

WHO: European Partnership to Reduce Tobacco Dependence

*dansk oversættelse*

**WHO**

**EVIDENSBASEREDE ANBEFALINGER**

**vedrørende**

**BEHANDLING AF TOBAKSAFHÆNGIGHED**

**juni 2001**

**TILRETTET EFTER HØRING I ARBEJDSGRUPPEN OKT. 2002**

## **Indhold**

**Om disse anbefalinger 3**

**Faglig godkendelse 3**

### **INTRODUKTION 4**

**Terminologi 4**

**Hvorfor disse anbefalinger 4**

**Formålet med disse anbefalinger 5**

**Videnskabeligt grundlag 5**

### **ANBEFALINGER 6**

**1) Anbefalinger til korte interventioner 6**

**2) Anbefalinger for rygestop-instruktører 7**

**3) Farmakologisk behandling 7**

**4) Anbefalinger for særlige grupper 7**

**5) Anbefalinger for sundhedsplanlæggere 8**

**Referencer 9**

## **Om disse anbefalinger**

Disse anbefalinger om behandling af tobaksafhængighed er skrevet af Martin Raw som et initiativ fra WHO's europæiske partnerskabsprojekt vedrørende reduktion af tobaksafhængighed (WHO European Partnership Project to Reduce Tobacco Dependence). Anbefalingerne er bestilt af WHO og er udarbejdet på baggrund af erfaringer fra en række europæiske lande, herunder de fire originale mållande i WHO's partnerskabsprojekt vedrørende reduktion af tobaksafhængighed: Frankrig, Tyskland, Polen og UK.

Anbefalingerne blev drøftet på to europæiske WHO møder om behandling af tobaksafhængighed på videnskabeligt grundlag i London i november 1999 og i Barcelona i oktober 2000. De blev revideret på baggrund af tilbagemelding på og efter disse møder samt tilbagemeldinger fra en lang række personer og organisationer, herunder de faglige organisationer, som har godkendt dem.

Da anbefalingerne er evidensbaserede og da området er i hastig udvikling, vil det være nødvendigt at opdatere anbefalingerne periodisk. Kommentarer er således velkomne, ligesom organisationer der måtte ønske at føje deres navn til listen over dem, der har tilsluttet sig anbefalingerne.

Det anerkendes, at de enkelte lande vil oversætte og tilpasse anbefalingerne til deres egen terminologi og sundhedsvæsen, men det er et håb, at landene i denne proces vil holde sig så tæt som muligt til det videnskabelige grundlag.

## **Faglig godkendelse**

På tidspunktet, hvor anbefalingerne blev sendt til trykning, havde følgende organisationer tilsluttet sig retningslinierne:

European Medical Association on Smoking or Health, European Nurses and Midwives Against Tobacco, Europharm Forum, The European Review Group on Prevention and Health Promotion in Family Medicine and General Practice (EUROPREV), Society for Research on Nicotine and Tobacco (SRNT Europe), ASH England, ASH Scotland, British Medical Association, Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo (Spain), Czech Medical Association, Danish Medical Association, Dentistry against Tobacco (Sweden), Georgian Medical Association, Norwegian Medical Association, Swedish Medical Association, Quit (UK), Slovenian Medical Association, World Self-Medication Industry.

## **Bidragydere**

Dette projekt har draget stor nytte af goodwill og støtte fra en række bidragydere. Vi vil gerne takke: dr. Peter Anderson, professor Gerard Dubois, dr. Jürgen Hasler, professor Albert Hirsch, dr. Jacques Le Houezec, professor Alexander Mazurek, dr. Ann McNeill, dr. Dawn Milner, dr. Martina Poetschke Langer og dr. Witold Zatonski for deres støtte og bidrag til udarbejdelse af anbefalingerne.

## INTRODUKTION

### Terminologi

Behandling af tobaksafhængighed omfatter (hver for sig eller i kombination) adfærdsmæssige og farmakologiske interventioner som undervisning, råd og rådgivning, intensiv støtte og administration af farmakologiske stoffer, som bidrager til at reducere eller overvinde tobaksafhængighed hos den enkelte og i befolkningen som helhed.

