



PSYKOLOGER MOT TOBAK I SAMARBETE MED
LÄKARE MOT TOBAK
SJUKSKÖTERS KOR MOT TOBAK
TANDVÅRD MOT TOBAK



Rådgivning och tobaksavvänjning

I PSYKIATRI, BEROENDEVÅRD OCH SOCIALTJÄNST

© PSYKOLOGER MOT TOBAK

ISBN: 978-91-633-8737-1

OMSLAGSFOTO: THINKSTOCK

FOTO INLAGA: S 7 JOHNER/ELISABET ZELLON, S 8 JOHNER/PETER ERIKSSON,

S 16 MATTON, S 19 NORDIC PHOTOS/THOMAS H JOHNSSON,

S 22 MATS LUNDQVIST ÖVRIGA FOTON THINKSTOCK

GRAFISK PRODUKTION: AB TYPOFORM

TRYCK: DAVIDSONS TRYCKERI AB, VÄXJÖ, 2011

Rådgivning och tobaksavvänjning

I PSYKIATRI, BEROENDEVÅRD OCH SOCIALTJÄNST

PSYKOLOGER MOT TOBAK I SAMARBETE MED

LÄKARE MOT TOBAK

SJUKSKÖTERSKOR MOT TOBAK

TANDVÅRD MOT TOBAK

Innehåll

3	Sammanfattning	
4	Inledning	
5	Tobaksfrågan prioriterad	
5	Så många använder tobak	
6	Konsekvenser av tobaksbruk	
	Rökning en stor hälsorisk	6
	Rökning, stress och psykisk ohälsa	7
	Ekonomiska konsekvenser	7
	Skadeeffekter av snus	8
	Nikotinberoendet	9
10	Rådgivning och tobaksavvänjning	
	De flesta vill och kan sluta	10
	Processen att sluta röka och snusa	10
	Rådgivning och motiverande samtal	11
	Rådgivning per telefon	12
	Tobaksavvänjning	12
	Läkemedel för tobaksavvänjning	14
18	Rådgivning på olika arenor	
	Socialtjänst	18
	Beroendevård	18
	Psykatri	20
24	Policy om tobaksprevention	
	Goda erfarenheter	25
	Utbildningsinsatser	27
28	Så gjorde vi - berättelser från några vårdenheter	
35	Bilagor	
	Bilaga 1. Definitioner av nikotinberoende och nikotinabstinens	35
	Bilaga 2. Läkemedel för tobaksavvänjning	36
	Bilaga 3. Så här kan du göra för att sluta röka och snusa	38
	Bilaga 4. Rekommenderad policy om tobaksprevention	40
	Bilaga 5. Telefonrådgivning, webbplatser, utbildning, material	41
	Bilaga 6. Referenser	42
	Bilaga 7. Personer och organisationer som medverkat i skriften	48

Sammanfattning

Bland personer med psykisk sjukdom, alkohol- eller drogberoende och socialt utsatta är det fortfarande mycket vanligt att röka och snusa. Rökningens effekter på hälsa och privatekonomi är förödande och drabbar dessa grupper särskilt hårt på grund av att deras tobakskonsumtion ofta är hög. De kan också ha en nedsatt förmåga att hantera de hälsomässiga och ekonomiska problem som tobaksbruket för med sig. De flesta som röker, och även många snusare, vill och försöker sluta med tobak och de flesta behöver göra flera försök under lång tid innan de blir tobaksfria för gott. Det finns effektiva behandlingsmetoder för tobaksavvänjning och personer i dessa grupper har goda utsikter att lyckas sluta röka om de får ett bra stöd. Samtidigt är bedömningen att patienter med psykisk sjukdom är de som idag har minst tillgång till stöd och behandling. Det är en grundläggande rättvisefråga att alla får rådgivning och tobaksavvänjning anpassad till sina speciella behov. Alla har rätt att lita på att de erbjuds den bästa behandlingen och får information om faktorer som är viktiga för deras hälsa.

