



Rökfrihet vid behandling av kroniskt obstruktiv lungsjukdom - vårdrekommendationen

ARBETSGRUPPEN OCH BINDNING

Ordföranden

KATJA, HEIKKINEN, HVD, ansvarig för utbildning- och forskning av masterutbildningar, Hälsa och välfärd, Åbo Yrkeshögskolan

Medlemmarna

TIINA, KAISTILA, HVM, doktorand, idrottsfysiologi, Birkalands sjukvårdsdistrikt

SARI, KNAAPI-JUNNILA, HVM, Ft, doktorand, projektarbetare, Tammerfors Universitet; forskare, Filha rf.

MERJA, KUKKONEN, sjukskötare, biträdande avdelningsskötare, HUS

ANNE, POHJU, HVM, Ft, legaliserad näringsterapeut, HUS

HANNELE, SILTANEN, HVM, doktorand, forskare, Hotus

Utomstående experter

TUULA, VASANKARI, MD, specialist av lungsjukdomar, generalsekretariat, professor, Filha rf., Åbo Universitet

ULLA, VETELÄSUO, projektledare, Filha rf.

LILJA-MARITA, KIVIAHO, distriktsskötare, Helsingfors social- och hälsovårdssektorn

Erfarenhetsexpert

OIVA LINQVIST

BINDNING: I samband med rekommendationsämnet har medlemmarna i rekommendationsgruppen ingen bindning som de kunde ha ekonomisk nytta av eller som kunde påverka en rekommendations tillförlitlighet.

Metoderna i denna vådrekommandation beskrivs i vådrekommandationen 'Handledning i egenvård för personer med kroniskt obstruktiv lungsjukdom' (www.hotus.fi).

ISSN 2489-5024 (publicerad på finska 24.9.2018)

Indledning

Tobaksberoende, dvs. en rökares fysiska, psykiska och sociala beroende av tobaksrökning, är en kronisk sjukdom^{1,2}. Med nikotinberoende avses däremot en förändring i antalet nikotinreceptorer i det centrala nervsystemet och deras funktion. Förändringen beror på användning av nikotin. Ett nikotinberoende framkallar fysiska abstinenssymptom när man får mindre eller inget nikotin. Ett nikotinberoende kan beräknas med Fagerströms test för nikotinberoende, som kan mätas med ett instrument bestående av endast två frågor.²

Rökning är den största riskfaktorn för kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) som kan förebyggas. Rökning förvärrar sjukdomen i alla dess skeden^{3,4}. Rökning gör det också svårare att samtidigt behandla andra sjukdomar med läkemedel, därför att rökning ökar elimineringen av läkemedel i organismen och på så sätt minskar halten av olika läkemedel i plasman. På grund av oxidativ stress^{5,6} och kortikosteroidresistens⁷ försämrar tobaksrök i luftvägarna effekten⁸ av inhaleda läkemedel som är avsedda för behandling av obstruktiva lungsjukdomar.

Det bästa sättet att få kroniskt obstruktiv lungsjukdom att progrediera långsammare, att minska förvärring av sjukdomen⁴ och förbättra prognosen³ är att sluta röka. Detta inverkar både på den insjuknades ork/energi för vardagens sysslor och prestationsförmågan, efter kolmonoxidhalten i blodet minskar och omsättningen av gaser i lungorna blir bättre. Betydelsen av motion vid nikotinavvänjning har även beaktats i nya motionsappar med stöd för tobaksabstinensbehandling.⁹

Hälsovårdspersonal bör årligen fråga personer med kroniskt obstruktiv lungsjukdom om rökning² och berätta för dem som röker att rökning förvärrar sjukdomen och framkallar symptom¹⁰. Hälsovårdspersonal bör också fråga rökare om de vill sluta röka samt hjälpa dem med att lyckas med detta. Uppgifter om rökning bör antecknas i patientjournalen så att det är lätt att hitta informationen.² Det kan vara svårt för rökare att medge att de röker och inte kan sluta röka. Rökning kan hänga ihop med ett socialt tryck och många ser rökning som något icke-önskvärt. Patienter kan försköna verkligheten dels på grund av stigmat i samband med rökning, självanklagelser och rädsla för att bli anklagad och för att undvika att göra hälsovårdspersonal besvikna.¹¹

Det kan vara svårare för rökare med kroniskt obstruktiv lungsjukdom än för andra rökare att sluta röka. Undersökningar tyder på att personer med kroniskt obstruktiv lungsjukdom inte endast röker mer än andra, utan också inhalerar mer och djupare än andra rökare. Rökare med kroniskt obstruktiv lungsjukdom verkar också ha större nikotinberoende än andra rökare. Något annat som gör det svårare för rökare med kroniskt obstruktiv lungsjukdom än för andra att sluta röka är att depression är vanligare för dem som lider av kroniskt obstruktiv lungsjukdom än för andra rökare samt att de litar mindre på sin egen förmåga att sluta röka (svagare egenförmåga).⁴

