

Svårt implementera avvänjning från tobak i ordinarie vårdrutin

AGNETA HJALMARSON, docent, leg psykolog, Sahlgrenska akademien, Göteborg
agneta.hjalmarson@gu.se
MONA FROM ATTEBRING, med dr, leg sjuksköterska, lektor, institutionen för hälso- och

vårdvetenskap, Linnéuniversitetet, Campus Växjö
JOHAN HERLITZ, professor i prehospital akutsjukvård, Högskolan i Borås och Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg

Rökning bidrar till sämre hälsa och förkortad livslängd [1]. Det är därför angeläget att hälso- och sjukvården får kunskap om hur man ska kunna påverka sina patienter till en hälsosammare livsstil. Effektstudier av avvänjningsbehandling visar att för några patienter kan det räcka med en enstaka rådgivning, medan det för många krävs ett kvalificerat rökavvänjningsstöd under några månader [2]. Med de bästa avvänjningsmetoderna kan man i det närmaste dubblera sitt resultat [3-5], vilket innebär att cirka 20-25 procent av deltagarna är exrökare ett år efter behandlingen. I några patientgrupper kan resultatet vara upp mot 50 procent [6].

Uppgifterna om resultaten av avvänjningsbehandling kommer från studier där ordinarie personal fått speciell utbildning, förstärkts eller ersatts av forskningspersonal. Förutom kompetent personal krävs aktiv medverkan från patienten och uthållighet från såväl patient som behandlare, då återfall snarare är regel än undantag [7]. Frågan är därför hur man kan implementera en kvalificerad rökavvänjningsmetod i ordinarie behandling.

Vi valde att implementera en avvänjningsmodell på patienter som skulle genomgå kranskärlsröntgen, en patientgrupp som kan ha mycket att vinna på att sluta röka. Enligt en Cochranerapport [8] minskade ett rökstopp den relativa risken (RR) att dö med 36 procent och risken för icke letal hjärtinfarkt med 32 procent. Rapporten får ytterligare stöd av en aktuell studie från USA [9]. Syftet med vår studie var att utvärdera effekterna av och möjligheterna att implementera kvalificerad tobaksavvänjning i nära anslutning till en planerad kranskärlsröntgen. Studien genomfördes efter godkännande av etikprövningsnämnden i Göteborg.

METOD

Implementeringsförsöket gjordes på hjärtmottagningen vid Sahlgrenska universitetssjukhuset med en pilotstudie, 17 december 2007 till 9 juni 2008, och en implementeringsstudie, 19 januari 2009 till 8 februari 2010. Samtliga patienter som kom till inskrivningsbesöket inför planerad kranskärlsröntgen, och som använde eller hade använt tobak den senaste månaden, ingick i studierna. Personer som inte kunde tala, läsa eller skriva svenska, eller av andra anledningar var svåra att kommunicera med, exkluderades.

Avvänjningsbehandling. Patienterna erbjöds kvalificerat avvänjningsstöd enligt en traditionell modell [10]. I samtalet ingick att stärka motivationen att sluta röka/snusa, att erbjuda avvänjningsstöd under cirka två månader en gång i veckan i grupp eller individuellt, att dela ut en broschyr med avvänj-

ningsråd och att eventuellt förskriva rökavvänjningsläkemedel. Avvänjningsbehandlingen sköttes av psykologer och sjuksköterskor vid hjärtmottagningens tobaksavvänjningsenhet.

Åtgärdsschema. Två veckor före kranskärlsröntgen kom patienterna till ett inskrivningsbesök (Tabell I). Tillsammans med kallelsen hade de fått ett formulär med frågor. Då pilotstudien startade tillfogades en fråga om huruvida patienten rökte eller snusade (enkät 1) med tillägget: »Som en förberedelse inför undersökningen och behandlingen vid eventuell kranskärlssjukdom är det viktigt att sluta använda tobak. Du kommer därför att bli erbjuden avvänjningsstöd om du röker/snusar.«

Besöket på mottagningen inleddes med en gruppinformation om kranskärlsröntgen som leddes av en sjuksköterska. Enkäterna samlades in, och de som uppfyllde inklusionskriterierna blev ombudda att stanna kvar efter gruppmötet. De fick veta att de skulle få hjälp med att sluta röka/snusa, att de skulle följas upp efter 6 månader och att deltagandet var frivilligt. De patienter som ville delta fyllde i ett detaljerat formulär om sina tobaksvanor (enkät 2). Vid läkarbesöket uppmanades patienter som använde tobak att sluta med hänvisning till eventuell kranskärlssjukdom.