Det är troligen en viktig framgångsfaktor att patienter/klienter kan få stöd att sluta med tobak i den verksamhet där de behandlas för sin psykiska sjukdom eller sitt alkohol- eller drogberoende.

- Psykiatriska kliniker, behandlingshem och socialkontor bör integrera rådgivning om tobak i rutinverksamheten och utveckla en strategi för hur det tobakspreventiva arbetet ska utvecklas i övrigt.
- Personalen bör få grundläggande kunskaper om tobaksbruk och dess konsekvenser och om hur de i det löpande arbetet kan stödja patienter/klienter att sluta med tobak, samt vart de kan hänvisa för tobaksavvänjning om de inte själva kan hjälpa till.
- Varje enhet bör utse en person som är ansvarig för policyfrågor, information, rådgivning och tobaksavvänjning.

”Det är en etisk plikt för personal inom psykiatri och beroendevård att ge patienterna stöd till rökstopp.”

JUDITH J PROCHASKA, KALIFORNIEN



Inledning

Tobaksbruket utgör ett av de största folkhälsoproblemen. Rökningen dödar tusentals människor per år, skadar hundratusentals och kostar samhället minst 30 miljarder om året. Rökningen bidrar påtagligt till de stora sociala skillnader i dödlighet vi har i Sverige. I dag är det de som har det sämst ekonomiskt, har kortast utbildning och i övrigt lever under pressade förhållanden som röker mest. Psykiatri, beroendevård och socialtjänst har det gemensamt att de möter just dessa grupper. Därför är dessa arenor så viktiga – här kan budskapet om tobaksbrukets skadlighet och hur man kan sluta med tobak nå ut till dem som bäst behöver det. Det är lätt att tro att rökare redan vet allt de behöver för att sluta. Men även om man är medveten om att rökning är farligt är det inte säkert att det leder till att man slutar. Det är vanligt att man inte upplever hotet mot hälsan personligt och att man inte förstår hur farligt det är. Det kan också vara så att man inte vet hur man ska göra när man slutar eller tror att man inte kan sluta. Om personalen inte berör frågan om rökningen kan det för patienten/klienten bli bevis för att det är ofarligt att röka, alternativt att personalen bedömer att personen inte är kapabel att sluta. Det kan bidra till att många inte ens försöker sluta röka.

Många anställda inom psykiatri, beroendevård och socialt arbete tar inte upp frågan om rökning eller snusning med sina patienter/klienter. Det kan bland annat bero på

att personalen tror att frågan är för känslig, eller har uppfattningen att patienterna/klienterna ”behöver” sin tobak och inte vill eller kan sluta. Dessa attityder kan tjäna som en uppmuntran till fortsatt rökning. Inom psykiatri och beroendevård har man också trots att det psykiska tillfrisknandet respektive möjligheten att bli nykter eller drogfri äventyras om personen även försöker sluta röka under behandlingen. Som framgår av denna skrift vet vi idag att inget av detta stämmer. Rökning har många negativa effekter för patienterna. De flesta patienter/klienter är oroliga för det och både vill, kan och försöker sluta röka. Våldigt många vill även sluta snusa.

Personer med psykiska problem kan vara extra lyhörda för signaler från behandlande personal eftersom de är rädda att göra något som kan försämra det psykiska tillståndet. De litar på personalen, på att de får veta vad som kan påverka hälsan positivt, och att de får en optimal behandling. Det är av avgörande betydelse att professionella inom psykiatri, beroendevård och socialtjänst visar att de tar tobaksbruket på allvar – frågar om tobaksvanor, gör kopplingen mellan tobaksbruket och olika problem eller sjukdomstillstånd och erbjuder råd om rök- eller snusstopp för de som vill sluta. Om det inte finns möjlighet att ge stödet inom den egna verksamheten bör personalen kunna hänvisa vidare.