De som har slutat röka har i medeltal försökt sluta röka 3–4 gånger. Typiskt är att man börjar röka igen inom tre månader efter att man slutat röka.²

Hälsovårdspersonal bör minst en gång om året diskutera rökning med dem som lider av kroniskt obstruktiv lungsjukdom (hur länge de har rökt och om de nu slutat röka). Ta upp följande frågor⁴:

- tobaksberoende
- försök att sluta röka
- villighet att sluta röka och tilltro till sin förmåga att lyckas med detta
- hur länge man har rökt (20 cigaretter / dygn / år)
- hur mycket man har rökt (cigaretter / dygn)
- sinnesstämning.

När man uppmuntrar en person med kroniskt obstruktiv lungsjukdom att sluta röka kan man använda den internationellt kända 5A-metoden (Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange: Fråga, råda, bedöma, hjälpa, ordna)^{1, 2}. Ytterligare information om rökfrihet och nikotinavvänjning finns i rekommendationen God medicinsk praxis² om tobak och förebyggande samt behandling av nikotinberoende.

Rekommendationer

Uppmuntran till rökfrihet

1. Uppmuntra den som lider av kroniskt obstruktiv lungsjukdom att sluta röka och inte börja röka igen:

➤ **för personer med kroniskt obstruktiv lungsjukdom står rökning uppenbarligen i samband med en större risk att dö eller bli inlagd på sjukhus (B).**

- En empatisk och uppmuntrande interaktion med respekt för den som har kroniskt obstruktiv lungsjukdom spelar en viktig roll när man samtalar om att röka och sluta röka. Man ska inte få den insjuknade att känna sig skyldig för att den har rökt eller inte lyckats sluta röka.⁴
- Vid handledning bör man beakta att de som röker kan känna det som ett hot mot deras frihet att fatta egna beslut när andra talar om att sluta röka¹².
- Några orsaker till att det är svårt att sluta röka kan vara felaktig information, skadliga föreställningar om hälsa, brist på motivation samt problem med interaktion med hälsovårdspersonal¹³.
- För att kunna sluta röka måste man känna sig motiverad och besluta att man vill sluta röka^{12, 14}.
- Vid handledning bör man beakta den insjuknades personliga situation därför att personer som röker kan uppleva det på mycket personliga sätt att avstå från rökning^{12, 14}.
- De som lider av kroniskt obstruktiv lungsjukdom kan även lida av depression i samband med sjukdomen. Denna depression kan göra det svårare att sluta röka och hålla sig rökfri¹⁴.
- Ett samtal om att ett spirometritest visar hur lungornas funktion försämras kan göra det lättare för en rökare att fatta ett beslut om rökfrihet^{4, 13, 15}, men forskningsresultaten är motstridiga¹⁵.

Läkemedelsbehandling och handledning för att sluta röka

2. Läkemedelsbehandling och handledning som uppmuntrar till beteendeförändring är tillsammans de effektivaste metoderna att sluta röka (A).

- Alla som vill bli rökfria bör få möjlighet till handledning som både uppmuntrar till läkemedelsbehandling och beteendeförändring¹³.
- Psykosocialt stöd tillsammans med läkemedelsbehandling var en effektiv metod vid tobaksavvänjning för personer med kroniskt obstruktiv lungsjukdom i en 12 månaders observation¹⁶.
- Det kunde inte påvisas att en viss typ av handledning till stöd för beteendeförändring eller en viss läkemedelsbehandling skulle vara effektivare än andra¹⁰.
- Det var nyttigt att uppmuntra till att sluta röka till och med när man bara hade så lite som tre minuter kvar¹.
- Upprepade möten med en specialiserad hälsovårdsutbildad person bidrog mera till att uppmuntra rökare att sluta röka än några få möten med en icke-specialiserad hälsovårdsutbildad person¹⁷.
- Det kan vara lättare i synnerhet för patienter som vårdas på sjukhus att sluta röka om de får handledning och stöd av hälsovårdsanställda¹⁷.
- Motion kan hjälpa en att sluta röka och hålla sig rökfri, men forskningsresultaten är motstridiga¹⁸.

Ibrukttagande av rekommendationen

Vårdrekommendationen 'Rökfrihet vid behandling av kroniskt obstruktiv lungsjukdom' förenhetligar innehållet i handledningen av personer med kroniskt obstruktiv lungsjukdom och möjliggör handledning som grundar sig på enhetliga belägg i situationer där en hälsovårdsanställd möter en person som lider av kroniskt obstruktiv lungsjukdom.

