RÖKAVVÄNJNING VIKTIGASTE KAUSALBEHANDLINGEN VID KOL

Tobaksrökning är den dominerande orsaken till KOL. Rökavvänjning är i de allra flesta fall kausalbehandling. Alla rökare med KOL bör garanteras evidensbaserad professionell och uthållig terapi mot sjukdomen tobaksberoende.

HANS GILLJAM, överläkare, tobaksprevention, Stockholm
docent, Centrum för folkhälsa/ hans.gilljam@sll.se

Foto: Ismo Pekkarinen/Scanpix

Rökavvänjning är oftast den enda kausalterapin vid KOL.

Tobak röks globalt av cirka 30 procent av alla vuxna [1]. Kronisk tobaksrökning är förknippad med ökade risker (30–2 500 procent) för ett 20-tal dödliga sjukdomar och ett 40-tal funktionella besvär. Femtio års uppföljning av brittiska läkare har visat att mer än varannan rökare avlider i genomsnitt tio år i förtid av en tobaksrelaterad sjukdom och att färre än 60 procent får uppleva sin 70-årsdag [2]. Tobaksrökning är den främsta orsaken till ett flertal globalt betydelsefulla lungsjukdomar, t ex lungcancer, lunginfektioner och KOL.

Tobaksdebut och tobaksavvänjning – varandras spegelbild

Rökning medför en kraftigt ökad risk för KOL, och rökavvänjning är i de allra flesta fall kausalbehandling mot sjukdomen. Tobaksrökning är ett beteende som, förutom av nikotinberoende, formas av identitetsskapande psykologiska och sociala faktorer. Tobaksstoppet och tobaksdebuten är båda komplexa förlopp. Många, ofta mindre starkt beroende rökare slutar utan förberedelser, medan andra inte klarar uppgiften utan planering och/eller någon form av hjälp. Litteraturen om hur man ska stödja rökstoppet har vuxit kraftigt sedan början av 1980-talet. Styrkan i evidensen grundar sig på hundratals välgjorda randomiserade, kontrollerade studier med varierande patientmaterial och metoder. Flertalet har gjorts på tämligen friska rökare i öppen vård. Studierna av rökavvänjning vid KOL är få och ofta metodologiskt svaga, med »Lung Health Study« som det lysande undantaget. I denna studie rekryterades nära 6 000 KOL-patienter åren 1986–88. Ett avvänjningsprogram som byggde på dåtidens kunskap genomfördes, och man har hittills rapporterat utfallet bland interventionspersoner (21,7 procent helt rökfria) och kontroller som fick vanlig behandling (5,7 procent rökfria) i upp till 14,5 år efter behandlingsstart [3].

Rökstoppet är en process

En hjälpsökande rökares beteendeförändring och terapibehov beskrivs av den transteoretiska modellen (ofta relaterad till som »stages of change«): från ett förmedvetet stadium (A: precontemplator) som behöver veta varför, över ett förberedelsestadium (B: contemplator) som förmedlar hur, till aktion (C: action) då själva stoppet och perioden närmast efter stöttas, samt vidmakthållandefasen (D: maintenance) som innehåller återfallsprofylax [4]. Modellen stämmer långt ifrån alltid med verkligheten men ökar behandlarnas förståelse för själva »fimpandet« som en planerad process. Det gäller bland annat att inse att återfallen är vanliga, ofta 5–6, innan rökfriheten kan bli bestående. Strukturella förändringar i hjärnan i form av uppreglering av antalet nikotinreceptorer kan dokumenteras hos aktiva tobaksbrukare. Tobaksrökning ska, likt t ex diabetes, ses som en kronisk sjukdom för vilken upprepade insatser kan krävas.

> »Ingen läkare kan i mötet med en KOL-patient undandra sig ansvaret att diskutera rökningen. Kom ihåg att kronisk rökning är ett livshotande tillstånd.«

Motivationens betydelse

En motiverad rökare är en viktig förutsättning för att avvänjningen ska lyckas. Därför hör motivationshöjande arbete till de färdigheter som en behandlare har nytta av i den kliniska vardagen. »Motivational interviewing« är en metod som används för att mobilisera rökarens egna krafter. Metoden har visat sig vara värdefull i arbetet med alkoholmissbrukare och på senare tid även vid rökavvänjning [5]. För att kunna tillämpa metoden fullt ut krävs utbildning och en hel del träning. »Rapid engagement« är en förenklad variant skapad av samma författare för att utforska och mobilisera rökarens motiv och möjligheter att sluta röka. Det är även här för tidigt att uttala sig om metodens nytta, men många kliniker tilltalas av enkelheten och av hur metoden avdramatiserat rökstoppsrådgivningen. I Figur 1 visas

SAMMANFATTAT

Tobaksrökning är den dominerande orsaken till KOL. **Rökavvänjning är högst** prioriterad kausalbehandling vid KOL.