En *rygestopinstruktør (smoking cessation specialist)* er en person, der er uddannet til og betalt for at yde kyndig støtte til rygere, som har brug for hjælp til rygeophør, udover korte opportunistiske råd. Rygestopinstruktørerne behøver ikke have en sundhedsvidenskabelig uddannelse, men bør være specielt uddannede til at yde hjælp til rygeophør og der bør afsættes særlig tid til arbejdet, da det videnskabelige grundlag angiver, at dette er mest effektivt.

### Hvorfor disse anbefalinger

Tobaksafhængighed er anerkendt som en diagnose i WHO's internationale sygdomsklassifikation (ICD-10)(1) og den amerikanske psykiatriske forenings diagnostik og statistik manual (DSM-IV)(2). I Europa vil millioner af rygere gerne holde op med at ryge og mange har prøvet, men har svært ved det, fordi tobak er meget afhængighedsskabende (3). Størstedelen af forsøgene på at holde op med at ryge sker uden hjælp udefra, og forsøgene lykkes for relativt få. Rygning er en hyppig tilbagevendende tilstand, og selv rygere i almenbefolkningen, der søger at holde op, får mange tilbagefald. Ophørsraten blandt rygere i en befolkning målt over en lang periode i et land, hvor indsatsen mod tobak er veletableret, er kun omkring 2% pr. år (3).

Tobaksrygning anerkendes som en væsentlig årsag til lungekræft, hjertekar-sygdomme og kronisk obstruktiv lungesygdom (inkluderende bronchitis og emfysem) og forårsager 1,2 mio. dødsfald hvert år i WHO's europæiske region (14% af alle dødsfald). Hvis der ikke gøres en større indsats end den nuværende for at hjælpe de 200 mio. voksne europæiske rygere til at holde op, vil resultatet være 2 mio. rygerelaterede dødsfald i Europa om året i år 2020 (4).

Støtte og behandling m.h.p. at hjælpe rygere til at holde op er én af en lang række metoder til at bekæmpe tobakken. Det er en opgave ikke bare for den enkelte sundhedsfaglige medarbejder, men for hele sundhedsvæsenet. Støtten kompletterer andre metoder (såsom skat på tobaksprodukter, restriktioner på brug og reklame, regulering af indhold og mærkning samt offentlig informationsindsats og undervisning), men henvender sig til en specifik gruppe: dem, som ønsker at holde op og behøver hjælp (5). Det er imidlertid anerkendt, at undervisning stadig er af afgørende betydning, når det gælder information til rygere om helbredsrisici ved rygning og motivation til rygeophør, og i mange lande ledes sundhedsoplysningskampagner mod tobak af sundhedsvæsenet. Forebyggelse blandt unge vil endvidere, hvis den er effektiv, forebygge sygdom 30-50 år frem i tiden, mens rygeophør i den aktuelle voksne befolkning af rygere giver en tidligere sundhedsgevinst over de næste 20-30 år (6).

Men støtte og behandling til at hjælpe rygere med at holde op er endnu ikke generelt til rådighed. Der er generelt ikke integreret relevante rygestoptilbud i de europæiske sundhedsvæsener, omend nogle lande er ved at etablere sådanne tilbud. Paradoksalt nok er tobaksprodukterne, som forårsager den enorme byrde af dødsfald og sygdom, der er beskrevet ovenfor, til rådighed i stort omfang i modsætning til det begrænsede udbud af hjælp til rygere med at holde op (herunder medicinske produkter beregnet på rygeafvænning).

### **Formålet med disse anbefalinger**

Disse anbefalinger foreslår kerneinterventioner, der bør integreres i sundhedsvæsenerne, interventioner som ifølge solid og konsistent international dokumentation har vist sig effektive.

De er *bevidst* korte og generelle, og ikke omfattende, og detaljer bør søges i de artikler og retningslinier, der henvises til (se nedenfor). Baggrunden for dette er den store forskel på social- og sundhedsvæsenerne i Europa, bl.a. forskelle på licensgivning vedrørende farmaceutiske produkter til behandling og andre regulative forskelle. Vi håber, hvert land vil anvende disse centrale evidensbaserede anbefalinger, som den grundlæggende struktur, på hvilken det enkelte land kan tilføje egne specifikke detaljer.

