenicline for smoking cessation in patients with cardiovascular disease: a randomized trial. *Circulation* 2010;121(2):221-9.
53. Tonstad S, Farsang C, Klaene G, Lewis K, Manolis A, Perruchoud AP, et al. Bupropion SR for smoking cessation in smokers with cardiovascular disease: a multicentre, randomised study. *European Heart Journal* 2003;24(10):946-55.
54. Eisenberg MJ, Grandi SM, Gervais A, O'Loughlin J, Paradis G, Rinfret S, et al. Bupropion for smoking cessation in patients hospitalized with acute myocardial infarction: a randomized, placebo-controlled trial. *Journal of the American College of Cardiology* 2013;61(5):524-32.
55. Mills EJ, Thorlund K, Eapen S, Wu P, Prochaska JJ. Cardiovascular events associated with smoking cessation pharmacotherapies: a network meta-analysis. *Circulation* 2014;129(1):28-41.
56. van der Meer RM, Willemsen MC, Smit F, Cuijpers P. Smoking cessation interventions for smokers with current or past depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013;8:CD006102.
57. Tsoi DT, Porwal M, Webster AC. Interventions for smoking cessation and reduction in individuals with schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013;2:CD007253.
58. Thomsen T, Villebro N, Moller AM. Interventions for preoperative smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014;3:CD002294.
59. Lindstrom D, Sadr AO, Wladis A, Tonnesen H, Linder S, Nasell H, et al. Effects of a perioperative smoking cessation intervention on postoperative complications: a randomized trial. *Annals of Surgery* 2008;248(5):739-45.
60. Cook BL, Wayne GF, Kafali EN, Liu Z, Shu C, Flores M. Trends in smoking among adults with mental illness and association between mental health treatment and smoking cessation. *JAMA* 2014;311(2):172-82.
61. Mackowick KM, Lynch MJ, Weinberger AH, George TP. Treatment of tobacco dependence in people with mental health and addictive disorders. *Current Psychiatry Reports* 2012;14(5):478-85.
62. Taylor G, McNeill A, Girling A, Farley A, Lindson-Hawley N, Aveyard P. Change in mental health after smoking cessation: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2014;348:g1151.
63. McNeill A. Smoking and mental health: a review of the literature. *health Aosa*; 2001.
64. Campion J, Checinski K, Nurse J. Review of smoking cessation treatments for people with mental illness. *Adv Psychiatr Treat* 2008;(14):208-16.
65. Banham L, Gilbody S. Smoking cessation in severe mental illness: what works? *Addiction* 2010;105(7):1176-

89.

66. Hitsman B, Moss TG, Montoya ID, George TP. Treatment of tobacco dependence in mental health and addictive disorders. *Canadian Journal of Psychiatry - Revue Canadienne de Psychiatrie* 2009;54(6):368-78.

67. Molden E, Spigset O. Tobacco smoking and drug interactions. *Tidsskrift for Den Norske Laegeforening* 2009;129(7):632-3.

68. Zwar N RR, Borland R, Peters M, Litt J, Bell J, Caldwell B,, I. F. Supporting smoking cessation: a guide for health professionals. Melbourne: The Royal Australian College of General Practitioners; 2011. Tilgjengelig fra: <http://www.racgp.org.au/download/documents/Guideli...>

69. Hughes JR. Tobacco withdrawal in self-quitters. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1992;60(5):689-97.

70. Ussher MH, Taylor A, Faulkner G. Exercise interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012;1:CD002295.

71. Winell K. Smoking, Nicotine Dependency and Interventions For Cessation. Practice. WgabtFAfG; 2003.

72. Sullivan LW. The health benefits of smoking cessation. A report of the Surgeon General. General. ArotS; 1990.

73. Farley AC, Hajek P, Lycett D, Aveyard P. Interventions for preventing weight gain after smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012;1:CD006219.

74. Aubin HJ, Farley A, Lycett D, Lahmek P, Aveyard P. Weight gain in smokers after quitting cigarettes: meta-analysis. *BMJ* 2012;345:e4439.