Alla rökande patienter med KOL ska garanteras evidensbaserad professionell och uthållig terapi mot sjukdomen F17.2; tobaksberoende.

Din behandling av patientens tobaksberoende

Nivå 1
Som du alltid klarar och hinner med (2–3 minuter)

- Fråga varje patient om rök- och snusvanor
- Journalför och diagnosregistrera – F17.2 Tobaksberoende
- Bedöm motivationsgrad. Hur intresserad är du av att sluta röka/snusa på en skala 1–10?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Ointresserad
Fokusera på att väcka intresse
• Känner du till hur rökning påverkar din hälsa/sjukdom? Får jag berätta?
			Osäker
			Fokusera på att påverka ambivalensen
			• Hjälp patienten att väga fördelar mot nackdelar
			• Identifiera hinder för att sluta röka – diskutera lösningar
							Beredd att sluta
							Fokusera på att stödja beslutet
							• Sätt stoppdatum
							• Ge praktiska råd:
							  • Ät och drick ordentligt
							  • Rör på dig
							  • Använd läkemedel
							  • Rök inte en enda cigarett		

Nivå 2
När du tar dig lite längre tid (5–10 minuter)

- Vad skulle kunna få dig att överhuvud taget tänka på att sluta?
- Kan du se någon fördel med att sluta?
- Erbjud ny kontakt vid behov

- Förklara abstinenssymtom och viktökning
- Betona alla vinster med rökstoppet

Hänvisa till:
- Lokal rökavvänjare
- Sluta–röka–linjen telefon 020-84 00 00

- Informera om läkemedel
- Skriv ut recept vid behov
- Diskutera återfallsstrategi

Hänvisa till:
- Lokal rökavvänjare
- Sluta–röka–linjen telefon 020-84 00 00

Nivå 3
Tobaksavvänjningsenhet – kräver särskild utbildning och organisation

- Identifiera redan fungerande enhet som du kan remittera till
- Verka för att din vårdcentral och ditt sjukhus etablerar egen resurs
- Sluta–röka–linjen är hela tiden en professionell komplettering på nationell nivå.

Figur 1. Omhändertagande av personer med tobaksberoende.

Läkarförbundets och Svenska Läkaresällskapets förslag till hur tobaksberoende patienter ska bemötas och behandlas.

Rapid engagement

Med rapid engagement-metoden låter behandlaren först rökaren skatta sin vilja att sluta röka på en skala från 1 till 10 (Figur 1). Utgående från vald siffra frågar behandlaren varför inte en lägre nivå valts. Detta brukar leda till ett samtal där rökaren, ofta mångordigt, försvarar sitt val. Följdfrågan »Hur säker är du på att lyckas?« behandlas på samma sätt. Vald siffra bemöts med frågan »Varför inte en lägre siffra?« Även detta brukar leda till en klargörande dialog där rökaren/patienten spelar huvudrollen och behandlaren agerar coach. Följ gärna upp med att fråga t ex: »Vad skulle behövas för att du skulle förbättra dina utsikter att lyckas från 3 till 6?« På så sätt kan styrkeförhållandet mellan parterna utjämnas och »experten i vitt« undvika att vara dömande eller uppfordrande. Motivationen kan komma inifrån. Ingen läkare kan i mötet med en KOL-patient undandra sig ansvaret att diskutera rökningen. Kom ihåg att kronisk rökning är ett livshotande tillstånd. Nivå 1 (Figur 1) innebär en absolut miniminivå. Läkaren (liksom andra vårdgivare) är viktiga kuggar i rökslutarprocessen oavsett hur långt han/hon sedan är beredd att medverka. Utöver att initiera processen ska läkaren också vid samtliga rökavvänjningar följa upp resultatet (Fakta 1). De flesta rökare hoppas kunna sluta men har ofta flera misslyckade försök bakom sig [6]. Vården har visat föga engagemang trots att den kliniska kunskapen kring rökstoppet utvecklats kraftigt under de senaste 20 åren [7]. Eftersom 1 av 3 rökare med lindrig eller måttlig KOL kommer att utveckla svår KOL inom 5 år framstår intensifierat arbete för att diagnostisera KOL, motivera till rökstopp och professionellt och uthålligt behandla som det absolut viktigaste vi kan göra för dessa patienter [8]. En rökande KOL-patient ska alltid remitteras till professionell rökavvänjning enligt Nivå 3 (Figur 1).