Anbefalingerne er korte og må forstås ud fra konteksten fremført i denne introduktion. De dækker også de individuelle funktioner, som de enkelte sundhedsfaglige medarbejdere har i relation til behandling af rygere, samt funktionerne i den bredere sundhedstjeneste. Dette er vigtigt, da indflydelsen på folkesundheden ikke alene er et resultat af individuel klinisk effektivitet, men også af dækningsgraden - derfor vigtigheden af at engagere hele systemet, lokalt, nationalt og internationalt.

### **Videnskabeligt grundlag**

Disse rekommandationer reflekterer en global bevægelse i retning af evidensbaseret (klinisk) praksis, herunder forebyggelse og viser, at et stigende antal lande vedtager evidensbaserede retningslinier til behandling af tobaksafhængighed. Et antal officielle redegørelser og retningslinier er blevet brugt som grundlag for disse anbefalinger: US DHHS Public Health Service Clinical Practice Guideline *Treating tobacco use and dependence*, 2000 (7); *Conclusions: smoking Cessation Methods*, National Institute of Public Health and Swedish Council on Technology Assessment in Health Care, Sweden (1998) (8); *Conclusions and Recommendations of the*

*Consensus Conference*, France (1999) (9); *Smoking Cessation guidelines for health professionals: an update*, England, 2000 (10); The Cochrane Library Systematic Reviews (11).

Disse redegørelser og retningslinier er baseret på hundreder af velkontrollerede forsøg og lægger ikke alene vægt på, at behandling for tobaksafhængighed er effektiv, men også at den er omkostnings-effektiv: *Guidance for Commissioners on the Cost Effectiveness of Smoking Cessation Interventions*, England, 1998 (12); *Curbing the Epidemic. Governments and the Economics of Tobacco Control*, 1999 (13).

Disse WHO anbefalinger suppleres af en WHO rapport fra et møde i Helsinki oktober 1999 vedrørende regulering af produkter til behandling af tobaksafhængighed. Helsinki rapporten påpeger kontrasten mellem tobaksprodukter, som er lette at få fat i, og produkter til behandling af tobaksafhængighed, som det er meget sværere at få, og opfordrer kraftigt til at udvikle reguleringsmetoder, som kan rette op på denne ubalance (5).

Dokumentationen støtter udviklingen af tre hovedtyper af interventioner for sundheds- væsenet: Korte opportunistiske interventioner udført af sundhedsfaglige medarbejdere i deres daglige arbejde, mere intensiv støtte ved rygestopinstruktører, ofte på såkaldte "ryge-stop-klinikker", farmakologiske hjælpemidler, som næsten fordobler ophørsraten i kombi- nation med mindre såvel som mere intensiv rådgivning om rygeophør. De vigtigste hjælpemidler i den sidste kategori er nikotinsubstitution og bupropion, som er bredt til- gængelige i Europa. Nikotinsubstitution kan i Europa fås på recept og i håndkøb. Bupropion fås udelukkende på recept.

Alt sundhedsfagligt personale bør involveres i at yde rygere hjælp til rygeophør. Dette gøres i alle kontakter med rygere og er baseret på et relevant uddannelses- og kompetenceniveau, snarere end fagligt tilhørsforhold. Således er anbefalingerne relevante for alt sundhedsfagligt personale.

De væsentlige elementer i individuel rådgivning om rygeophør er blevet beskrevet som de 4 A'er:

Ask	spørg om rygevaner ved enhver lejlighed,
Advise	tilråd alle rygere at holde op,
Assist	hjælp rygeren med at holde op,
Arrange	arranger opfølgning (14).

De opdaterede US retningslinier har desuden introduceret et nyt 'A' mellem rådgivning og hjælp:

Assess	vurder motivationen for at holde op (7).
--------	--

Det er et håb, at disse anbefalinger vil blive revideret og opdateret, når der fremkommer ny videnskabelig dokumentation og erfaring fra implementering af disse anbefalinger.

