

Tabloidpressens forsider forteller om et stort og økende antall narkotikadødsfall, men det har vært liten oppmerksomhet rettet mot tobakksforbruket, som år etter år, tiår etter tiår, tar langt flere menneskeliv. Tobakk tar livet av om lag like mange nordmenn på ti dager som narkotika på ett år.

Det er likevel tegn som tyder på at massemediene har oppdaget at tobakkssaker kan fylle de journalistiske kriterier om aktualitet, viktighet, sensasjon, identitet, nærhet og konflikt. Rettssaken i USA mot sju store tobakkskonserner for noen få år siden avslørte for en hel verden tobakksindustriens kyniske metoder i kampen for større profitt. Direktørene for disse selskapene erklærte under rettssaken at de ikke visste om tobakkens avhengighetsskapende virkninger, og ble senere dømt for å ha løyet under ed. Rettssaken Robert Lund reiste mot en norsk tobakksprodusent er også bredt omtalt i norske medier. I fjor så vi en tendens i mediene til å redusere troverdigheten til det tobakksforebyggende arbeid i Norge ved å latterliggjøre kravet om at tobakk ikke skal gis i gave fra firmaer. Kan det være at slike oppslag ble satt i scene av norsk tobakksindustri? Man må regne med flere slike fremstøt i tiden som kommer. Mediene må i langt større grad sjekke opplysninger fra tobakkslobbyen.

Det er ikke lett å påvirke røykere til å slutte å røyke gjennom bruk av medier eller generell informasjon. Røykepsykologien er komplisert og vanskelig å trenge inn i. Den har mange likhetstrekk med narkomani og alkoholisme. Helseopplysning når ofte ikke frem til dem det gjelder – røykerne blar heller forbi eller bytter fjernsynskanal. Røykerne har ofte et eget psykologisk forsvar mot nøktern, men skremmende kunnskap om tobakkens virkninger. Det er ikke-røykere og personer som har sluttet å røyke, som interesserer seg for tobakksstoff i mediene.

Oppmerksomheten er de senere årene derfor blitt rettet mer mot individuell røykeavvenning. Ved individuell røykeavvenning er styrking av motivasjonen på vei mot røykestopp viktig. Dette kan være en lang prosess hvor resultatene kan komme først etter mange år.

Men andre tiltak kan ha viktige signaleffekter (1). Helseinstitusjoner som behandler pasienter med tobakkskader bør derfor være røykfrie. Noen mener dette er overformynderi og moralisme, men det er sjelden noen mener det er overformynderi og moralisme at institusjoner som behandler pasien-

ter med narkomani og alkoholisme skal være fri for narkotika og alkohol.

Etter hjerteinfarkt kan medikamentell behandling over en femårsperiode redusere mortaliteten med 30–40 % (2). Tilsvarende kan røykestopp etter hjerteinfarkt redusere mortaliteten med 50–60 % (3). Kostnadseffektiviteten ved røykestopp er vurdert som meget god (4), og jo større innsats som settes inn, jo bedre effekt. Studier har vist at 95 % av dem som innlegges med hjerteinfarkt er motivert til røykestopp de første tre døgnene etter innleggelsen (1). Deretter faller motivasjonen. Hvor mange herteavdelinger i Norge prøver systematisk å utnytte denne motivasjonen? Hvor ødeleggende er det for motivasjonen at det er et røykerom ved siden av herteavdelingen, og at tobakk kan kjøpes i kiosken på sykehuset?

Tidsskriftet starter i dette nummer en artikkelserie om røyking. I en undersøkelse fra 2000 viser Olav A. Haugen at bare tre firedeler av norske sykehus hadde definert seg som røykfritt sykehus (5). Mer enn halvparten (inkludert en firedel av de «røykfrie» sykehusene) hadde egne røykerom for pasienter. Salg av tobakksvarer var fremdeles tillatt ved ca. 60 % av sykehusene. Ambisjonen om at alle norske sykehus skulle være røykfrie innen 1995, er altså ikke innfridd.

Andelen røykfrie sykehus var lavere i psykiatrisk sektor enn i somatisk sektor. Sheraz Yaqub & Lavrantz Kyrdaalen viser i en retrospektiv studie hvordan stenging av røykerommet i en åpen psykiatrisk post reduserte behovet for tilleggsforskrivninger av medikamenter (særlig hypnotika) med to tredeler (6). Kaffeforbruket ble også redusert, noe som samsvarer godt med nikotins induksjon av koffeinmetabolismen (7). Dette innebærer at man ved røykeslutt bør anbefale en samtidig reduksjon i kaffeforbruket for å unngå koffeinoverdosering som kunne gitt symptomer liknende nikotinabstinens.

Gammel vane er vond å vende. Samfunnet må ta ansvar for å forhindre at ungdom begynner å røyke og være pådriver for at røykere skal påvirkes til å slutte. Ifølge WHO har Norge gjort en meget god innsats hva gjelder lovgivning og prispolitikk, begge viktige elementer i det røykeforebyggende arbeidet, men Norge får ikke like godt skussmål når det gjelder røykeavvenning og informasjonskampanjer. Det tobakksforebyggende arbeidet kan derfor utvilsomt bli mye bedre. Her spiller norske sykehus en viktig rolle (8).

California har brukt 20 ganger mer per innbygger i sitt tobakksforebyggende arbeid enn Norge og har oppnådd resultater. Går du på en pub eller restaurant i San Francisco, får du klar beskjed ved inngangen: No smoking. Besluttomhet er viktig i det tobakksforebyggende arbeid, men det forutsetter bevilgninger som står i stil til røykeproblemets enorme størrelse.

Frode Gallefoss

frode.gallefoss@vas.no
Medisinsk avdeling
Vest-Agder Sentralsykehus
4604 Kristiansand

Frode Gallefoss (f. 1956) er faglig ansvarlig for Legeforeningens røykeavenningsprogram, mottok i 1995 WHO's gullmedalje for sitt tobakksforebyggende arbeid for ungdom og disputerte nylig på en studie om effekter ved pasientopplæringen ved astma og kronisk obstruktiv lungesykdom.

Litteratur

1. Longo DR, Johnson JC, Kruse RL, Brownson RC, Hewett JE. A prospective investigation of the impact of smoking bans on tobacco cessation and relapse. *Tob Control* 1998; 7: 47–55.
2. Randomised trial of cholesterol lowering in 4444 patients with coronary heart disease: the Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S). *Lancet* 1994; 344: 1383–9.
3. Freund KM, Belanger AJ, D'Augustino RB, Kannel WB. The health risks of smoking. The Framingham Study: 34 years of follow-up. *Ann Epidemiol* 1993; 3: 417–24.
4. Fiore MC. Clinical practice guidelines: treating tobacco use and dependence. Washington, D.C.: US Department of Health and Human Services, 2000.
5. Haugen OA. Røyking i norske sykehus – status ved utgangen av år 2000. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2002; 122: 193–5.
6. Yaqub S, Kyrdaalen L. Røykerestriksjoner i en psykiatrisk avdeling. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2002; 122: 196–7.
7. Benowitz NL, Hall SM, Modin G. Persistent increase in caffeine concentrations in people who stop smoking. *BMJ* 1989; 298: 1075–6.
8. Nylenna M. Tobakksindustrien – helsevesenets hovedfiende. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1998; 118: 2133.