



LÄKARES
Samtal om
LEVNADSVANOR

Tobaksprevention Reumatologi

”Läkares samtal om levnadsvanor”
Samarbetsprojekt SoS och SLS

**Levnadsvaneprojektet inom
Svensk Reumatologisk förening (SRF)**



Svenska
Läkaresällskapet



Enligt WHO kan sunda levnadsvanor förebygga en betydande andel av alla hjärtinfarkter, cancer och typ-2 diabetes. Också den som redan är sjuk kan göra stora hälsovinster med förbättrade levnadsvanor.

Socialstyrelsens (SoS) *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder*, som presenterades november 2011, handlar om hur hälso- och sjukvården skall arbeta sjukdomsförebyggande vad gäller rökning, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor. Man beräknar att svenska läkare varje år genomför över sju miljoner samtal om levnadsvanor och att ca en tredjedel av dessa förs på sjukhus. SoS menar att det vetenskapliga underlaget visar på att läkares samtal om levnadsvanor både har god effekt och är mycket kostnadseffektiva.

Kriterier och rekommendationer

Allt dagligt bruk av cigaretter eller snus definieras som innebärande risk för sjukdom oavsett mängd. Vid snusning graderas risken till något eller måttligt förhöjd. Vid rökning graderas risken som kraftigt till mycket kraftigt förhöjd. De nationella riktlinjerna förordar kvalificerad rådgivning vid rökstopp.

TOBAKSRÖKNING OCH REUMATISK SJUKDOM

Det finns idag belägg för att rökning är en viktig triggande miljöfaktor för utveckling av autoimmun, reumatisk sjukdom hos genetiskt disponerade individer. Detta gäller framför allt ledgångsreumatism (reumatoid artrit - RA), men man ser också ett visst samband mellan rökning och SLE (Systemisk Lupus Erythematosus) respektive rökning och Ankyloserande Spondylit (AS).

Sedan tidigare vet vi att patienter med RA löper ökad risk för hjärt-kärlsjukdom oberoende av andra riskfaktorer och därför har ytterligare starka skäl att undvika den riskökning som rökning medför.

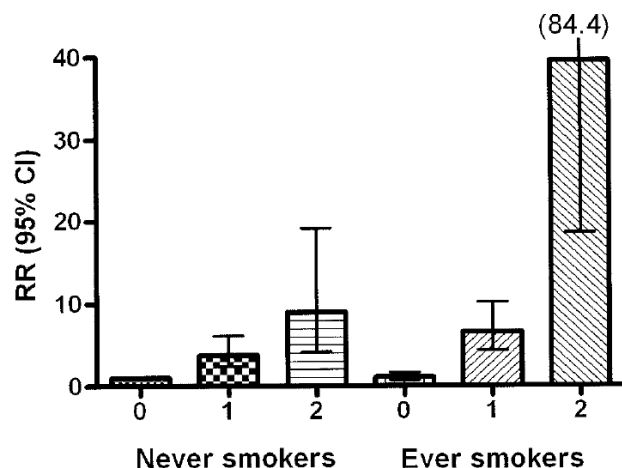
Det står nu klart att det finns ett samband mellan rökning och:

1. Risk att insjukna i ACPA- (anti citrullinated protein/peptide antibody) positiv RA för den som redan har genetisk disposition för RA.
2. Risk för ett sjukdomsförlopp med mer inflammation och mer extra-artikulära manifestationer.
3. Sämre behandlingssvar på såväl Methotrexat som biologisk behandling i form av anti-TNF α .

RÖKNING OCH RISK ATT INSJUKNA I RA

"Shared epitope" (SE), d.v.s. den genupsättning som visat tydligast samband med RA får full genomslagskraft först när den kombineras med rökning. Har man SE från både mor och far och röker så löper man 20-40 ggr ökad risk att insjukna i RA jämfört med den som saknar ärftlig benägenhet och inte röker. Så mycket som 35 % av det totala antalet ACPA-positiva RA-fall skulle ev. kunna förklaras av rökning.

Risk för ACPA-pos RA hos rökare och icke-rökare vid samtidig förekomst av 0, 1, eller 2 kopior av "the shared epitope alleles" HLA-DRB1*0401 och *0404. Värdena uttryckta som relativ risk (RR) och med 95 % konfidens intervall (CI)

