

Snus och ohälsa – ett pedagogiskt problem för läkarkåren

Snusförsäljningen ökar i Sverige främst på grund av intensiv marknadsföring, men också med hjälp av företrädare för den medicinska professionen, som i allt högre grad kapitulerat inför den bristfälliga tillgången till rökslutarstöd och rekommenderar rökare en alternativ tobaksprodukt. Försiktighetsprincipen talar för att snuset inte bör tillåtas breda ut sig på den europeiska marknaden. Snus kan bli inkörsport till rökning hos unga eller ersättningsprodukt för bibehållet nikotinberoende vid tillfällena »då man inte kan röka«.

GUNILLA BOLINDER
med dr, överläkare, utbildningschef,
Karolinska sjukhuset, Stockholm
gunilla.bolinder@ks.se

GÖRAN BOËTHIUS
docent, överläkare, Jämtlands läns
landsting

■ Swedish Match är ett av få mycket framgångsrika börsföretag i Sverige. Snuset ökar i popularitet i såväl Sverige som USA. Företaget bearbetar testmarknader i Sydafrika, Indien och Kina. Inom EU råder dock fortfarande ett förbud mot försäljning av svenskt fuktsnus, ett beslut som man med en intensiv lobbyverksamhet från Swedish Match nu avser upphäva. Tillverkaren hävdar att den risk för cancer som var en av orsakerna till förbudet visat sig felaktig vad avser det svenskproducerade snuset; att beslutet är diskriminerande så länge mer hälsovådliga tobaksprodukter är tillåtna; att övergång till snusning skulle innebära en stor hälsovinst för unionens rökare och att snus (utan att någon vetenskaplig studie hittills visat detta) anges vara ett bra rökavvänjningsmedel.

Hur ska den medicinska världen ställa sig till detta? Ska läkare och annan sjukvårdspersonal rekommendera patienter att börja snusa i stället för att röka? Är det den bästa vägen i kampen mot rökrelaterade sjukdomar att få alla rökare att snusa? Är det så Europa ska räddas från lungcancer och ateroskleros?

»Harm reduction« eller avvänjningsstöd

Frågorna är brännande heta och väcker olika känslor, beroende på vems verklighet man är närmast. För lungläkaren, med en majoritet rökskadade bland patienterna och svårt drabbade KOL-patienter som inte lyckas sluta röka, kan snusning förstås vara ett lockande alternativ – i det enskilda patientfallet. Men hur

ska skolläkaren eller mödravårdsläkaren ställa sig? Och våra läkarstuderande och all sjukvårdspersonal – vilken attityd ska de ha? Allt är ju förvisso bättre än att röka. Få exponeringar kan mäta sig med rökning med relativa hälsorisker för rökare som är femdubbla eller tioudubbla jämfört med oexponerade! Alltså borde då det beskedligare snuset vara oss alla till glädje. Nikotin får man i lika höga eller högre doser – det mesolimbiska belöningssystemet, dvs lustcentrum i våra hjärnor, får sitt – men utan skada?

Är det sant att snuset är lika ofarligt som kaffe – som en rökavvänjningspjäs nyligen hävdade i debatten? Och är det så de rökare som vill bli av med sitt beroende ska behandlas av sjukvården? Vi vet ju bl a genom SBU-rapporten om rökavvänjning [1] att alltför lite sådan behandling erbjuds trots bevisad kostnadseffektivitet. Tre av fyra rökare vill sluta, hälften av dessa anger särskilt att de behöver stöd för att lyckas. Och de allra flesta kan sluta. Kan man etiskt försvara att man erbjuder en alternativ tobaksprodukt i stället för avvänjning?

»Harm reduction«-företrädare anser att alla andra tobaksprodukter är bättre än rökt tobak, de räddar liv och är därför värda att rekommendera. Kjell Asplunds och medarbetares presentationer av snusforskning [2, 3] har utnyttjats här och utomlands i detta syfte.

Vad innebär drogen nikotin för kroppen?

Rent farmakologiskt har nikotin en mängd effekter på de flesta organsystem i kroppen och inte minst på den autonoma regleringen. Pulsstegring och blodtrycksstegring är välkänt, men också att adaptiva mekanismer gör dessa effekter mindre tydliga efter viss tid. Nikotin stimulerar till bl a adrenalinfrisättning, och kroppen kommer att vara uppreglerad på en högre stressnivå vid kontinuerlig nikotintillförsel.

En genomsnittssnusare använder cirka 1/3 dosa per dag (motsvarar nikotin från mer än ett paket cigaretter) och snusar cirka 13 timmar per dygn. Det betyder en mycket kontinuerlig tillförsel. Snusare har ofta svårare att sluta med snuset än rökare har att sluta röka, och de tycks i många fall ha mera dramatiska abstinensbesvär vid abrupt snusstopp.