Tobaksfrågan prioriterad

Minskat tobaksbruk är en av våra viktigaste folkhälsofrågor. Sverige har anslutit sig till WHO:s Tobakskonvention där det betonas mycket starkt att information om tobakens skadeverkningar och hjälp att sluta måste göras lättillgänglig för alla (1). Regeringen har i de senaste folkhälso propositionerna (2002/03:35, 2007/08:110) satt som mål att till 2014 halvera andelen rökare bland de grupper som röker mest, och dit hör de socialt utsatta och psykiskt sjuka. Det är dock långt kvar till detta mål

– Statens Folkhälsoinstitut bedömde 2010 att mindre än hälften av minskningen hade uppnåtts (2). Tobakens skadeverkningar kan minskas bara genom ett brett arbete som omfattar många strategier och målgrupper. Det som behövs är en kombination av åtgärder som information, tobaksavvänjning, utbildning, lagstiftning, minskad tillgänglighet, utökade rökfria miljöer, opinionsbildning och en aktiv prispolitik.



Så många använder tobak

Rökning är en klassfråga i Sverige idag. Ju kortare utbildning och ju sämre socioekonomiska förhållanden, desto större risk att vara rökare. I befolkningen var 13% dagligrökare 2010 (3), vilket är en mindre andel än i andra jämförbara länder. Men skillnaderna i rökvanor mellan sociala grupper är stora. Dagligrökning är vanligare bland socialt och ekonomiskt utsatta som har kort utbildning (19% dagligrökare), är arbetslösa (23%), har sjukpenning/-ersättning (22%) eller saknar kontantmarginal¹ (24%). Enligt en rapport från SCB röker personer med funktionshinder mer än befolkningen som helhet och det gäller särskilt gruppen med psykiska funktionshinder där det är nästan dubbelt så många som röker (4).

I en undersökning av öppenvårdspatienter i psykiatrin i Gävleborg 2008–2009 var 56% rökare (5). Så ser det även ut i andra länder. Data från olika länder tyder på att andelen rökare är 2–4 gånger högre bland psykiskt sjuka än i befolkningen som helhet, och högst bland personer med schizofreni och alkoholberoende (6,7,11).

År 2010 snusade 20% av männen och 4% av kvinnorna dagligen. Blandbruket är mycket omfattande. Omkring en tredjedel av de snusande männen röker även dagligen eller då och då. Även när det gäller snus finns en social snedfördelning, men i mindre grad än för rökningen. Fler personer med kort än med lång utbildning och fler arbetare än tjänstemän snusar (3).

1. En indikator på ekonomiskt utsatthet som här används är att leva med låg kontantmarginal. Det innebär att en person som hamnar i en oförutsedd situation där hon/han måste skaffa fram 15 000 kr på en vecka inte klarar det.

Konsekvenser av tobaksbruk

Rökning en stor hälsorisk

I Sverige dör 6 400 per år i förtid av rökningen, 18 personer per dag. Cigaretten kan liknas vid en liten kemisk fabrik som släpper ut 4 000 kemiska ämnen, varav väldigt många är farliga för hälsan. Alla som röker skadas och varannan dör i förtid. Rökningen har effekter överallt där inandningsluften passerar och dit blodet strömmar, det vill säga i stort sett i alla kroppens organsystem. Statistiskt sett förkortar rökning livet med upp till 10 år och kan ge upp till 20 gånger så hög risk att få ett 40-tal sjukdomar som kan sätta ner livskvaliteten allvarligt (8).