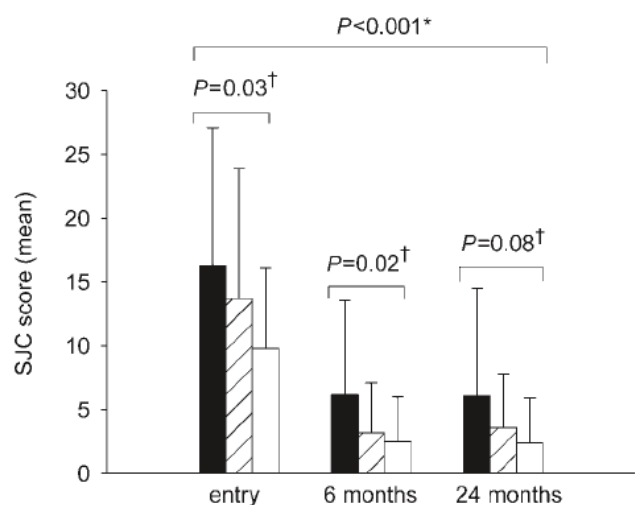


Lundström E, Källberg H, Alfredsson L, Klareskog L, Padyukov L. Gene-environment interaction between the DRB1 shared epitope and smoking in the risk of anti-citrullinated protein antibody-positive rheumatoid arthritis. *Arthritis & Rheumatism*. 2009 May 28;60(6):1597-1603.

RÖKNING OCH RISK FÖR ALLVARLIGARE SJUKDOM

Rökande RA patienter har en inflammatoriskt mer aktiv sjukdom. Här illustrerat med fler svullna leder vid studiestart, 6 månaders- och 2 års-uppföljning.

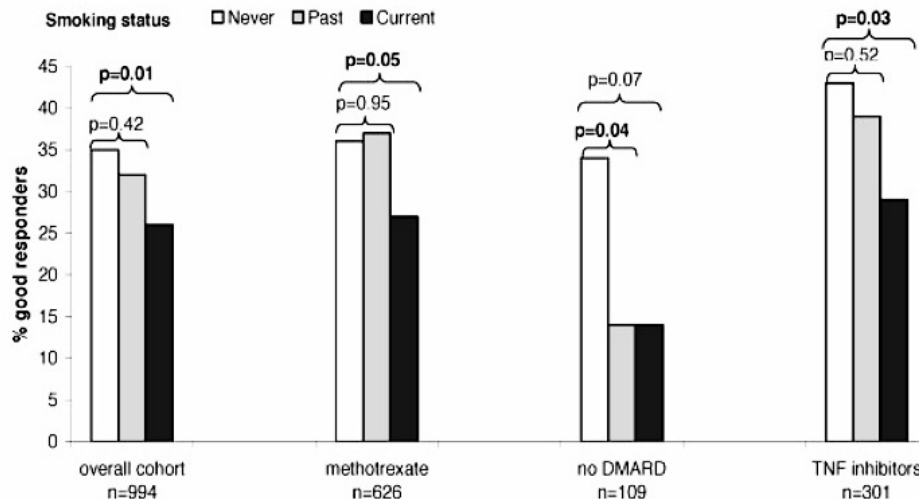
Hög sjukdomsaktivitet vid debuten och fortsatt under de första 2 åren, reumatoid faktor och/eller ACPA-positivitet samt tidig skelettförstörelse är andra markörer för sämre prognos.



Manfredsdottir VF, Vikingsdottir T, Jonsson T, Geirsson AJ, Kjartansson O, Heimisdottir M, et al. The effects of tobacco smoking and rheumatoid factor seropositivity on disease activity and joint damage in early rheumatoid arthritis. *Rheumatology (Oxford)* 2006; 45:734-40

RÖKNING OCH RISK FÖR SÄMRE BEHANDLINGSSVAR

Uppföljning av 1432 patienter i EIRA-registret visade att patienter med RA som röker svarar signifikant sämre på behandling än icke-rökare. Resultaten gällde såväl MTX som anti-TNF α -behandling. Skillnaden låg kvar på samma nivå ännu vid 5 års uppföljning. Ex-rökare hade utfall som icke-rökare utom vad gällde chans för spontan remission där ex-rökare förblev likvärdiga rökare.



Saevarsdottir S, Wedrén S, Seddighzadeh M, Bengtsson C, Wesley A, Lindblad S, Askling J, Alfredsson L and Klareskog L. Patients with early rheumatoid arthritis who smoke are less likely to respond to treatment with methotrexate and tumor necrosis factor inhibitors: Observations from the Epidemiological Investigation of Rheumatoid Arthritis and the Swedish Rheumatology Register cohorts. *Arthritis & Rheumatism* 2011, Jan.

IMPLIKATIONER

- Alla patienter med reumatoid artrit som röker har förutom de allmänna skälen att sluta röka även tunga reuma-specifika skäl att sluta
- Barn och barnbarn till reumatiker ska aldrig börja röka

Huruvida vi kan förespegla den rökande RA-patienten att hennes sjukdom får ett mildare förlopp alternativt att hon får bättre behandlingseffekt av sina mediciner om hon slutar röka kommer pågående studier eventuellt kunna ge svar på.