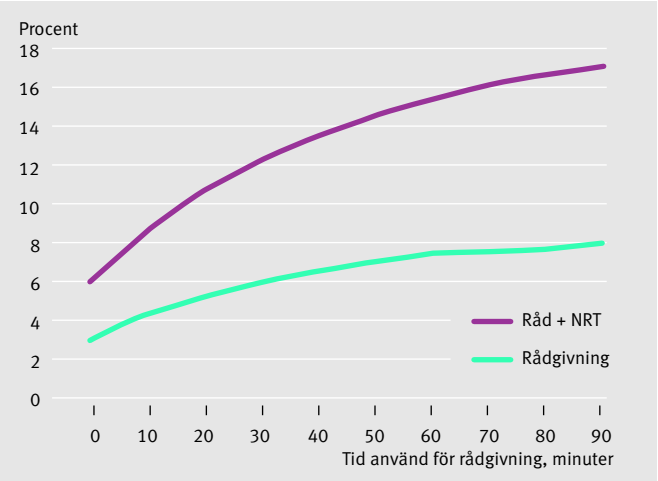
FAKTA 1

Miniminivå för läkares insatser gentemot rökande patient med KOL:

- Fråga om patienten använder tobak i någon form
- Dokumentera och diagnosregistrera (F17.2 Tobaksberoende)
- Fråga om patienten vill sluta röka
- Fråga om patienten vill ha hjälp
- Se till att patienten tas om hand
- Följ upp behandlingen

Kombinera rådgivning och läkemedel

Alla terapier innehåller ett visst mått av beteendeförändring. Det gäller redan vid den enklaste läkemedelsförskrivning. Komplexiteten ökar självfallet när det gäller levnadsvanor och



Figur 2. Betydelsen av behandling med nikotinläkemedel (NRT) som komplement till rådgivning [9].

»Stöd i kombination med läkemedel i öppen vård leder normalt till att cirka 1/3 av patienterna blir rökfria. Rökavvänjning i internatform kan öka andelen rökfria till 50 procent ...«

beroendetillstånd. I rökavvänjningssammanhang är det tydligt hur de båda insatserna potentierar varandra (Figur 2) [9].

Läkemedel vid rökavvänjning

Nikotinläkemedlen (nicotine replacement therapy, NRT) ersätter nikotinet i cigaretter och annan tobak under en rekommenderad övergångsperiod om 2–3 månader medan abstinens och vanor bearbetas. Det är en starkt evidensbaserad och väl beprövad terapi som i genomsnitt knappt fördubblar antalet rökfria (number needed to treat, NNT ≈10). Behandlingen medför få och nästan försumbara biverkningar. Nikotinläkemedel är förstahandsmedel i Sverige och köps över disk på apotek i form av tuggummi, plåster, tabletter, inhalator och mot recept i form av nässpray. Förslag föreligger om att nikotinläkemedel ska kunna säljas i detaljhandeln.

Bupropion (Zyban) är ett centralnervöst verkande läkemedel som påverkar dopamin- och serotoninomsättningen i hjärnans belöningscentrum. Behandlingen med bupropion är evidensbaserad, beprövad och fördubblar typiskt antalet rökfria (NNT ≈10). Personer med epilepsi eller kramptendens (utesluts via anamnes) ska inte ges bupropion, men preparatet har annars få biverkningar. Bupropion är ett receptbelagt andrahandsmedel för rökavvänjning som omfattas av läkemedelsförmånen under förutsättning att samtidig rådgivning ges.

Vareniklin (Champix) är en nikotinreceptoragonist som binder till receptorn och ger en svag egen nikotineffekt. Samtidigt är receptorn blockerad för exogent tillfört nikotin (antagonistverkan), och ett halsbloss ger därför ingen effekt utöver preparatets egen. NNT är oklart i skrivande stund, men sannolikt <10. Champix är receptbelagt, men i mars 2007 är medlet ännu inte bedömt av Läkemedelsförmånsnämnden.