I pilotstudien fick patienterna efter besöket hos läkaren ett cirka 30 minuter långt individuellt samtal med tobaksavvänjare. Patienten överlämnade då enkät 2.

I implementeringsstudien tog mottagningsköterskan in enkät 2 och patienternas skriftliga godkännande av medverkan i studien. Några dagar efter besöket på hjärtmottagningen blev patienterna uppringda för ett cirka 30 minuter långt rådgivande samtal. En broschyr med avvänjningsråd skickades hem.

Mätinstrument. Enkät 1 innehöll en enda fråga: om patienten varit dagligrökare/dagligsnusare, om denne slutat röka/snusa och i så fall när. Enkät 2 utgjordes av 26 frågor med fasta svarsalternativ som tog upp bakgrundsvariabler samt nuvarande och tidigare tobaksbruk. Efter 6 månader skickades

SAMMANFATTAT

Att implementera kvalificerat tobaksavvänjningsstöd som en del i den ordinarie sjukvårdande behandlingen av patienter inför en planerad kranskärlsröntgen innebar logistiska problem.

Tillförlitliga journaluppgifter om tobaksvanor hade underlättat implementeringen.

Vid 6-månadersuppföljningen var andelen patienter som rapporterat att de slutat röka 30 procent och andelen som rapporterat att de slutat snusa 36 procent.

50 procent av patienterna som fick uppföljande stöd-samtal slutade röka/snusa, men endast hälften av dem som erbjöds behandling tog emot den.

Fler tog emot avvänjningshjälp om den första rådgivningen gavs vid besöket inför kranskärlsröntgen än om den gavs via telefon någon dag senare.

För att öka villigheten att ta emot hjälp måste avvänjning få status som sjukvårdande behandling.

TABELL I. Schema över åtgärder inför och efter kranskärlsröntgen.

	Pilotstudie	Implementeringsstudie
3 veckor före röntgen	Kallelse, enkät 1	Kallelse, enkät 1
2 veckor före röntgen	Inskrivning, sjuksköterska informerar Enkät 2 fylls i Läkare får enkät 1 och ger avvänjningsråd Tobaksavvänjare får enkät 2 Rådgivande samtal om avvänjning	Inskrivning, sjuksköterska informerar Enkät 2 fylls i och tas emot av sjuksköterska Läkare får enkät 1 och ger avvänjningsråd
1,5–2 veckor före röntgen		Tobaksavvänjare får enkät 2 Första rådgivande samtal om avvänjning via telefon
6 månader efter röntgen	Uppföljning, enkät 3	Uppföljning, enkät 3

TABELL II. Antal patienter som använde tobak före kranskärlsröntgen.

	Tobaksanvändare			Totalt antal användare	Antal undersökta patienter
	Deltog	Exkluderade	Missade ¹		
Pilotstudie	45	8	9	62	301
Implementeringsstudie	118	6	5	129	729
Totalt antal deltagare	163	14	14	191	1030

¹ Personer som av misstag inte blivit tillfrågade.

TABELL III. Antal kontakter för tobaksavvänjningsstöd.

	Pilotstudie	Implementeringsstudie	Totalt
<i>Rådgivande samtal</i>	<i>(n=45)</i>	<i>(n=118)</i>	<i>(n=163)</i>
0	0	27	27
1 besök/telefon	45	91	136
<i>Uppföljande stöd</i>	<i>(n=45)</i>	<i>(n=91)</i>	<i>(n=136)</i>
0	8	44	52
1 besök/telefon	15	13	28
>1 besök/telefon	22	33	55
Uppgift saknas	0	1	1

enkät 3 hem. Den innehöll 9 frågor om aktuella tobaksvanor. Orsaken till att kranskärlen skulle röntgas hämtades från journaldata.

Utvärdering. Patienternas tobaksvanor före kranskärlsröntgen jämfördes med deras tobaksvanor 6 månader senare. Svarefrekvensen för enkät 3 var 84 procent (88 procent i pilotstudien och 83 procent i implementeringsstudien). Personer som inte besvarat enkäten räknades i sammanställningarna som rökare respektive snusare.

RESULTAT

Totalt 1030 patienter kom till inskrivningsbesöket (Tabell II). Enligt enkät 1 använde 19 procent tobak. Inklusionskriterierna uppfylldes av 163 personer. I pilotstudien exkluderades två patienter som behövde tolk och sex som inte ville delta. I implementeringsstudien exkluderades två som behövde tolk och fyra som inte ville delta. Personer som av misstag inte blivit tillfrågade ingick inte i uppföljningen då de inte kunnat ta ställning till om de ville delta. Sammanlagt 16 procent av patienterna som skulle genomgå kranskärlsröntgen ingick i studien.