I arbetet med att optimera effekten av given farmakologisk behandling, förhindra allvarligare sjukdomsförlopp och på sikt även förebygga sjukdom ingår därför numera även uppgiften att förhålla sig om huruvida patienten röker och i så fall erbjuda henne/honom hjälp att sluta.

I överensstämmelse med "Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder" och enligt rekommendationer från läkarförbundet och läkaresällskapet så är det

läkares uppgift att

- Tillfråga patienten om rökning/tobaksbruk
- Upplysa patienten om sambandet mellan rökning/tobak och sjukdom
- Kunna ge råd och stöd till patienter som vill sluta med tobak (t.ex. remittera till lämplig instans)
- Diagnosregistrera rökning/tobaksberoende i syfte att ge en fullständig bild av sjukligheten

I mallen nedan kan patienten värdera sin motivation till att sluta röka

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Jag är ointresserad			Jag är osäker			Jag är beredd att sluta			
Hur viktigt är det för dig att sluta röka på en skala 1-10?									
Hur bedömer du dina möjligheter att lyckas på en skala 1-10?									

Vad krävs för att du skall komma upp till en högre nivå på skalan?
Är du beredd att sätta ett stoppdatum?

Ska man sluta tvärt?

Det är patientens motivation och beslutsamhet som avgör vilken metod som ska väljas, snabb eller lugn metod. En del klarar av att tvärnita medan många har glädje av en lugnare övergång till livet som rökfri. Det senare gäller speciellt patienter som har testat och inte lyckats med den snabba metoden. Den lugnare metoden handlar om planering och åtgärder i flera steg för att t.ex. undvika platser och situationer där patienten vanligtvis röker.

Aktiviteter

Vid läkarbesök; Fråga patienten om hon/han använder tobak.

Om ja; Diagnosregistrera: F17.2 för tobaksberoende i patientadministrativa system och i patientjournal.

Tillfråga patienten om hon/han är intresserad av kontakt med rökavvänjningsmottagning.

Om ja; Arrangera kontakt med lämplig rökavvänjningsmottagning.

Åtgärds kod: QX003 för tobaksavvänjning i patientadministrativa system och patientjournal.

Vid återbesök;

Efterfråga resultat från rökavvänjningsprogram och dokumentera i patientjournal.

Råd till patienten som kan underlätta ett rökstopp

- Tänk igenom dina skäl för att sluta
- Bestäm vilken dag du skall sluta (gärna ca 2-3 veckor fram i tiden)
- Anteckna när och var du röker - det hjälper dig att se över dina vanor
- Be familjen/vännerna/arbetskamraterna om stöd
- Försök att äta regelbundet och rör på dig så mycket du kan
- Se till att du inte har tobak kvar tillgängligt efter ditt stoppdatum
- Belöna dig själv varje dag när du är rökfri
- Vänta ut suget - det sitter oftast inte i mer än några minuter

Det finns för närvarande tre typer av läkemedel som är godkända för hjälp vid rökavvänjning

1. Nikotinläkemedlen är väl beprövade och kan lindra abstinensbesvär. Plåster, tuggummi och sugtabletter är receptfria medan nässpray kräver recept. Nikotinläkemedel börjar man med samma dag som man slutar röka och använder i full dos i 6-8 veckor för att sedan trappa ut.
2. Vareniklin (Champix^R) är en selektiv, partiell agonist till den nikotineriga acetylkolinreceptorn, med högre receptoraffinitet och lägre egen effekt jämfört med nikotin. Studier har visat att med den rekommenderade behandlingstiden på tolv veckor uppnås rökfrihet vid ett års uppföljning hos ca 20 % i den aktivt behandlade gruppen, jämfört med ca 10 % hos placebobehandlade.

3. Bupropion (Zyban^R) är en centralt verkande återupptagshämmare av noradrenalin och dopamin med liten effekt på serotoninåterupptaget. Verkningsmekanismen för bupropion vid rökavvänjning är okänd men troligen medieras den via noradrenerga och/eller dopaminerga mekanismer. På grund av att bupropion och dess huvudmetabolit, hydroxibupropion, hämmar vissa cytokrom P450-enzymmer bör försiktighet iakttas vid samtidig behandling med läkemedel som metaboliseras via detta enzymesystem. Behandling med Zyban^R är kontraindicerad vid känd benägenhet för krampanfall; epilepsi, CNS-tumör, alkoholmissbruk o. dyl.

Såväl Champix^R som Zyban^R är rabattberättigade under förutsättning att patienten samtidigt har professionellt samtalsstöd i sin rökavvänjning. För rekommenderad användning se Socialstyrelsens riktlinjer.

