

## Flera stödformer ökar sannolikheten att bli rökfri vid cancersjukdom

**Forskning visar att sannolikheten att bli rökfri ökar om patienten erhåller stöd i flera olika former. I ett pilotprojekt där Rödakorsets cancerrehabilitering samarbetade med Sluta-röka-linjen blev en av slutsatserna att telefonstödet upplevdes som ett bra komplement till verksamheten. Kvalificerat rökslutarstöd till hälso- och sjukvården ska ges av legitimerad sjukvårdspersonal.**

Att använda tobak i olika former, inte minst rökning, är en stark bidragande faktor till uppkomst av flera olika cancerformer<sup>[1, 2]</sup>. En del forskning indikerar också på att nikotin kan stimulera cancertillväxten och på så vis öka sannolikheten för metastaser<sup>[3, 4]</sup> medan fortsatt rökning efter cancerdiagnos och behandling ökar risken för återfall i cancer<sup>[5]</sup>. Rökningen påverkar även immunförsvaret negativt<sup>[6, 7]</sup>. Trots att de flesta patienter med cancer känner till att tobaken kan ha bidragit till att de utvecklade cancer, visar den kliniska erfarenheten att många har svårt att sluta.

En stark bidragande faktor kan vara den stress och nedstämdhet som många patienter upplever i samband med sin diagnos och behandling. Forskningen kring rökavvänjning visar att negativ stress och nedstämdhet påverkar möjligheten att bli rökfri negativt och att de tillsammans med alkohol utgör de dominerande bidragande faktorerna till återfall i rökning bland personer som försöker sluta röka<sup>[8]</sup>.



### **Kvalificerad rådgivning**

Socialstyrelsens ”Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder” konstaterar att hälso- och sjukvården bör erbjuda vuxna, dagligrökande patienter ”kvalificerat rådgivande samtal” om de önskar stöd att bli rökfria.

Kvalificerad rådgivning kräver, till skillnad från, ”enkla råd” och ”rådgivande samtal” personal utbildad att ge teoribaserat eller strukturerat stöd, till exempel motiverande samtal och/eller beteendeterapi av olika slag<sup>[9]</sup>.

Rådgivning kring användning av olika läkemedel som stöd för rökavvänjning ingår i den kvalificerade rökavvänjningen. Risken finns att behandlingen mot tumören kan påverkas av olika läkemedel som används för behandling mot tobakssug<sup>[10]</sup>. Det kvalificerade rökavvänjningsstödet vid cancervård/-rehabilitering kräver därför även aktuella kliniska kunskaper inkluderande hela terapikedjan inklusive vilken medicinering (om någon) patienten kan erbjudas för att bli tobaksfri beroende på cancerbehandlingen.

### **Samarbete med Sluta-röka-linjen**

Varje cancervårdsverksamhet bör ha tillgång till en funktion som ansvarar för stöd till tobaksavvänjning i hälso- och sjukvården och som har aktuell sakkunskap samt relevant klinisk kompetens. Om det inte finns kompetens för kvalificerad rådgivning i tobaksavvänjning på kliniken, bör rutiner för remiss till kvalificerade tobaksavvänjare på den evidensbaserade nationella Sluta-röka-linjen<sup>[11, 12]</sup> finnas. Om Sluta-röka-linjen ansvarar för stödet till patienten bör patientansvarig på cancerkliniken finnas till hands som kontaktperson för

tobaksavvänjningen på kliniken och följa upp tobaksavvänjningsprocessen under pågående cancerrehabilitering/-behandling. Kliniska verksamheter som till exempel cancervården har som krav, enligt de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande, att legitimerad personal med aktuell klinisk kompetens samt specialistkompetens i tobaksavvänjning ansvarar för kontakten. Just denna kompetens finns på Sluta-röka-linjen.

Det rekommenderas också att cancervården/-rehabiliteringen följer upp sina patienter som vill bli rökfria upptill ett år efter avslutat behandling oberoende av om patienten också har stöd från Sluta-röka-linjen då forskningen visar bättre effekt om flera instanser stöttar patienten <sup>[13, 14]</sup>.

