

Intensivt rygestoptilbud som sekundær prævention ved mange sygdomme er evidensbaseret og kalder på handling

Jeg håber ikke, at jeg sårer redaktørens følelser ved at påstå, at de fleste af os læser artikler som fanden læser Biblen. Vi skimmer overskriften/konklusionen i abstraktet og udvælger kun én eller et par artikler, som vi fordyber os i.

Artiklen af *Hornnes et al* »Specific anti-smoking advice after stroke« i dette nummer af Ugeskrift for Læger, s. 1547, hører nok til dem, som en del læger ikke får nærlæst. Det, de husker, er, at der ikke var effekt af en rygestopintervention, der var målrettet til patienter med blodprop i hjernen. Da mange i forvejen synes, at alt det med rygning er besværligt og tidskrævende, bekræftes de i, at tiden kunne have været brugt langt bedre.

Det første, vi kan lære, er vigtigheden af styrkeberegninger. Dygtigt sundhedspersonale har lagt mange kræfter i denne randomiserede undersøgelse, hvor patienter med apopleksi blev tilbudt rygestopintervention. Desværre var der før studiestart ikke foretaget beregninger på det nødvendige antal patienter. Alle alarmklokker burde ringe, når man ser, hvor få patienter der blev inkluderet. Vi kan hurtigt regne baglæns: der burde have været inkluderet 350 patienter, altså 237 flere, for at man kunne udtale sig med sikkerhed om interventionens effekt. Det eneste, vi med sikkerhed kan konstatere, er derfor, at studiet var for lille. Overskriften kunne lige så godt have været: »Flotte rygestopresultater kan opnås hos apopleksipatienter«. Interventionen i ugens artikel var nemlig utrolig effektiv! Fire rygestopsamtaler i hjemmet med en sygeplejerske medførte, at næsten dobbelt så mange patienter var røgfri efter to år.

Det andet, vi kan bruge artiklen til, er at undres over, hvorfor sundhedsvæsenet fortsat har et så stedmoderligt forhold til rygning. Vi har herhjemme årligt ca. 150.000 rygerrelaterede indlæggelser og ca. 2,5 mio. ekstra besøg hos praktiserende læge pga. rygning. Rygning er årsag til utallige sygdomme fra så godt som alle organsystemer [1], og rygestop medfører betydelige helbredsgevinster, ofte større end ved medicinsk behandling [2]. Der er stærk dokumentation for, at rygestoprådgivning, der begynder på sygehuset og fortsætter i mindst en måned efter udskrivelse, er en effektiv metode til at få patienterne til at

holde op med at ryge, uanset diagnose [3]. Rygestop er desuden ekstremt omkostningseffektivt [4].

Efter kommunalreformen er næsten alle organiserede rygestopaktiviteter på hospitalerne blevet lukket ned. Opgaven er blevet lagt ud til kommunerne og samlet set, på nationalt niveau, er antallet af rygere, der får struktureret hjælp til rygestop, halveret. Hvad kræves der, for at en behandling kan implementeres? Der skal være dokumenteret effekt, få bivirkninger og en rimelig pris. Sundhedsvæsenet bruger mange penge på uhyre dyre medicinske behandlinger med marginal effekt og mange bivirkninger, mens den ofte mest effektive, bivirkningsfrie og absolut billigste behandling, den systematiske intensive rygestopstøtte, er mere eller mindre ikkeeksisterende. Dette skrider til himlen.

Når patienten i samtalen om rygning får et flakende blik og taler udenom, er det oftest udtryk for dårlig samvittighed over »selvpåført lidelse« og manglende tro på, at det kan lade sig gøre at blive røgfri – og ikke, at de ikke har et ønske om det. Tre ud af fire rygere ønsker at holde op med at ryge, og over halvdelen, oftest de kortuddannede rygere, efterlyser hjælp til rygestop. Tilbagefaldsraten ved rygestop er næsten identisk med tilbagefaldsraten ved heroinmisbrug. Ingen læge ville forvente, at »et godt råd om at holde op« ville være nok til at afvænne en stofmisbruger, men det forventer man af rygerne. Hvorfor ikke give dem optimal behandling? Intensive rygestoptilbud kan mangedoble sandsynligheden for langvarig røgfrihed, selv hos svært nikotinafhængige patienter [5]. Både somatiske patienter, psykisk syge patienter, misbrugere og hjemløse kan blive varigt røgfri, og ingen rygere fortryder, at de er holdt op med at ryge.

LITTERATUR

1. US Department of Health and Human Services. 2014 surgeon general's report: the health consequences of smoking-50 years of progress. Rockville: Public Health Service, Office of the Surgeon General, 2014.
2. Critchley J, Capewell S. Smoking cessation for the secondary prevention of coronary heart disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;1:CD003041.
3. Rigotti NA, Clair C, Munafo MR et al. Interventions for smoking cessation in hospitalised patients. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;5:CD001837.
4. Kahn R, Robertson RM, Smith R et al. The impact of prevention on reducing the burden of cardiovascular disease. *Circulation* 2008;118:576-85.
5. Sundblad BM, Larsson K, Nathell L. High rate of smoking abstinence in COPD patients: smoking cessation by hospitalization. *Nicotine Tob Res* 2008;10:883-90.

LEDER

Charlotta H. Pisinger

Ugeskr Læger
2014;176:V66142

KORRESPONDANCE:

Charlotta H. Pisinger,
Forskningscenter for
Forebyggelse og Sundhed,
Glostrup Hospital,
Nordre Ringvej 57,
2600 Glostrup. E-mail:
charlotta.pisinger@
regionh.dk

INTERESSEKONFLIKTER:

Forfatterens ICMJE-formular er tilgængelig sammen med lederen på Ugeskriftet.dk