

Samtal om tobak och kvalificerad rökavvänjning – ett exempel på sjukdomsförebyggande arbete i klinisk praxis

Matz Larsson

Matz Larsson, Överläkare, Med Dr, Hjärt-Lungkliniken, Universitetssjukhuset Örebro.

E-post: matz.larsson@regionorebrolan.se.

Rökavvänjning och antitobakslagar kan generera betydande hälsoeffekter och reducera socioekonomiska klyftor till mycket låg kostnad. Pågående rökvanor är en betydande riskfaktor och påverkar prognos och behandling t.ex. vid reumatoid arthrit, hjärt- och luftvägssjukdom och inför elektiv kirurgi. Fråga därför om tobak i patientmöten; dokumentera även tidigare rökning, ex-rökning och "aldrig-rökning". Ställ tobaksfrågan tidigt och med timing, "Har du någonsin använt tobak?" fungerar ofta bra. Generös rådgivningstid, strukturerad samtalsmetodik (t.ex. motiverande samtal), empatiskt förhållningssätt är framgångsfaktorer. Kvalificerat rökavvänjningsstöd, gärna kombinerat med farmaka, förbättrar möjligheten att bli och förbli rökfri. Första linjens farmaka är nikotinläkemedel, vareniklin och bupropion. Hälso- och sjukvårdspersonal har stort förtroende och unika möjligheter att ta upp frågan om tobak i patientmöten och i samhällsdebatt.

Smoking-cessation support and anti-tobacco-legislation have the potential to generate substantial health improvements, and reduce socioeconomic differences. It is exceedingly cost-effective. Current smoking is an important risk-indicator, influencing prognosis and treatment e.g. in patients with rheumatoid arthritis, heart disease, air-way diseases, and before elective surgery. Raising the question timely, empathy and professional support are crucial factors. It is essential to ask and document tobacco habits of all patients, including ex-smokers and never users. Behavioral counseling and pharmacotherapy, given in combination, significantly increase long-term abstinence rates. First-line pharmacotherapy to support quit attempts are nicotine replacement therapy, bupropion and varenicline. Health-care professionals are trusted and have unique possibilities to raise the tobacco issue in meetings with patients and in the society debate.

Rökavvänjning förebygger allvarliga sjukdomar

Rökningens risker sammanfattas i ett annat kapitel i detta temanummer (kap 4). Här påminns om att 12 000 svenskar dör av sitt tobaksbruk – varje år¹. Förutom att dö ungefär 10-11 år i förtid löper rökare ökad risk att drabbas av kroniska sjukdomar vilket leder till i genomsnitt sju levnadsår med sänkt livskvalitet². Cirka tio procent av Sveriges vuxna röker dagligen och de flesta vill egentligen sluta. Många gör försök att sluta på egen hand men återfall är vanliga inom den första månaden och endast tre procent är rökfria efter sex månader³. Oddsens att lyckas kan förbättras avsevärt med professionellt beteendestöd och rökavvänjningsläkemedel.

Rökavvänjning har därför förutsättningar att förebygga allvarliga sjukdomar som cancer, KOL, stroke och hjärt-kärlsjukdom, men även reumatoid artrit, tandlossning, synnedsättning, hörselnedsättning, kronisk laryngit, impotens, barnlöshet, Raynaud-fenomen, dålig andedräkt och nedsatt kondition. Inom de flesta medicinska specialiteter är tobaksrökning en tydlig markör för ökad sjukdomsrisk, inte minst inom tandvården.

Så gott som dagligen träffar hälso- och sjukvårdspersonal patienter med tobaksrelaterade sjukdomar – eller individer som röker men inte utvecklat tecken till sjukdom ännu. Det ger enastående möjligheter att lyfta frågan. Att ta upp frågan kan ibland inspirera till rökstopp, eller så ett första frö mot rökfrihet. Rökning är betydligt vanligare bland de som har psykisk

sjukdom, låg inkomst, låg utbildning, arbetslöshet och bland ensamstående föräldrar. I dessa grupper är därför rådgivande samtal för att stödja tobaksslut extra viktigt och kan, bidra till att minska skillnader i hälsa