Ásgeir R. Helgason, docent i psykologi,  
Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin

Sanna Fredin, Leg specialistkompetent läkare  
Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin

## Referenser

1. U.S. Department of Health and Human Services.: The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General. Atlanta, Ga: U.S. Department of Health and Human Services, CDC, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. [Available online](#). Last accessed January 2, 2012.
2. IARC Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans.: Tobacco smoke and involuntary smoking. IARC Monogr Eval Carcinog Risks Hum 83: 1-1438, 2004. [\[PUBMED Abstract\]](#)
3. Huang RY, Chen GG. [Cigarette smoking, cyclooxygenase-2 pathway and cancer](#). Biochim Biophys Acta. 2011 Apr;1815(2):158-69. Epub 2010 Dec 13. Last accessed January 2, 2012.
4. Martínez-García E, Irigoyen M, González-Moreno O, Corrales L, Teijeira A, Salvo E, Rouzaut A. Repetitive nicotine exposure leads to a more malignant and metastasis-prone phenotype of SCLC: a molecular insight into the importance of quitting smoking during treatment. *Toxicol Sci*. 2010 Aug; 116(2):467-76. Epub 2010 May 10. Available at <http://toxsci.oxfordjournals.org/content/116/2/467.long>. Last accessed January 2, 2012.
5. [Parsons A](#), [Daley A](#), [Begh R](#), [Aveyard P](#). Influence of smoking cessation after diagnosis of early stage lung cancer on prognosis: systematic review of observational studies with meta-analysis. *BMJ*. 2010 Jan 21;340:b5569. doi: 10.1136/bmj.b5569. Available at <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2809841/?tool=pubmed> . Last accessed January 2, 2012.
6. [Mehta H](#), [Nazzal K](#), [Sadikot RT](#). Cigarette smoking and innate immunity. *Inflamm Res*. 2008 Nov;57(11):497-503. Available at <http://www.springerlink.com/content/t70563q18v073458/> . Last accessed January 2, 2012.
7. [Sopori M](#). Effects of cigarette smoke on the immune system. *Nat Rev Immunol*. 2002 May;2(5):372-7. Available at <http://www.nature.com/nri/journal/v2/n5/full/nri803.html> . Last accessed January 2, 2012.

8. [Sonne SC](#), [Nunes EV](#), [Jiang H](#), [Tyson C](#), [Rotrosen J](#), [Reid MS](#). The relationship between depression and smoking cessation outcomes in treatment-seeking substance abusers. [Am J Addict](#). 2010 Mar-Apr;19(2):111-8. Available at <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2826720/?tool=pubmed> . . Last accessed January 2, 2012.
9. Socialstyrelsen 2011. Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011 – Tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor. Stöd för styrning och ledning. Available online <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18484/2011-11-11.pdf>. Last accessed January 2, 2012.
10. Desmarais JE and Looker KJ. Managing menopausal symptoms and depression in tamoxifen users: Implication of drug and medication interactions. *Maturitas* 67 (2010) 296-308.
11. Helgason AR, Tomson T, Lund KE, Galanti R, Ahnve S, Gilljam H. Factors related to abstinence in a telephone helpline for smoking cessation. *European J Public Health* 2004; 14;306-310.
12. Tomson T, Helgason AR, Gilljam H. Quitline in smoking cessation – a cost effectiveness analysis. *Int J of Techn Ass in Health Care* 2004 : 20;469-474.
13. Lemmens V, Oenema A, Knut IK, et al.: Effectiveness of smoking cessation interventions among adults: a systematic review of reviews. *Eur J Cancer Prev* 17 (6): 535-44, 2008. [\[PUBMED Abstract\]](#)
14. Nancy Rigotti, Marcus R Munafo', Lindsay F Stead. **[Interventions for smoking cessation in hospitalised patients](#)**. Published Online: 8 OCT 2008. Available online <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001837.pub2/pdf>. Last accessed January 2, 2012.