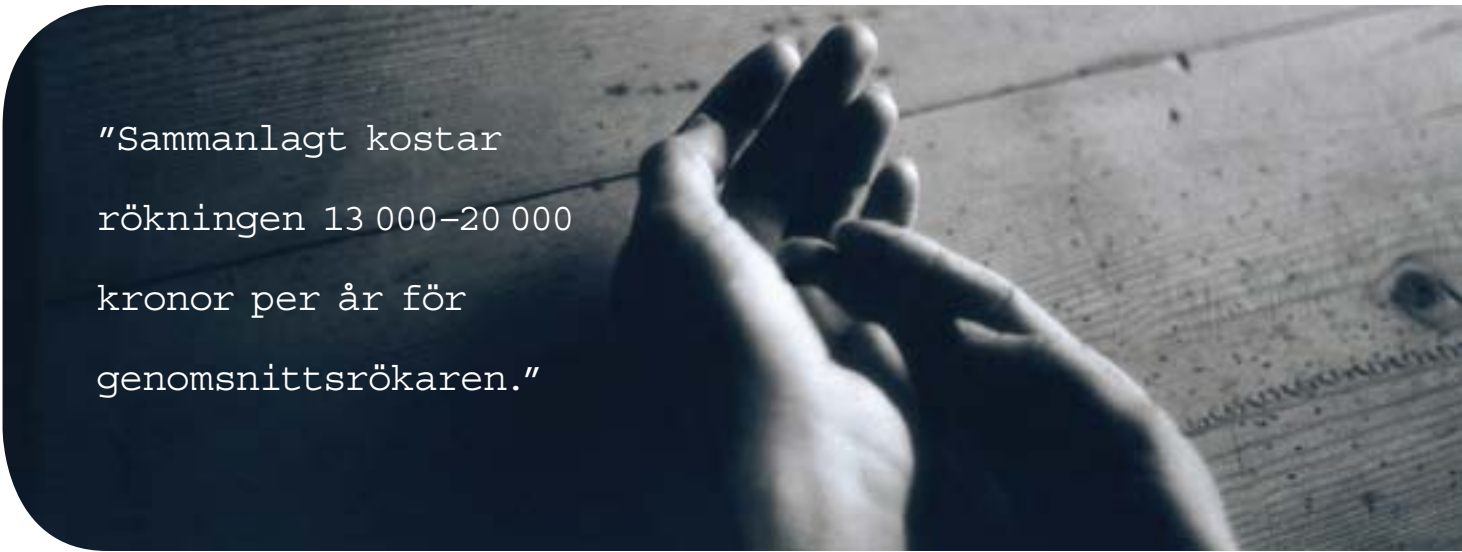
Många psykiskt sjuka som röker har en högre cigarettkonsumtion än den genomsnittlige rökaren. I ett stort nationellt representativt urval av befolkningen i Nordamerika visade det sig att personer med aktuell psykisk sjukdom konsumerade nästan hälften av de sålda cigaretterna (11). Tobaksrelaterade sjukdomar, till exempel hjärtinfarkt och lungsjukdomar, är därför särskilt vanliga hos personer med någon form av psykisk sjukdom. Statistiskt sett förkortar rökning livet med upp till 25 år för psykiskt sjuka och rökningen anses vara en av de största

”Rökningen är i dag den största enskilda orsaken till sjukdom, lidande och förtida död i västvärlden.”

SJUKDOMAR AV RÖKNING (8,9,10).

- Den största rökingsrelaterade sjukdomsgruppen är hjärt-kärlsjukdomar.
- Därefter kommer lungsjukdomar som kroniskt obstruktiv lungsjukdom KOL och lungcancer.
- Rökning ökar risken för minst omkring 15 olika cancerformer.
- Rökare har större risk att drabbas av bland annat ryggvärk, diabetes, magsår, vissa synnedsättningar, hörselnedsättning, giftstruma, ledgångsreumatism och benskörhet.
- Rökare har fem gånger större risk att drabbas av svår tandlossning (parodontit).
- Rökning ger sämre immunförsvar och nedsatt kondition.
- Rökning under graviditet är kopplat till bland annat dålig fostertillväxt, missfall och plötslig spädbarnsdöd och barnet har större risk att få sjukdomar som astma, allergi, uppmärksamhetsstörning (ADHD) och beteendestörningar. Svenska forskare visade nyligen även en koppling till nedsatt handkoordination hos 11-åringar, särskilt bland pojkar. Mycket talar för att nikotinet är orsak.