Här ges förslag till hur hälso- och sjukvårdspersonal kan informera om och väcka intresse för frågan, hur de kan uppmuntra och ge feedback till patienter som håller på att sluta röka, samt hur och när man kan samarbeta med specialutbildade resurspersoner. Rökfri operation, motiverande samtal, farmakologisk behandling av tobaksberoende samt skäl till att regelmässigt dokumentera tobaksanvändning tas upp. Riskerna med snus diskuteras också, men mer kortfattat. De är inte lika omfattande som vid rökning men skador i munslemhinna, blodtrycksproblem, diabetesrisk (vid storkonsumtion) och risker vid graviditet är några motiv till att hjälpa även snusare.

Att väcka intresse för rökstopp

Med en kort fråga om rökning får man snabbt kunskap om en betydande riskmarkör. Detta kan dels påverka den kliniska bedömningen, till exempel när det gäller uppföljning av en lungförändring, men innebär också att man upptäcker de tobaksanvändare som kan behöva hjälp att sluta röka. Frågan i sig har visats få en viss andel att sluta röka⁴.

Att få kännedom om daglig rökning har klinisk betydelse och är i princip lika viktigt som att känna till ett högt blodtryck, b-glukos, hög SR eller lågt Hb. Tobaksbrukets koppling till allvarliga sjukdomar och många vanliga

symtom (hosta, heshet, andfåddhet, humörpåverkan etc.) är skälet till att hälso- och sjukvårdspersonal systematiskt behöver fråga om och journalföra tobaksbruk. Uppgiften om aktuell tobaksvana bör också vara lätt att hitta i journalen. Sökord som ”tobak/ nikotin” underlättar. Eftersom tobaks- och nikotinbruk ofta förändras behöver uppgifterna hållas uppdaterade.

Patientens rökvanor är en viktig information inför alla former av elektiv kirurgi. Den som skriver remiss för en planerad operation bör ange om patienten aldrig rökt, är ex-rökare eller rökare, samt i det senare fallet meddela vilka insatser som har gjorts eller planeras för att stödja till rökfrihet inför operationen. På så vis skapas en vårdkedja mellan remissinstansen och den opererande kliniken.

För den patient som inte (uppenbart) har en tobaksrelaterad sjukdom är det lämpligt att fråga om tobak i början av ett patientmöte och gärna ihop med allmänna frågor om yrke, sysselsättning och bostadsförhållanden. Att ta upp ämnet då minskar risken att det glöms bort.

”Har du någonsin använt tobak?” Denna fråga avslöjar om patienten är ex-rökare (vilket ger skäl till beröm och uppmuntran). Frågan fungerar särskilt bra när man tror sig veta att patienten inte använder tobak - ibland blir man överraskad. Formuleringen ”Röker du?” kan upplevas konfronterande särskilt för den patient som inte har en rökrelaterad sjukdom. Mot slutet av konsultationen eller mötet är det som regel lämpligast att följa upp tobaksfrågan. Kontakten är mer etablerad, undersökningen avklarad och

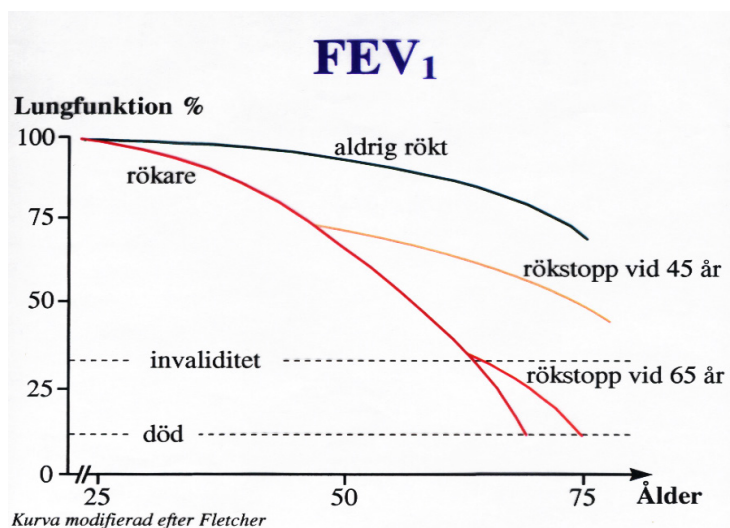
man kan anpassa samtalet och rådgivningen utifrån den tid som återstår.