Syftet med vårdrekommendationen om rökfrihet är att hälsovårdsanställda, lärare, studerande samt personer som lider av kroniskt obstruktiv lungsjukdom och deras anhöriga ska bli medvetna om betydelsen av rökfrihet vid behandling av kroniskt obstruktiv lungsjukdom. För att vårdrekommendationen ska få användas måste hälsovårdspersonal ha rätt utbildning. De som leder vårdarbetet samt de hälsovårdspersonal som deltar i handledning av personer som lider av kroniskt obstruktiv lungsjukdom måste vara engagerade i att evidensbaserad handledning tas i bruk i deras organisationer och arbetsenheter.

I organisationerna kan man främja ibrukttagandet av vårdrekommendationen genom att ställa följande frågor:

- Frågar man varje person med kroniskt obstruktiv lungsjukdom om rökning eller har rökt, frågor om rökning en gång årligen?
- Vad säger man till dem om att röka och sluta röka?
- Vad grundar sig innehållet i handledningen på?
- Ger vårdrekommendationen anledning att gå närmare in på den egna enhetens metoder och finns det behov av att utveckla metoderna?
- Vilket är hälsovårdens olika personalgruppers ansvar när det gäller att sluta röka?

Källor

1. GOLD. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. 2018 REPORT, http://goldcopd.org/wp-content/uploads/2017/11/GOLD2018-v6.0-FINAL-revised-20-Nov_WMS.pdf (2018).
2. Tupakka- ja nikotiiniiriippuvuuden ehkäisy ja hoito. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2018 (viitattu 25.7.2018). Saatavilla Internetissä: www.käypähoito.fi. (på finska)
3. Keuhkohtaumatauti. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Keuhkolääkäriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2014 (viitattu 17.3.2018). Saatavilla Internetissä: www.käypähoito.fi. (på finska)
4. Jimenez-Ruiz CA, Andreas S, Lewis KE, et al. Statement on smoking cessation in COPD and other pulmonary diseases and in smokers with comorbidities who find it difficult to quit. *Eur Respir J* 2015; 46: 61-79.
5. Langen RC, Korn SH and Wouters EF. ROS in the local and systemic pathogenesis of COPD. *Free Radic Biol Med* 2003; 35: 226-235.
6. Ito K, Hanazawa T, Tomita K, et al. Oxidative stress reduces histone deacetylase 2 activity and enhances IL-8 gene expression: role of tyrosine nitration. *Biochem Biophys Res Commun* 2004; 315: 240-245.
7. Barnes PJ. Role of HDAC2 in the pathophysiology of COPD. *Annu Rev Physiol* 2009; 71: 451-464.
8. Ito K, Ito M, Elliott WM, et al. Decreased histone deacetylase activity in chronic obstructive pulmonary disease. *N Engl J Med* 2005; 352: 1967-1976.
9. Hassandra M, Lintunen T, Hagger MS, et al. An mHealth App for Supporting Quitters to Manage Cigarette Cravings With Short Bouts of Physical Activity: A Randomized Pilot Feasibility and Acceptability Study. *JMIR Mhealth Uhealth* 2017; 5: e74.
10. van Eerd EA, van der Meer RM, van Schayck OC, et al. Smoking cessation for people with chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2016; (8):CD010744. doi: CD010744.
11. Castaldelli-Maia J, Ventriglio A and Bhugra D. Tobacco smoking: From 'glamour' to 'stigma'. A comprehensive review. *Psychiatry Clin Neurosci* 2016; 70: 24-33.
12. van Eerd EA, Risor MB, van Rossem CR, et al. Experiences of tobacco smoking and quitting in smokers with and without chronic obstructive pulmonary disease-a qualitative analysis. *BMC Fam Pract* 2015; 16: 164-015-0382-y.
13. Coronini-Cronberg S, Heffernan C and Robinson M. Effective smoking cessation interventions for COPD patients: a review of the evidence. *JRSM Short Rep* 2011; 2: 78.

14. Eklund BM, Nilsson S, Hedman L, et al. Why do smokers diagnosed with COPD not quit smoking? - a qualitative study. *Tob Induc Dis* 2012; 10: 17-9625-10-17.
15. Bize R, Burnand B, Mueller Y, et al. Biomedical risk assessment as an aid for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; 12: CD004705.
16. Pires-Yfantouda R, Absalom G and Clemens F. Smoking cessation interventions for COPD: a review of the literature. *Respir Care* 2013; 58: 1955-1962.
17. Rice VH, Hartmann-Boyce J and Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; (8):CD001188. doi: CD001188.
18. Ussher MH, Taylor A and Faulkner G. Exercise interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2014: N.PAG-N.PAG.