orsakerna till detta, tillsammans med övervikt, diabetes och högt blodtryck (12,13,14,15). Socialstyrelsen pekar i sina Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder ut personer med schizofreni som en särskilt utsatt grupp när det gäller rökning (16). Tobak och alkohol är en farlig kombination eftersom de båda drogerna förstärker varandras sjukdomsrisker. Riskökningen är multiplikativ vilket betyder att sjukdomsrisken blir ännu högre än summan av alkoholriskerna och tobaksriskerna. Ett känt exempel på detta är den stora överrisken för cancer i munhåla och strupe hos rökande alkoholister (17), men forskning tyder på att det gäller även till exempel hjärtsjukdom (18).



”Sammanlagt kostar
rökningen 13 000–20 000
kronor per år för
genomsnittsrökaren.”

Rökning, stress och psykisk ohälsa

Studier talar för att rökning kan bidra till att människors psykiska ohälsa. Rökare har mer än dubbelt så stor risk som icke-rökare att drabbas av depression och särskilt kvinnor har en ökad risk att drabbas av panikångest (20,21). Generellt upplever rökare mer stress och negativa känslor än icke-rökare (22). De omedelbara fysiologiska effekterna av rökning och nikotin liknar de som utlöses av stress. De flesta rökare uppger att det främsta skälet för att röka är att rökningen lugnar dem (23). Rökare röker som regel i stressiga situationer och upplever att det dämpar stressen och hjälper till att reglera dåligt humör, men detta verkar vara mer illusion än verklighet. Den lugnande effekt som upplevs vid rökning beror i stor utsträckning på lindring av nikotinabstinens snarare än på en direkt påverkan på stressreaktioner och negativa känslor (24). Rökningen lindrar alltså den stress och de negativa känslor som nikotinberoendet och abstinensen gett upphov till, vilket betyder att rökningen i sig är en stressfaktor. Den som slutar blir gradvis mindre stressad. På sikt innebär rökstopp för de flesta också en bättre sömn, vilket leder till bättre återhämtning som i sin tur bidrar till lägre nivåer av stress (25,26).

Ekonomiska konsekvenser

För samhället kostar tobaksrökningen minst 30 miljarder kronor per år (8). Men att röka är även dyrt för rökaren själv, samtidigt som vi redan konstaterat att det är de med minst ekonomiska resurser som röker mest. Medelpriset 2010 var 47:50² för ett paket med 19 cigaretter. Genomsnittsrökaren röker 11–13 cigaretter per dag till en kostnad av 10 000–11 500 kronor per år eller i genomsnitt 29 kronor per dag (8). Att röka ett paket cigaretter om dagen kostar drygt 17 000 kronor per år. Till utgifterna för cigaretterna kommer även en med åren ökande kostnad för rökrelaterad sjuklighet. Rökare har i genomsnitt åtta extra sjukdagar per år (27). För individen kostar dessa sjukdagar i genomsnitt cirka 3 000 kronor om de utgör en sammanhängande sjukfrånvaro. Delas de upp på flera tillfällen blir de dyrare på grund av att fler karensdagar tillkommer (28). Sammanlagt kostar rökningen således 13 000–20 000 kronor per år för genomsnittsrökaren. För den som röker mer blir de ekonomiska konsekvenserna förstås ännu större. Bland psykiskt sjuka och bland alkoholberoende finns många starkt nikotinberoende storrökare (29). En konsumtion på två–tre paket cigaretter per dag rapporteras inte vara ovanlig bland personer med schizofreni, vilket skapar stora problem med både hälsa och ekonomi.