Öppna frågor och aktivt lyssnande, gärna utifrån en strukturerad samtalsmetodik som till exempel motiverande samtal (MI), har visats ge bättre resultat⁵. ”Hur ser du på ditt tobaksbruk?, Har du funderat kring din rökning?, Är det okej om vi pratar några minuter om din rökning?” är passande frågor för att knyta an till vad patienten berättade i början av mötet. Åtskilliga individer har tankar om att sluta men beredskapen att sluta med tobak är mycket olika. ”Hur viktigt är det för dig att sluta röka?”, ”Hur beredd känner du dig att sluta just nu?” och ”När skulle du vilja sluta?” är några passande följdfrågor.

Vad skulle kunna öka din motivation?

Om beredskapen till förändring är låg kan följande frågor vara lämpliga: ”Vad skulle kunna öka din motivation eller öka dina möjligheter att lyckas? Kan vi hjälpa dig med något? Vill du ha informationsmaterial, ett framtida återbesök?”.

Rekommendera gärna patienten att skriva ”rök-dagbok”, det vill säga anteckna tidpunkt och hur tillfredsställelse eller stimulerande varje cigarett kändes. Det kan ge patienten ökade insikter om rökbeteendet och beroendets karaktär. Erbjud gärna spirometri och/eller en kolmonoxid-mätning. Spirometriresultat, gärna kombinerat med en diskussion utifrån Fletchers kurva (som visar hur en typisk KOL-patient förlorar lungfunktion så länge rökningen pågår, se figur 1), kan vara



Figur 1 Diagrammet visar hur en typisk KOL-patient förlorar lungfunktion så länge rökningen pågår. Vid rökstopp kan individens lungfunktion förbättras något men den viktigaste effekten är att utvecklingen mot KOL-sjukdom (emfysem) avbryts⁸.

motivationshöjande. Diskutera gärna kring rökarens faktiska "lungålder". Man informerar då vid vilken ålder patientens uppmätta värde normalt brukar förekomma^{6,7}.

Kolmonoxidmätningens värde (CO) speglar halten av CO i blodet och därmed rökvanan. Värden över cirka 8 ppm ger starkt stöd för pågående rökning. Riktigt höga värden talar för ett höggradigt beroende. Att mäta CO-värdet i utandningsluften tar någon minut. Syftet är inte att kontrollera patienten. Mätningen och åtföljande information om CO kan fungera som ett pedagogiskt hjälpmedel, inte minst vid hjärt-kärlsjukdom eller hereditet för detta. En ny mätning efter rökstoppet ger patienten feedback på livsstilsförändringen. Kolmonoxidmätning i rökavvänjningssyfte har dock inte visat lika goda resultat som spirometri vad gäller motivation att sluta röka⁷.

Motivationen kan också stärkas om patienten är insatt i fakta om rökningens konsekvenser⁵. Som nämnts finns det många kända risker som cancer, KOL, hjärtsjukdom, stroke, syn- eller hörselskador med flera. "Vilken sjukdom (orsakad av tobak) oroar dig mest? Har du blivit sjuk eller fått besvär av rökningen? Vad bekymrar dig mest med din nuvarande livsstil? Vill du veta hur din sjukdom (till exempel sömnapné, blåscancer) påverkas av rökning?" är några användbara frågor för att försöka identifiera ett relevant samtalsämne. Då utforskar man patientens kunskaper och erbjuder anpassad information utifrån detta.

Den ideella föreningen Läkare mot Tobak håller på att utveckla foldermaterialet "Tobaken i min specialitet". Det är en skraddarsydd faktabas i fickformat för läkare inom olika specialiteter. Hittills finns materialet för ögonsjukdomar, urologi, hud och

allmänmedicin. Webbplatsen 1177 Vårdguiden har rökavvänjningsråd och många landsting och regioner länkar därifrån till lokala tobaksavvänjare.