Många beskriver tillstånd som »cold turkey«-syndromet, dvs den rena fysiska abstinensen med rastlöshet, muntorrhet, sömnlöshet, parestesier eller nervpirringar i ben och fötter, förstoppning eller diarré, illamående, huvudvärk m m. Alla dessa obehag lindras av ny nikotintillförsel och visar det mycket starka kemiska beroende som nikotinbruket ofta leder till. Modern beroendemedicinsk forskning har också lett till nya och intressanta fynd avseende interaktionsfenomen mellan nikotin och alkohol i djurförsök [4]. Det finns också data som tyder på ett samband mellan nikotinexponering under graviditet och utveckling av ADHD [5].

Med ökande kunskap om nikotinets effekter måste man inte bara ställa sig frågor om huruvida nikotinet kan leda till somatisk sjukdomsutveckling, utan även hur det påverkar beteendefunktioner och psykisk balans mot bakgrund av utvecklingen av kemiskt beroende och hjärnans utveckling under fostertid, barndom och uppväxt. Man har alltså all anledning att förhålla sig mycket restriktivt till alla former av nikotinbruk.

Snus till de redan hjärt-kärlsjuka?

En annan fråga, som sällan berörs, är hur sjukvården bör råda patienter som redan

Att kvinnorna i Sverige så påtagligt minskat sin rökning beror inte på tillgången till snus utan på helt andra preventionsinsatser av t ex mödravården.

behandlas för hypertoni, för angina pectoris, för hjärtinfarkt eller diabetes? De utgör en mycket stor del av den svenska sjukvårdens patienter, där rökstopp är en av de viktigaste sekundärpreventiva insatserna.

Om budskapet är att snus är bättre än rökning och framför allt inte har några negativa effekter på hjärt-kärlsystemet – vad ska då patienterna tro? Det finns inga studier av snusets effekt vid t ex anginabesvär, men väl episodiska observationer som talar för att såväl anginösa besvär som arytmier kan provoceras av snusning. Den blodtryckshöjande effekten kan ju knappast vara att rekommendera parallellt med hypertoni behandling. Det är troligt att patienterna kräver raka besked om detta.

Den enda kunskap som lätt får fäste i samhället är stora rubriker i medierna av typen »Snus bästa rökavvänjningsmedlet« eller »Snus ger inte cancer«. Övrig text med eventuellt modererande synpunkter minns ingen. Därför har vetenskapen i sin »tredje uppgift« ett tungt ansvar för hur budskap om »farlighet« kablas ut.

Mer forskning behövs

Mycket av den begränsade forskning som gjorts avseende snusets hälsoeffekter har gjorts på alltför unga individer för att man ens ska kunna förvänta sig utslag i ökad sjuklighet. När det begränsade antalet blodtrycksstudier vid snusning refereras är hälften gjorda på yngre män – sådana som i stort sett aldrig har hypertoni.

Detta blir missledande, och man kan lätt erinra sig den situation som rådde på 1960-talet då ingen trodde att rökning kunde leda till hjärtinfarkt. Flera studier hade inte visat någon överrisk, men detta motbevisades senare i studier med bättre power, och då bl a längre induktionstider beaktades.

Desamma gäller nu för plötslig död – en tendens till ökad sådan risk, men utan signifikans, har observerats i snus-hjärtinfarktstudien inom Monicaprojektet [6] och behöver följas upp. Också misstanken om snusningens diabetogena effekt måste följas upp [7].

Låg rökprevalens tack vare snuset?

Ett budskap med den innebörden drivs främst av en grupp engelska forskare för att illustrera vad snustillverkaren myntat som »The Swedish Experience«. Argumentet baseras på få vetenskapligt analyserade eller publicerade data. Man hävdar att svenska mäns rökprevalens gått ner parallellt med ökningen av snusförsäljningen och drar slutsatsen att rökarna slutat tack vare snuset [8]. Vad man bör notera är att inte bara männen



Omstridd vana.

tolkas? Att kvinnor är duktigare rökslutare än män? Nej, allt motsäger detta. Det är snarare den sociala acceptansen för snusning som är stor hos män, men fortfarande låg hos kvinnor. Ändå har kvinnorna minskat sin rökning så påtagligt. Sverige har t ex den lägsta rökprevalensen under graviditet i hela västvärlden (11 procent), och det beror alls inte på tillgången till snus, utan på helt andra preventionsinsatser av t ex mödravården.