## ANBEFALINGER

### 1) Anbefalinger til korte interventioner

Som del af daglig klinisk praksis, bør sundhedsfagligt personale:

<b>Ask</b>	<b>Spørge</b> om og registrere rygestatus, holde journalen ajour,
<b>Advise</b>	<b>Fortælle</b> om fordelene ved et rygeophør tilpasset den enkeltes forudsætninger og relateret til den enkeltes helbreds-situation, f.eks. rygerelaterede symptomer og sygdomme eller passiv rygning ved børn.

<b>Assess</b>	<b>Vurdere</b> motivationen for at holde op,
<b>Assist</b>	<b>Hjælpe</b> rygere i deres forsøg på at holde op (dette kan omfatte tilbud om støtte, anbefaling af at bruge nikotinsubstitution eller bupropion og information herom, henvisning til rygestopinstruktør f.eks. på en rygestopklinik,
<b>Arrange</b>	<b>Arrangere</b> opfølgning, hvis det er muligt.

Nogle få nøglepunkter kan dækkes på få minutter:

- \* fastsætte en stop-dag og holde helt op denne dag
- \* gennemgå tidligere erfaringer og lære af dem (hvad hjalp? hvad var en hindring?)
- \* udarbejde en personlig handlingsplan
- \* identificere sandsynlige problemer og planlægge, hvordan de kan håndteres
- \* bede familier og venner om støtte.

Undervisning i tobakkens skadelige virkning, samtale om rygevaner og rådgivning om rygeophør bør indgå i uddannelsen af alt sundhedspersonale.

## 2) Anbefalinger for rygestop-instruktører

Som supplement til de korte opportunistiske interventioner over for rygere bør sundhedsvæsenet tilbyde behandling til de rygere, som har brug for mere intensiv støtte til at holde op. Denne støtte kan tilbydes individuelt eller i grupper, og bør lægge vægt på den psyko-sociale støtte. Der er evidens for god effekt af rygestopkurser omfattende omkring fem møder af ca. en times varighed løbende over 5 - 6 uger. Intensiv støtte bør omfatte tilbud om og opmuntring til at bruge nikotinsubstitution eller bupropion ( hvor det er relevant ) samt klare råd og instrukser om brugen.

## 3) Farmakologisk behandling

For tiden er de væsentligste hjælpemidler i denne kategori nikotinsubstitution og bupropion. Der er p.t. seks nikotinsubstitution produkter: plaster, tyggegummi, næsespray, inhalator, resoribletter og sugetabletter. Rygere, som ryger 10 cigaretter eller mere dagligt, og som ønsker ophør, bør tilrådes brug af nikotinsubstitution eller bupropion. Sundhedspersonale, som rådgiver om rygeophør, bør give rygere præcis information og råd om nikotinsubstitution eller bupropion.

I Europa kan nikotinsubstitution fås på recept og i håndkøb. Bupropion fås udelukkende på recept og bør på baggrund af den aktuelle viden forblive receptpligtig. Dokumentation for bupropions effektivitet er for indeværende begrænset til storrygere, der får adfærds- mæssig støtte.

## 4) Anbefalinger for særlige grupper

Rådgivning og støtte til rygeophør blandt rygere er en aktivitet for hele sundhedsvæsenet og bør efterhånden integreres så mange steder som muligt herunder på hospitaler og i lokalsamfundet. I mange lande er der imidlertid

stadig høj forekomst af rygning blandt sundhedspersonale, så i tilgift til uddannelse og undervisning som anbefalet nedenfor, bør sundhedspersonale selv få tilbud om hjælp til rygeophør.

Hospitalspersonale bør spørge om patientens rygestatus ved første ambulante besøg eller ved indlæggelsen og tilbyde kort rådgivning og hjælp til dem, der ønsker at holde op. Patienter bør informeres om et hospitals eventuelle røgfri status før indlæggelsen. Hospitalspatienter, som har brug for det, bør tilbydes nikotinsubstitution eller bupropion i relation til indlæggelsen. Hospitalet lokaliteter og omgivelser bør være røgfri.

Gravide rygere bør have klar og præcis oplysning om risici for fostret ved rygning og rådes til at holde op med at ryge. De bør tilbydes støtte ved rygestopinstruktør til rygeophør til rygeophør.

Rådgivning om rygeophør, der har vist sig effektiv for voksne, bør overvejes til brug blandt unge i en tilpasset form.