En majoritet (77 procent) av patienterna som deltog i studien var män. Spridningen i ålder var 25 till 82 år (median 63 år). Anledningen till att kranskärlen skulle röntgas var utredning av eventuell ischemi (74 procent), klaffoperation (18 procent), arytm (5 procent) eller transplantationsutredning (3 procent). Drygt hälften (55 procent) av dem som deltog var rökare, 39 procent var snusare och 6 procent både rökte och snusade. Konsumtionen av cigaretter varierade från 1 till 25 ciga-

retter per dag (median 10 cigaretter), och en dosa snus kunde räcka från 1 dag upp till 1 månad (median 3 dagar).

Samtliga patienter i pilotstudien som uppfyllde inklusionskriterierna fick ett rådgivande samtal. 18 procent avböjde ytterligare avvänjningshjälp, medan övriga fick fortsatt avvänjningsstöd (Tabell III). I implementeringsstudien blev 23 procent utan rådgivning, då de inte gick att nå på telefon. Av de 91 som fick samtal avböjde hälften fortsatt stöd.

Uppföljande avvänjningsstöd togs emot i samma utsträckning av rökare (23/27) och snusare (17/22) i pilotstudien, medan andelen var högre bland rökarna (34/72) än bland snusarna (14/51) i implementeringsstudien.

Hela 71 procent av patienterna i pilotstudien prövade någon form av avvänjningsläkemedel: 51 procent vareniklin, 20 procent nikotinläkemedel och 2 procent bupropion. I implementeringsstudien prövade 35 procent något läkemedel: 11 procent vareniklin och 28 procent nikotinläkemedel.

Vid sexmånadersuppföljningen uppgav 30 procent (30/99) att de slutat röka och 36 procent (26/73) att de slutat använda snus (Tabell IV). Procentuellt sett slutade lika många röka under de två perioderna. Däremot var andelen som slutade snusa störst under pilotperioden. Ett fåtal slutade röka/snusa bland dem som tog emot ett enda samtal (cirka 15 procent) eller som inte fick någon rådgivning alls (Tabell V). Betydligt

FAKTA 1

Förslag till åtgärdsschema

1. Alla patienter tillfrågas om sina tobaksvanor.
2. I journalen anger ansvarig läkare om patienten använder tobak, har slutat använda eller aldrig använt tobak.
3. Patienten uppmanas att sluta röka med hänvisning till hälsoskäl.
4. Patienter med rönksrelaterade sjukdomar får som en del av den sjukvårdande behandlingen tid hos tobaksavvänjningsutbildad sjuksköterska inom verksamheten. Tiden avtalas i samband med läkarbesöket, gärna direkt med tobaksavvänjaren.
5. Patienten får kvalificerad tobaksavvänjningsbehandling.
6. Avvänjningsbehandlingen följs upp av den läkare som sköter patientens behandling.
7. Patientjournalen uppdateras fortlöpande med aktuell tobakskonsumtion.

TABELL IV. Antal patienter som slutat använda tobak vid 6 månaders uppföljning.

	Slutat använda tobak/ ursprungskonsumtion			Totalt
	Röker	Röker + snusar	Snusar	
Pilotstudie	7/23	1/4	13/18	21/45
Implementeringsstudie	19/67	3/5 ^a	10/46	31/118
Totalt	26/90	4/9 ^a	23/64	52/163

^aEn patient hade slutat röka, men fortsatt att använda snus.

fler av dem som tog emot uppföljande stöd slutade röka eller snusa (39 respektive 65 procent).

DISKUSSION

Studien var ett försök att implementera kvalificerad tobaksavvänjning i den ordinarie rutinen för patienter som ska genomgå planerad kranskärlsröntgen. Vid uppföljningen 6 månader efter interventionen hade 30 procent slutat röka och 36 procent slutat använda snus. Då det saknas publicerade avvänjningsstudier för denna patientgrupp har vi gjort en jämförelse med rökavvänjningsstudier hos hjärtpatienter som varit inlagda på sjukhus. I en Cochranerapport [8] hade vid 6–12 månaders uppföljning cirka 35 procent slutat röka efter sedvanlig behandling, medan 51 procent slutat efter kvalificerad rådgivning som pågått minst en månad. Våra avvänjningssiffror ligger i nivå med resultaten efter sedvanlig behandling, vilket är förklarligt då endast ett fåtal patienter tog emot stöd under en längre period.