Aktiva planer att sluta med tobak

Nästa steg är att utforska patientens egna tankar om hur tobaksstoppet ska gå till; tidigare erfarenheter, utmaningar och svårigheter. Föreslå återbesök till dig själv eller eventuell resursperson för tobaksavvänjning. Utforma, tillsammans med patienten, en sluta röka-plan eller en snusstoppsplan. Från en lång lista av beteendetips kan patienten själv välja vilka som passar bäst. Det blir alltså som en slags meny⁵. Menyn kan inkludera någon eller några foldrar om tobaksavvänjning som behandlaren med fördel själv har läst. Mottagningen bör ha material på de vanligast förekommande språken. Patienten kan få feedback och förstärkt effekt av samtalet via brev någon månad senare. Att redan före rökstopp diskutera hur patienten kan skydda sig mot återfall är också av värde. Sluta-röka-linjen ska inte ersätta vårdenhetens egna insatser men är ett utmärkt komplement.

Många ex-rökare har slutat utan stöd och läkemedelshjälp⁹ och i vissa fall går rökstoppet relativt lätt. Andra får starkt rökbegär, svår humörpåverkan, viktökning och andra besvär. Det är därför viktigt att vara tillgänglig samt ha beredskap att hjälpa och stötta utifrån individens behov. Förstoppning, viktuppgång, tillfälliga sömnrubbningsar, depression, eller annan humörpåverkan är vanligt



Figur 2: Att mäta CO-värdet i utandningsluften tar någon minut. Syftet är inte att kontrollera patienten men höga värden talar för ett högggradigt beroende och att mer stödinsatser kan behövas.

vid rökstopp¹⁰. Lyhördhet att hjälpa patienten med sådana problem, samt uppmuntran (från alla vårdgivare) kan avgöra om en förlägen rökare eller stolt ex-rökare kliver genom dörren nästa gång.

Farmakabehandling

Läkemedel kan göra rökstoppet mindre mödosamt och ökar oddsen att lyckas^{11,12}. Såväl vareniklin (Champix), bupropion (Zyban) som nikotinläkemedel (NL), har dokumenterad effekt. Vad gäller verkningsgrad är ordningen grovt som ovan, det vill säga vareniklin har störst effekt¹³. En meta-analys från 101 studier visade en större effekt av vareniklin jämfört med såväl bupropion som nikotinläkemedel (~ 1.5 odds ratio)¹⁴. Tidigare misstankar

om att patienter som fått vareniklin hade en ökad risk för depression och självmord har inte bekräftats, och studier har visat att det inte förligger någon riskökning för vare sig vareniklin eller bupropion jämfört med behandling med nikotinläkemedel eller rökstopp utan läkemedelsbehandling^{11,12}. Farmakologisk behandling bör som regel ges i kombination med beteendestöd eftersom behandlingarna förstärker varandra inbördes¹⁵. I Sverige kan patienter få subvention avseende kostnaderna för nikotinfria rökavvänjningsläkemedel om de samtidigt får beteendestöd. Nikotinläkemedel är däremot inte subventionerade. Nedan ges en kort sammanfattning av principerna för dessa läkemedel. För ytterligare information hänvisas till en artikel av Raupach och van Schayck¹⁰ eller Läkemedelsboken¹⁶.

Nikotinläkemedel

Normalt rekommenderas en förhållandevis hög dos under en månad. Rökare omvandlar nikotin olika snabbt och nikotindosen behöver därför individanpassas^{17,18} och ungefär motsvara patientens tidigare tobakskonsumtion. Vid en konsumtion av 20 cigaretter per dag behövs vanligen den starkaste sorten av nikotinplåster, tuggummi eller liknande. Plåster finns i två varianter, en för 16 timmars behandling och en för 24 timmars tillförelse. 24-timmarsplåster kan minska problemen med abstinens på morgonen, men kan i vissa fall ge sömnstörningar. Plåster ger långsam ökning av nikotinhalt och kan därför gärna kombineras med ett mer