### **5) Anbefalinger for sundhedsplanlæggere**

Indsats med behandling for tobaksafhængighed er en yderst omkostnings-effektiv måde at reducere dårligt helbred og forlænge livet på. Sundhedsplanlæggere bør tage initiativ til og iværksætte differentieret rådgivning om rygeophør, med en kombination af interventionsformer, der er relevant i lokal sammenhæng, men med vægt på de rygeinterventioner, hvis effektivitet er bedst dokumenteret.

Da rådgivning om rygeophør er så omkostnings-effektiv, bør den udbydes af offentlige og private sundhedsordninger eller tilbydes gratis. Adgang til både adfærds- og farmakologisk behandling bør være så bred som muligt med skyldig hensyntagen til lokale rammebetingelser og andre omstændigheder. Der bør iværksættes tiltag for at øge behandlingstilbud til rygere med lav indkomst, herunder til nedsat pris eller helt gratis.

Sundhedspersonale bør undervises i at rådgive og hjælpe rygere til at holde op, og sundhedsplanlæggere bør sikre tilvejebringelse af tilstrækkelige undervisningsbudgetter og uddannelse af sundhedspersonalet. Undervisning og uddannelse til de forskellige typer af interventioner bør ikke alene tilbydes på efteruddannelses- og klinisk niveau, men bør starte på grundlæggende niveauer, i læge- og sygeplejeskeuddannelsen og på andre relevante uddannelser.

Telefonlinier med rådgivning om rygeophør kan være effektive og er meget populære blandt rygere. Det samme synes at gælde om rådgivning over Internettet. Skønt der kræves mere forskning i effektiviteten, ser disse rådgivningsformer ud til at være en service rygere sætter stor pris på, og de bør derfor være til rådighed, hvor det er muligt.



## Referencer

- 1 World Health Organization. **International Statistical Classification of Diseases and related Health Problems, 10.th revision.** Geneva, World Health Organization, 1992.
- 2 American Psychiatric Association. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4.th edition (DSM-IV)** Washington, American Psychiatric Association, 1995
- 3 Tobacco Advisory Group, Royal Collage of Physicians. **Nicotine Addiction in Britain.** London, Royal Collage of Physicians, 2000.
- 4 World Health Organization Europe. **Partnership to Reduce Tobacco Dependence.** Copenhagen, World Health Organization, 2000.
- 5 World Health Organization. **Conclusions of conference on the regulation of tobacco dependence treatment products.** Copenhagen, World Health Organization, 1999.
- 6 Peto R, Lopez A. **Future worldwide health effects of current smoking patterns.** In koop CE, Pearson CE, Schwartz MR (Eds.) **Critical Issues in Global Health.** San Francisco, Jossey-Bass, 2000.
- 7 Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, et al. **Treating Tobacco use and Dependence. Clinical Practice Guideline,** Rockville, US Department of Health and Human Sevices, 2000
- 8 SBU Board of Directors and Scientific Advisory Committee. **Conclusions: Smoking Cessation Methods.** Stockholm, National Institute of Public Health and Swedish Council on Technology Asscessment in Health Care, 1998.
- 9 Agence Nationale d'Accreditation et d'Evaluation en Sante. **Consensus Conference on Smoking Cessation; English summary by Jacques Le Houezec.** Paris, ANAES, 1999.
- 10 West R, McNeill A, Raw M. **Smoking cessation guidelines for health professionals: an update.** Thorax, December 2000, in press.
- 11 Lancaster T, Stead L, Silagy C, Sowden A. **Effectiveness of interventions to help people stop smoking: findings from the *Cochrane Library*.** BMJ 321 355-358, 2000.
- 12 Parrott S, Godfrey C, Raw M, West R, McNeill A. **Guidance for commissioners om the cost-effectiveness of smoking cessation interventions.** Thorax 1998; 53 Supplement 5 Part 2.

**13 World Bank. Curbing the Epidemic. Governments and the Economics of Tobacco Control. Washington, World Bank, 1999.**

**14 Glynn TJ, Manley MW (1989) How to help your patients stop smoking. A National Cancer Institute Manual for Physicians. Washington, US Department of Health and Human Services.**