Det var svårt att motivera patienterna att ta del av en längre behandling, trots att de som arbetade med avvänjningen var professionella rökavvänjare vana vid att arbeta med patienters motivation. Frågan är hur man ska få patienter mer benägna att ta emot hjälp. Var omständigheterna vid rådgivningen de bästa? Hade läkaren kunnat agera annorlunda? När människor ställs inför avgörande besked om sin hälsa anses villigheten att göra förändringar öka. Sett ur den synvinkeln borde tidpunkten för interventionen ha varit väl vald.

I pilotstudien gavs rådgivningen i samband med inskrivningsbesöket. Avsikten var att den skulle ses som en del av förberedelserna inför kranskärlsröntgen. Under pilotstudien framkom farhågor att patienterna fick för mycket information vid inskrivningstillfället, och därför inte kunde dra nytta av det rådgivande samtalet om tobaksavvänjning.

I implementeringsstudien blev patienterna i stället uppringda några dagar efter besöket. Därmed ökade risken att tobaksavvänjningen inte sågs som något som hörde samman med vården av patientens hjärtbesvär. Hälften av patienterna som erbjöds avvänjningshjälp via telefonsamtal avböjde uppföljande stöd, medan flertalet av dem som fick det i direkt anslutning till inskrivningen accepterade hjälp. Om det var tidpunkten för samtalet som påverkade patienternas intresse för att ta emot hjälp eller om det var direktkontakten ansikte mot ansikte som var av betydelse är svårt att veta. Ett alternativ vore att tobaksavvänjaren träffar patienten vid inskrivnings-

tillfället för att bestämma ett besök inom 1–2 dagar. Anknytningen till förberedelserna inför kranskärlsröntgen behålls, liksom möjligheten till påverkan i ett direktsamtal (Fakta 1).

Logistiska problem. Vid inskrivningen slussades patienterna genom en rad stationer. I pilotstudien låg avvänjningssamtalet efter läkarbesöket, eftersom läkaren angav vilka rökavvänjningsläkemedel som kunde komma i fråga för patienten. Förseningar innebar improduktiv väntetid för tobaksavvänjaren. Väntetiden kunde också bli lång för patienterna, då det var omöjligt att på förhand beräkna antalet personer som behövdes för de rådgivande samtalen. Uppgifterna om tobaksbruk i journalanteckningar och remisser var bristfälliga. Först då patienterna kom till mottagningen visste vi hur många som använde tobak. Logistiken var enklare i implementeringsstudien, men i gengäld gick 27 personer miste om avvänjningshjälp då de inte kunde nås på telefon.

Sanningshalten i uppgifterna kan ifrågasättas. Andelen patienter som uppgav att de använde tobak ligger under de förväntade siffrorna för motsvarande åldersgrupper i Sverige. En förklaring kan vara att denna patientgrupp har slutat röka i större utsträckning än andra, en annan att man inte talar sanning. I en tidigare undersökning från hjärtmottagningen vid Sahlgrenska universitetssjukhuset [11] framkom att 6,5 procent enligt objektiva mått talade osanning om sina tobaksvanor. Vi kan inte bortse ifrån att detta gäller även för vårt material. Vi kan dessutom ha bidragit till underrapportering genom att i kallelsen nämna att alla som använde tobak skulle erbjudas avvänjningsstöd. Sanningshalten i patienternas uppgifter påverkar också vårt avvänjningsresultat. Vid en validering är det troligt att vårt resultat skulle blivit något lägre.

Undermålig journalföring. Man kan fråga sig hur viktigt det är att journalanteckningar innehåller tillförlitliga uppgifter angående patienternas tobaksbruk. Vilken doktor skulle exempelvis godta patientens uppgifter om blodtryck eller kolesterolvärden och underlåta att göra en mätning? På samma sätt är det möjligt att via objektiva mått mäta om en person använder tobak. För att undvika feltolkningar av journalanteckningar vore det dessutom önskvärt att det fanns en notering för alla patienter om tobaksvanor, inte enbart för dem som just då är rökare/snusare.