snabbverkande preparat som exempelvis tuggummi, tablett eller spray¹⁹. En mycket hög tobakskonsumtion kan indikera att två nikotinplåster fordras. Efter cirka en månad bör en successiv sänkning av dosen påbörjas. För enstaka patienter kan långvarigt bruk av nikotinläkemedel vara ett alternativ om de trots maximalt stöd inte klarar av att sluta röka. Några kan bli beroende, det vill säga använda nikotinläkemedel regelbundet mer än ett år. Särskilt gäller detta för nikotintuggummi. Det saknas studier kring behandling av patienter som blivit beroende av nikotinläkemedel, men egna erfarenheter indikerar att vareniklin kan minska abstinensbesvären.

Vareniklin

Vareniklin (Champix) blockerar nikotinreceptorerna och genom detta minskas den lust och tillfredsställelse som nikotin vanligen ger rökaren. Det blir lättare att avstå från rökning och snusning och samtidigt minskar abstinensen. För vareniklin finns inte några kända läkemedelsinteraktioner. Rökstopp planeras under den andra behandlingsveckan. Behandlingstiden är vanligen 12 veckor. Om tobakskonsumtionen varit stor, eller vid högggradiga abstinensproblem, kan behandlingstiden förlängas.

Bupropion

Bupropion (Zyban) hämmar återupptaget av dopamin- och noradrenalin i hjärnans belöningssystem²⁰, och motverkar depression, vilket kan vara till fördel för patienter som fått depressionssymtom vid tidigare rökstopp.

gör ofta mer genomgripande insatser omöjliga, men vi behöver ha en väl utbyggd vårdkedja för uppföljning och stöd till den rökande patienten. Finns denna förutsättning tar hälso- och sjukvårdspersonal mycket hellre upp tobaksfrågan. Läkemedel är en viktig del i behandlingen av tobaksberoende, och bör alltid kombineras med beteendestöd.

Hälso- och sjukvårdspersonal som frågar om tobak och stöder patienten till rökstopp kan göra stor skillnad.

Liv kan förlängas och livskvalitet skapas, till ringa kostnad, utan risk. Hälso- och sjukvårdspersonal har stort förtroende och unika möjligheter att lyfta tobaksfrågan både i patientmöten och i samhällsdebatt. Det är därför viktigt att detta är ett tydligt uppdrag och att det ges rimligt med tid till förebyggande insatser. Rökavvänjning, effektiv lagstiftning och andra samhällsinsatser mot tobaksrökning skapar stora hälsovinster och bidrar till ett mer jämlikt samhälle.

Faktaruta

Även om bara sekunder blev över till tobaksrådgivning på en stressad mottagning kan man hinna säga*:

- Ett rökstopp skulle leda till betydande hälsovinster för dig!
- Om du i framtiden vill sluta så vill jag och vi på mottagningen gärna stödja dig!
- Vi hann inte prata så mycket kring bra stöd som går att få. Vill du ha lite skriftlig information? (till exempel Sluta-Röka- Linjen eller något lokalt rökavvänjningsalternativ)

*Förslagen gäller i första hand i frånvaro av tobaksrelaterad sjuklighet. Om patienten sökt för tobaksrelaterade problem är det snarast ett konstfel om bara sekunder blev över.

Material med rökstoppråd, affischer med mera finns som pdf på olika språk:
http://www.psykologermottobak.org/stod_pa_invandrarssprak

Resurser för rökavvänjning

Sluta-röka-linjen 020-84 00 00 är en kostnadsfri resurs för enskilda rökare och för vården där du också kan få information om lokala rökavvänjare i olika delar av Sverige.

Tobaksinformation: www.tobaksfakta.org, www.doctorsagainsttobacco.org.

Referenser

1. Ny studie knyter fler dödsfall och insjuknanden till tobakrökning [homepage on the Internet]. Socialstyrelsen.
2. Bronnum-Hansen H, Juel K. Abstinence from smoking extends life and compresses morbidity: a population based study of health expectancy among smokers and never smokers in Denmark. *Tob Control* 2001;10(3):273-8.