Webbsidor

www.SLS.se/levnadsvaneprojektet
www.slutarokalinjen.org
www.tobaksfakta.se
www.somt.se
www.fhi.se

Referenser

1. Abhishek A, Butt S, Gadsby K, Zhang W, Deighton CM. 2010. Anti-TNF-alpha agents are less effective for the treatment of rheumatoid arthritis in current smokers. *J Clin Rheumatol* 16: 15-8
2. Harrison BJ, Silman AJ, Wiles NJ, Scott DG, Symmons DP. 2001. The association of cigarette smoking with disease outcome in patients with early inflammatory polyarthritis. *Arthritis Rheum* 44: 323-30
3. Kallberg H, Ding B, Padyukov L, Bengtsson C, Ronnelid J, Klareskog L, Alfredsson L. 2011. Smoking is a major preventable risk factor for rheumatoid arthritis: estimations of risks after various exposures to cigarette smoke. *Ann Rheum Dis* 70: 508-11
4. Klareskog L, Gregersen PK, Huizinga TW. 2010. Prevention of autoimmune rheumatic disease: state of the art and future perspectives. *Ann Rheum Dis* 69: 2062-6
5. Klareskog L, Stolt P, Lundberg K, Kallberg H, Bengtsson C, Grunewald J, Ronnelid J, Harris HE, Ulfgren AK, Rantapaa-Dahlqvist S, Eklund A, Padyukov L, Alfredsson L. 2006. A new model for an etiology of rheumatoid arthritis: smoking may trigger HLA-DR (shared epitope)-restricted immune reactions to autoantigens modified by citrullination. *Arthritis Rheum* 54: 38-46
6. Lundstrom E, Kallberg H, Alfredsson L, Klareskog L, Padyukov L. 2009. Gene-environment interaction between the DRB1 shared epitope and smoking in the risk of anti-citrullinated protein antibody-positive rheumatoid arthritis: all alleles are important. *Arthritis Rheum* 60: 1597-603

7. Manfredsdottir VF, Vikingsdottir T, Jonsson T, Geirsson AJ, Kjartansson O, Heimisdottir M, Sigurdardottir SL, Valdimarsson H, Vikingsson A. 2006. The effects of tobacco smoking and rheumatoid factor seropositivity on disease activity and joint damage in early rheumatoid arthritis. *Rheumatology (Oxford)* 45: 734-40
8. Matthey DL, Brownfield A, Dawes PT. 2009. Relationship between pack-year history of smoking and response to tumor necrosis factor antagonists in patients with rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 36: 1180-7
9. Nyhall-Wahlin BM, Petersson IF, Nilsson JA, Jacobsson LT, Turesson C. 2009. High disease activity disability burden and smoking predict severe extra-articular manifestations in early rheumatoid arthritis. *Rheumatology (Oxford)* 48: 416-20
10. Oliver JE, Silman AJ. 2009. What epidemiology has told us about risk factors and aetiopathogenesis in rheumatic diseases. *Arthritis Res Ther* 11: 223
11. Padyukov L, Silva C, Stolt P, Alfredsson L, Klareskog L. 2004. A gene-environment interaction between smoking and shared epitope genes in HLA-DR provides a high risk of seropositive rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 50: 3085-92
12. Papadopoulos NG, Alamanos Y, Voulgari PV, Epagelis EK, Tsifetaki N, Drosos AA. 2005. Does cigarette smoking influence disease expression, activity and severity in early rheumatoid arthritis patients? *Clin Exp Rheumatol* 23: 861-6
13. Saevarsdottir S, Wedren S, Seddighzadeh M, Bengtsson C, Wesley A, Lindblad S, Askling J, Alfredsson L, Klareskog L. 2011. Patients with early rheumatoid arthritis who smoke are less likely to respond to treatment with methotrexate and tumor necrosis factor inhibitors: observations from the Epidemiological Investigation of Rheumatoid Arthritis and the Swedish Rheumatology Register cohorts. *Arthritis Rheum* 63: 26-36
14. Saag KG, Cerhan JR, Kolluri S, Ohashi K, Hunninghake GW, Schwartz DA. 1997. Cigarette smoking and rheumatoid arthritis severity. *Ann Rheum Dis* 56: 463-9
15. Soderlin M, Petersson I, Geborek P. 2012. The effect of smoking on response and drug survival in rheumatoid arthritis patients treated with their first anti-TNF drug. *Scand J Rheumatol* 41: 1-9
16. SoS Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011. Tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor – stöd för styrning och ledning ISBN 978-91-86885- 66-3
17. Wolfe F. 2000. The effect of smoking on clinical, laboratory, and radiographic status in rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 27: 630-7

Andra upplagan 120422

Broschyr utformad av överläkare Ann-Marie Calander, sektionsansvarig SLS' Levnadsvaneprojekt Reumatologi och verksamhetsutvecklare Britt-Marie Zaman i samråd med MoRR-gruppen på uppdrag av Svensk Reumatologisk förening, godkänd av styrelsen för SRF och projektledningen för levnadsvaneprojektet.