75. Øverland S, Hetland J, Aarø, LE. Relative harm of snus and cigarettes: what do Norwegian adolescents say? *Tobacco Control* 2008;17(6):422-5.

76. Ot prp nr 67 (1995-96) Om lov om endringer i lov av 9. mars 1973 nr. 14 om vern mot tobakksskader. (1996).

77. SCENIHR. Health Effects of Smokeless Tobacco Products. Risks SCoEaNIH; 2008.

78. WHO. IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to humans: smokeless tobacco and some tobaccospecific N-nitrosamines. *Cancer IAfRo*; 2007. volume 89.

79. IARC. IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans, Volum 100. IARC; 2012.

80. Folkehelseinsittet. Helserisiko ved bruk av snus. 2014.

82. Sæterdal IvM, Harboe i, Ringerike T, Klemp M. Snusavvenningstiltak -systematisk litteratursøk med sortering. Notat 2012. Kunnskapsenteret; 2012.

83. Ebbert J, Montori VM, Erwin PJ, Stead LF. Interventions for smokeless tobacco use cessation. *Cochrane database of systematic reviews* 2011; 2 (pp CD004306)

84. Ebbert JO, Fagerstrom K. Pharmacological interventions for the treatment of smokeless tobacco use. *CNS Drugs* 2012;26(1):1-10.

85. Fagerström K, Gailljam H, Metcalf M, Tonstad S, Messig M. Stopping smokeless tobacco with varenicline: randomised double blind placebo controlled trial. *BMJ* 2010;341(c6549).

86. Dybing E. Virkninger av snusbruk. nr 6-2005 utg. Oslo: Kunnskapsenteret; 2005.

87. Lund KE, McNeill A, Scheffels J. The use of snus for quitting smoking compared with medicinal products. *Nicotine and Tobacco Research* 2010;12(8):817-22.

88. Farsalinos KE, Spyrou A, Tsimopoulou K, Stefopoulos C, Romagna G, Voudris V. Nicotine absorption from electronic cigarette use: comparison between first and new-generation devices. *Scientific reports* 2014;4:4133.
89. Lund KE. Hva er elektroniske sigaretter, hvor farlige er de og hvordan bør de reguleres? Oslo: SIRUS; 2013. 5/2013.
90. McRobbie H, Bullen C, Hartmann-Boyce J, Hajek P. Electronic cigarettes for smoking cessation and reduction. *The Cochrane database of systematic reviews* 2014;12:CD010216.
91. Bullen C, Howe C, Laugesen M, McRobbie H, Parag V, Williman J, et al. Electronic cigarettes for smoking cessation: a randomised controlled trial. *Lancet* 2013;382(9905):1629-37.
92. Hajek P, Etter JF, Benowitz N, Eissenberg T, McRobbie H. Electronic cigarettes: review of use, content, safety, effects on smokers and potential for harm and benefit. *Addiction* 2014;109(11):1801-10.
93. Grana R, Benowitz N, Glantz SA. E-cigarettes: a scientific review. *Circulation* 2014;129(19):1972-86.
94. Rahman MA, Hann, N. R., Wilson, A. M., Mnatzaganian, G., & Worrall-Carter, L. . Electronic Cigarettes Are Effective for Smoking Cessation: Evidence From a Systematic Review and Meta-analysis. *Circulation* 2014; 130((Suppl 2)): A14945-A.
95. En framtid uten tobakk. Nasjonal strategi for arbeidet mot tobakkskader 2013–2016. omsorgsdepartementet H-o; 2013.
96. West R. Getting Serious About Stopping Smoking - A Review of Products, Services and Techniques. A Report for No Smoking Day 1997. 1997.
97. Litt J, Ling MY, McAvoy B. How to help your patients quit: practice-based strategies for smoking cessation. *Asia Pacific Fam Med* 2003;(2):175-9.
98. U.S.Department of Health and Human Services. Those who continue to smoke: is achieving abstinence harder and do we need to change our interventions? 15 utg. Washington D. C.: The Department; 2003.
99. West R, McNeill A, Raw M. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. *Health Education Authority. Thorax* 2000;55(12):987-99.
100. Helsedirektoratet. Metodebok for utarbeidelse av nasjonale retningslinjer. Helsedirektoratet afkop; 2009. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/arch...>
101. Nasjonal strategi for det tobakksforebyggende arbeidet 2006-2010. [Oslo]: Helse- og omsorgsdepartementet; 2006.
102. Haahtela T, Klaukka T, Koskela K, Erhola M, Laitinen LA, Finland WGotAPi. Asthma programme in Finland: a community problem needs community solutions. *Thorax* 2001;56(10):806-14.
103. Stead M, Angus K, Holme I, Cohen D, Tait G, Team PER. Factors influencing European GPs' engagement in smoking cessation: a multi-country literature review. *British Journal of General Practice* 2009;59(566):682-90.
104. Thomas KH; Martin RM; Knipe DW; Higgins JP; Gunnell D. Risk of neuropsychiatric adverse events associated with varenicline: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 350:h1109, 2015.
105. Røyking og snusbruk i Noreg - Folkehelse rapporten 2014, rapport 2014:4, utgiver Folkehelseinstituttet, ISBN 978-82-8082-635-0, <http://www.fhi.no/artikler/?id=110550>
106. Behandling af tobakksafhængighed – Anbefalinger til en styrket klinisk praksis. Sundhedsstyrelsen 2011; URL: <http://www.sst.dk>; <http://sundhedsstyrelsen.dk/publ/Publ2011/BOFO/Tob...>
107. Ebbert JO, Crogan IT, Severson HH, Schroeder DR, Hayes JT. A pilot study of the efficacy of varenicline for the