3. Benowitz NL. Pharmacology of nicotine: addiction, smoking-induced disease, and therapeutics. *Annu Rev Pharmacol Toxicol* 2009;49:57-71.
4. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder– Tobak, alkohol, fysisk aktivitet och matvanor – stöd för styrning och ledning 2010 – Preliminär version. In: Socialstyrelsen; 2010.
5. Rollnick S, Miller WR, (Author CCB. Motivational Interviewing in Health Care: Helping Patients Change Behavior New York, London: The Guilford press; 2008.
6. Morris JF, Temple W. Spirometric "lung age" estimation for motivating smoking cessation. *Prev Med* 1985;14(5):655-62.
7. Bize R, Burnand B, Mueller Y, Rege Walther M, Cornuz J. Biomedical risk assessment as an aid for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2009(2):Cd004705.
8. Anthonisen NR, Connett JE, Kiley JP, Altose MD, Bailey WC, Buist AS, et al. Effects of smoking intervention and the use of an inhaled anticholinergic bronchodilator on the rate of decline of FEV1. The Lung Health Study. *Jama* 1994;272(19):1497-505.
9. Chapman S, MacKenzie R. The global research neglect of unassisted smoking cessation: causes and consequences. *PLoS Med* 2010;7(2):e1000216.
10. Raupach T, van Schayck CP. Pharmacotherapy for smoking cessation: current advances and research topics. *CNS Drugs* 2011;25(5):371-82.
11. Thomas KH, Martin RM, Davies NM, Metcalfe C, Windmeijer F, Gunnell D. Smoking cessation treatment and risk of depression, suicide, and self harm in the Clinical Practice Research Datalink: prospective cohort study. *Bmj* 2013;347:f5704.
12. Anthenelli RM, Benowitz NL, West R, St Aubin L, McRae T, Lawrence D, et al. Neuropsychiatric safety and efficacy of varenicline, bupropion, and nicotine patch in smokers with and without psychiatric disorders (EAGLES): a double-blind, randomised, placebo-controlled clinical trial. *Lancet* 2016;387(10037):2507-20.
13. Cahill K, Stead LF, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2011(2):CD006103.
14. Mills EJ, Wu P, Spurdin D, Ebbert JO, Wilson K. Efficacy of pharmacotherapies for short-term smoking abstinence: a systematic review and meta-analysis. *Harm Reduct J* 2009;6:25.
15. Treating tobacco use and dependence: 2008 update U.S. Public Health Service Clinical Practice Guideline executive summary. *Respir Care* 2008;53(9):1217-22.
16. Larsson M, Damberg M. Nikotinberoende. In: Läkemedelsboken. 20 ed. Uppsala: Läkemedelsverket; 2016.
17. Malaiyandi V, Lerman C, Benowitz NL, Jepson C, Patterson F, Tyndale RF. Impact of CYP2A6 genotype on pretreatment smoking behaviour and nicotine levels from and usage of nicotine replacement therapy. *Mol Psychiatry* 2006;11(4):400-9.
18. Schnoll RA, Patterson F, Wileyto EP, Tyndale RF, Benowitz N, Lerman C. Nicotine metabolic rate predicts successful smoking cessation with transdermal nicotine: a validation study. *Pharmacol Biochem Behav* 2009;92(1):6-11.
19. Stead LF, Perera R, Bullen C, Mant D, Lancaster T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2008(1):CD000146.
20. Crooks PA, Bardo MT, Dwoskin LP. Nicotinic receptor antagonists as treatments for nicotine abuse. *Adv Pharmacol* 2014;69:513-51.
21. Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2007(1):CD000031.
22. Ebbert J, Montori VM, Erwin PJ, Stead LF. Interventions for smokeless tobacco use cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2011(2):CD004306.
23. Fagerstrom K, Gilljam H, Metcalfe M, Tonstad S, Messig M. Stopping smokeless tobacco with varenicline: randomised double blind placebo controlled trial. *BMJ* 2010;341:c6549.
24. Anthonisen NR, Skeans MA, Wise RA, Manfreda J, Kanner RE, Connett JE. The effects of a smoking cessation intervention on 14.5-year mortality: a randomized clinical trial. *Ann Intern Med* 2005;142(4):233-9.