Forskare måste inse att de blir utnyttjade

Representanter för god vetenskap kan enligt vår uppfattning inte bara dokumentera »fakta« utan att på någon nivå vara medvetna om hur detta hanteras av skrupelfria ekonomiska krafter. Detta har i relativt god anda hanterats av läkarkåren avseende de kardioprotektiva effekterna av ett måttligt alkoholintag. Få läkare ger i allmänna ordalag rekommendationer om att dricka alkohol dagligen då man vet att tolkningen ofta blir mer drogvänlig än vad som var avsikten. Försiktighet är här en dygd!

Att uttala sig främjande om snus från läkarhåll är att gå tobaksindustrins direkta marknadsföringsärenden. Egen erfarenhet av att vara inkallad som expert i socialutskottet i riksdagen (våren 2002) och se och höra Swedish Match-representanter närmast hylla Kjell Asplunds konklusioner som den enda bärande vetenskapen på området var knappast oväntad, men ändå obehaglig. Motargumentet att alla bör ha rätt att veta vad som är mindre farligt för dem kommer alltid upp. Alla budskap paketeras dock av budbäraren på ett mer eller mindre subjektivt sätt.

Det tidigare nämnda Monicaprojektet har utnyttjats av en annan tillskyndare av »harm reduction«-principen. Brad Rodu, en amerikansk patolog som i många år bedrivit snusstudier i USA på tobaksindustrins bekostnad, har till och med lyckats få in en synnerligen snuspositiv artikel, författad av en medicinjournalist, i tidskriften Svensk Cardiologi [9], utan att specialistföreningen ens diskuterar innebörden av texten. Det är naivt och aningslöst. Lika naivt och aningslöst som brasklappen i artikeln: »Vi vill självklart inte se en ökad an-

utan även kvinnorna har minskat sin rökning med 30–50 procent de senaste 30 åren – och detta utan motsvarande snusökning.

Hur ska detta

vändning av snus bland ungdomar – allt tobaksbruk bör stävjas.«

Motverka drogliberalism

Tobaksindustrins skäl att driva en »harm reduction«-linje är uppenbar – det gäller att hålla så många som möjligt kvar i beroendet. Vi har hälsobluffen med light-cigarettorna i gott minne: Du behöver inte bryta ditt beroende, gå bara över till den här mindre farliga produkten! Ökad tillgång på snus i EU ger ökad användning och social acceptans för nikotinberoendet. Allt ungdomsarbete riktat emot en tidig drogdebut raseras och föräldrars i allmänhet negativa inställning till användning av snus bland sina barn mattas.

Sveriges läkarkår bör inse och dra konsekvensen av att Europas problem är desamma som Sveriges: Det är inte fler nikotinprodukter som behövs utan ett ytterligare begränsande regelverk kring dem som finns och, inte minst, en betydande investering i ett kompetent och tillgängligt avvänjningsstöd. Erfarenheter från USA, Kanada och Australien visar att rökvanorna kan pressas till nivåer under de svenska – utan hjälp av snus!

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referenser

1. Cohen D, Eliasson M, Eriksson C, Gilljam H, Hedin A, Hellénus ML, et al. Rökavvänjning. SBU-rapport nr 138. Stockholm: SBU; 1998.
2. Levin F, Fagerström KO, Asplund K, Rutqvist LE. »Snus bästa hjälpen mot rökning«. DN-Debatt. Dagens Nyheter 2002 19 sept.
3. Asplund K. Snuff – how dangerous is it? The controversy continues. J Intern Med 2001;250:457-61.
4. Kiianmaa K, Hyytiä P, Samson HH, Engel JA, Svensson L, Soderpalm B, et al. New neuronal networks involved in ethanol reinforcement. Alcohol Clin Exp Res 2003;27:209-19.
5. Mick E, Biederman J, Faraone SV, Sayer J, Kleinman S. Case-control study of attention-deficit hyperactivity disorder and maternal smoking, alcohol use, and drug use during pregnancy. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2002;41:1391-2.
6. Huhtasaari F, Lundberg V, Eliasson M, Janlert U, Asplund K. Smokeless tobacco as a possible risk factor for myocardial infarction: a population-based study in middle-aged men. J Am Coll Cardiol 1999;34:1784-90.
7. Persson PG, Carlsson S, Svanström L, Ostenson CG, Efendic S, Grill V. Cigarette smoking, oral moist snuff use and glucose intolerance. J Intern Med 2000;248:103-10.
8. Rodu B, Stegmayr B, Nasic S, Asplund K. Impact of smokeless tobacco use on smoking in northern Sweden. J Intern Med 2002;252:398-404.
9. Hont G. Tobak under läppen bättre än rök i lungorna. Svensk Cardiologi nr 3/2002.