Övrig terapi

Hypnos, aversionsterapi och akupunktur är terapier som kan användas. Evidensen för effekter är otillräckligt dokumenterad.

Effektivitet och kostnadseffektivitet

Kombinationer av rådgivande stöd och läkemedel ger resultat som kan variera från 10 till 50 procent rökfria mätt efter 12 månader. Ju större och mer välplanerade insatserna är, desto bättre blir resultatet. Stöd i kombination med läkemedel i öppen vård leder normalt till att cirka 1/3 av patienterna blir rökfria. Rökavvänjning i internatform kan öka andelen rökfria till 50 procent [10]. Dessa resultat kontrasterar starkt mot det typiska så kallade nyårslöftet där 12-månadersresultaten knappast överstiger 2–3 procent. Rökavvänjning är kostnadseffektivt i alla lägen. Sluta-röka-linjen är en mycket kostnadseffektiv vårdverksamhet med en kostnad på 2 500–5 000 kr per vunnet levnadsår life years saved, LYS). Detta kan jämföras med läkarens korta samtal om tobak (5–15 000 kr/LYS) eller blodtrycksbehandling (150 000–400 000 kr/LYS) [11].

Rökavvänjning är oftast den enda kausalterapin vid KOL. En intensivare och långvarigare rökavvänjningsbehandling, kanske i internatform, borde prövas för att ge KOL-patienterna en chans att undkomma de svåra slutstadierna.

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Hans Gilljam har under de senaste fem åren genomfört kliniska prövningar för GlaxoSmithKline, Pfizer och Sanofi-Aventis.

FAKTA 2

Rökavvänjningsresurser för vårdgivare

Sluta-röka-linjen (020-84 00 00) är en gratis telefontjänst för rökslutarstöd bemannad av specialister som är särskilt effektiv om remitterande läkare erbjuder stöd och uppföljning. Kan också nås via ‹www.sluta-roka-linjen.org›.
Tobaksfakta ‹www.tobaksfakta.org› är en ständigt uppdaterad informationskälla om tobak, avvänjning, vetenskap och statistik. Informerar om tillgängliga tobaksavvänjare i hela Sverige.
Samtalet om tobak ‹www.somt.se› erbjuder tobakskunskap och träning av det goda samtalet om tobak för professionella på grundutbildningar och fortbildningar.
Utbildningar: ‹www.folkhalsoguiden.se›

REFERENSER

1. American cancer Society. http://www.cancer.org/docroot/AA/content/AA_2_5_9x_Tobacco_Atlas.asp
2. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. BMJ. 2004;328(7455):1519.
3. Anthonisen NR, Skeans MA, Wise RA, Manfreda J, Kanner RE, Connett JE. The effects of a smoking cessation intervention on 14.5-year mortality. Ann Intern Med. 2005;142:233-9.
4. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. J Consult Clin Psych. 1983;51:390-5.
5. Rollnick S, Mason P, Butler C. Health behaviour change. A guide for practitioners. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1999.
6. Jarvis MJ, McIntyre D, Bates C, Foulds J. Effectiveness of smoking cessation initiatives. Efforts must take into account smokers' disillusionment with smoking and their delusions about stopping. BMJ. 2002;324(7337):608.
7. Helgason AR, Lund KE. General practitioners' perceived barriers to smoking cessation – results from four Nordic countries. Scand J Public Health. 2002;30(2):141-7.
8. Shahab L, Jarvis MJ, Britton J, West R. Prevalence, diagnosis and relation to tobacco dependence of chronic obstructive pulmonary disease in a nationally representative population sample. Thorax. 2006;61:1043–7.
9. Sutherland G. Current approaches to the management of smoking cessation. Drugs. 2002;62 Suppl 2:53-61.
10. Hoffman EH, Blackburn C, Cullari S. Brief residential treatment for nicotine addiction: A five-year follow-up study. Psychol Rep. 2001;89:99-105.
11. Metoder för rökavvänjning. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering; 1998. SBU-rapport 138.

Det finns fler än 30 000 artiklar i Läkartidningens artikelarkiv.

Som medlem i Sveriges läkarförbund når du arkivet via vår webbplats www.lakartidningen.se

Utmanande saklig Läkartidningen