Läkarens roll vid tobaksavvänjning. Läkaren har en central roll i behandlingen och kan genom sin attityd påverka patientens uppfattning om sambandet mellan hälsa och tobaksbruk. I vår behandlingsmodell ingick att läkaren skulle presentera avvänjningshjälpen som en ordination bland andra ordinationer. Detta sågs som en förutsättning för att patienterna skulle vara intresserade av att försöka sluta röka/snusa. I det sekundärpreventiva arbetet vid kranskärlssjukdom har kolesterolsänkning fått högsta prioritet. Detsamma kan sägas om blodtryckssänkning. Här ikläder sig läkaren rollen som experten som ordinerar behandling genom att med pondus skriva ut mediciner. Använder läkaren på motsvarande sätt

TABELL V. Antal personer som slutat använda tobak vid 6 månader i relation till stöd.

	Besök/telefonsamtal				Totalt
	Inget	Rådgivande	Rådgivande + uppföljande	?	
Slutat röka/rökare	2/12	5/29	22/57	1/1	30/99
Slutat snusa/snusare	2/16	4/26	20/31		26/73
Totalt ¹	4/28	9/55	42/88	1/1	56/173

¹ Personer som rökte och snusade ingår bland både rökare och snusare.

hela sin yrkesskicklighet och auktoritet för att eliminera rökning? Med andra ord: Vågar läkaren vara läkare även i fråga om tobaksmisbruk?

Man kan diskutera om rökning ska betraktas som en sjukdom. I ICD-10 [12] finns rökning bland de psykiska sjukdomarna (F17.2 tobaksberoende) men också bland faktorer av betydelse för hälsotillståndet (Z72.0 tobaksbruk). Ibland klassas tobaksanvändning som sjukdom, ibland inte. Om man med sjukdom menar ett tillstånd som är förenat med en ökad risk för livshotande komplikationer och förtida död talar detta för att rökning bör betraktas som en sjukdom. Inte osannolikt skulle det sjukvårdsarbete som syftar till att eliminera rökning underlättas om rökning fick status som sjukdom.

Det har länge diskuterats om det är acceptabelt att låta patienter som fortsätter att röka få genomgå dyrbara behandlingar såsom kranskärlsoperation och ballongdilatation och erbjudas dyrbar medicinering vid kranskärlssjukdom. Man har försvarat detta med att diskriminering av patientgrupper i fråga om olika behandlingar inte är etiskt försvarbar. Mot ett sådant synsätt ska vågas att sjukvården i dag inte har ekonomiska möjligheter att göra allt som kan göras. Av ekonomiska skäl tvingas man prioritera och ställa olika behandlingsalternativ mot varandra. Att då fortsätta att erbjuda dyrbara behandlingar till patienter som samtidigt medvetet utsätter sig för kärl- och organskadande ämnen kan ifrågasättas. Man kan för att spetsa till det fråga sig hur meningsfullt det är att över huvud taget göra kranskärlsröntgen på personer som röker. Kanske är det dags att tänka om och våga ställa krav på patienterna.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Agneta Hjalmarson har gjort studier av kliniska prövningar av rökavvänjningsläkemedel för Pfizer, Sanofi och GlaxoSmithKline. Johan Herlitz har gjort studier av kliniska prövningar av rökavvänjningsläkemedel för Pfizer och Sanofi.*

REFERENSER

1. Peto R, Lopez AD, Boreham J, et al. Mortality from smoking in developed countries, 1950–2000. Oxford: Oxford University Press; 1994.
2. Barth J, Critchley J, Bengel J. Psychosocial interventions for smoking cessation in patients with coronary heart disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008;(1):CD006886.
3. Cahill K, Stead LF, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011;(2):CD006103.
4. Stead LF, Perera R, Bullen C, et al. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008;(1):CD000146.
5. Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007;(1):CD000031.
6. Quist-Paulsen P, Gallefoss F. Randomised controlled trial of smoking cessation intervention after admission for coronary heart disease. *BMJ.* 2003;327:1254–7.
7. Steinberg MB, Schmelzer AC, Richardson DI, Foulds J. The case for treating tobacco dependence as a chronic disease. *Ann Intern Med.* 2008;148:554–6.
8. Critchley J, Capewell S. Smoking cessation for the secondary prevention of coronary heart disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003;(4):CD003041.
9. Colivicchi F, Mocini D, Tubaro M, et al. Effect of smoking relapse on outcome after acute coronary syndromes. *Am J Cardiol.* 2011; 108(6):804–8.
10. Hjalmarson A. En handledning för tobaksavvänjning. Statens folkhälsoinstitut; 2006.
11. From Attebring M, Herlitz J, Berndt AK, et al. Are patients truthful about their smoking habits? A validation of self-report about smoking cessation with biochemical markers of smoking activity amongst patients with ischaemic heart disease. *J Intern Med.* 2001;249:145–51.
12. Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.