treatment of smokeless Tobacco users in Midwest united States. *Nicotine and Tobacco research* 2011 13(9): 820-826.

108. Sæterdal I, Harboe I, Ringerike T, Klemp M. Snus som røykeavvenningsmiddel . Notat - Systematisk litteratursøk med sortering - 2012. ISBN 978-82-8121-487-3

109. Lindson-HawleyN,ThompsonTP, Begh R.Motivational interviewing for smoking cessation. *CochraneDatabase of Systematic Reviews* 2015, Issue 3. Art. No.: CD006936. DOI: 10.1002/14651858.CD006936.pub3.

110. 25 Siru R, Hulse GK, Tait RJ. Assessing motivation to quit smoking in people with mental illness: a review. *Addiction* 2008; 104: 719-733.

111. Aubin, Henri-Jean, Farley, Amanda, Lycett, Deborah, Lahmek, Pierre, Aveyard, Paul (2012). Weight gain in smokers after quitting cigarettes: meta-analysis. *BMJ* 2012;345:e4439.

<http://www.bmj.com/content/345/bmj.e4439>

112. Karl Erik Lund og Tord Finne Vedøy (red.) SIRUS rapport 1/2015. Hvilken betydning har elektroniske sigaretter?- for røykeslutt, som inngangsport til røyking blant unge, for renormalisering av tobakksrøyking i samfunnet og som mulig inntaksmetode for narkotika

113. Helsedirektoratets plan for et systematisk og kunnskapsbasert tilbud om røyk- og snusavvenning, IS-2006, Helsedirektoratet, Oslo 2012

114. Hajek P, McRobbie H, Gillison F. Dependence potential of nicotine replacement treatments: effects of product type, patient characteristics, and cost to user. *Prev Med.* 2007;44(3):230–234.

115. Shiffman S, Hughes JR, Di Marino ME, Sweeney CT. Patterns of over-the-counter nicotine gum use: persistent use and concurrent smoking. *Addiction.* 2003;98(12):1747–1753.

116. Anthenelli RM, Morris C,Ramey TS et al .Effects of varenicline on smoking cessation in adults with stably treated current or past major depression. *Ann Intern Med.* 2013;159:390–400.

117. Roberts E, Eden Evins A, McNeill A, Robson D. Efficacy and tolerability of pharmacotherapy for smoking cessation in adults with serious mental illness: a systematic review and network meta-analysis. *Addiction.* 2016 Apr; 111(4):599-612. Epub 2016 Jan 19.