2. Uppgifter från Svensk handel.



Socialstyrelsen kom i en undersökning 2010 fram till att var tionde person som upplever hinder på grund av funktionsnedsättning får ekonomiskt bistånd (tidigare benämnt socialbidrag), dubbelt så stor andel som i befolkningen. Människor med funktionsnedsättning har även lägre disponibel inkomst³. Sämst ställda är personer med psykisk funktionsnedsättning, som i genomsnitt har en 30% lägre disponibel inkomst än befolkningen i stort. Många med psykisk funktionsnedsättning lever på sjuk- och aktivitetsersättning⁴ (tidigare benämnt förtidspension). Personer med funktionshinder har större behov av hälso- och sjukvård, läkemedel och tandvård men avstår oftare än befolkningen i övrigt. Det är fem gånger så vanligt att personer med psykisk sjukdom avstår från sjukvård, tandvård och läkemedel för att de inte har råd, som att genomsnittsinvånaren gör det. Ändå ingår inte personer med diagnos psykossjukdom/schizofreni i undersökningen, och författarna till rapporten noterar att det är troligt att dessa har ännu sämre ekonomiska villkor (30). Om man röker förvärras situationen. Förutom nedprioritering av hälso- och sjukvård och mediciner kan det handla om att välja bort mat, kläder och sociala aktiviteter för att ha råd med tobaken. Nikotinberoendet är droklassat och man avstår inte cigaretterna så lätt, se avsnittet om

3. Disponibel inkomst=lön + bidrag – skatt

4. År 2010 är den lägsta nivån på sjukersättning för den som inte haft någon inkomst av förvärsarbete 8 480 kronor per månad. Andra ersättningar tillkommer i regel, som bostadsbidrag, barnbidrag, ekonomiskt stöd från anhöriga och ekonomiskt bistånd från socialtjänsten. Källa: www.forsakringskassan.se.



Nikotinberoendet sid 9. Samtidigt är en av de avgörande faktorerna för återhämtning från psykisk sjukdom att komma ur fattigdom och få bättre ekonomi (31).

Skadeeffekter av snus

En del rökare byter till snus i förhoppningen att det ska vara mindre farligt. Jämfört med kunskapen om rökningens effekter är dokumentationen av snusningens långsiktiga verkningar mycket ofullständig. Sammanlagt innehåller snus över 3 000 olika ämnen som är skadliga för hälsan varav minst 28 är cancerframkallande. Forskning visar att snusning stressar hjärt-kärlsystemet och ökar risken för dödlig hjärtinfarkt och dödlig stroke (8). Den starka nikotinexponeringen under en stor del av dygnet utgör en stressfaktor för snusarens hjärta och blodkärl. Hjärtat får slå 15 000 fler slag per dygn och blodtrycket höjs med 5–10 millimeter kvicksilver. Snusning ökar även risken för cancer i bukspottkörteln, och misstänks öka risken för cancer i matstrupen och magsäcken, samt risken att få diabetes. Munslemhinnan tar skada, och det finns allvarliga risker för fostret om mamman snusar under graviditet (8). Även snusning är dessutom dyrt. Medelpris för en dosa 2010 var 45:50 kr². Genomsnittsnusaren använder en tredjedels dosa per dag och har snus i munnen under 12 av dygnets 24 timmar. Det kostar cirka 5 000 kronor per år (8), men många snusar betydligt mer och man stöter ibland på personer som använder upp till tre dosor per dag. Många har även snus i munnen under natten.



En aktuell diskussion är om det för vissa personer är ett alternativ att gå över från cigaretter till snus. Normalt avråder man från en sådan övergång. Det saknas vetenskapligt stöd för att förespråka snus som ett alternativ vid rökavvänjning. För människor som har mycket svårt att sluta röka och har stora besvär av sin rökning skulle detta ändå i enstaka fall kunna vara ett alternativ, men då först sedan man prövat med hjälp av professionell rådgivning och stöd kombinerat med läkemedel. Patienter som på eget initiativ övergår till snus bör förstås uppmuntras. Det är ett steg i rätt riktning. Nikotinfritt snus är inte en tobaksprodukt och man vet inte om det har någon skadlig inverkan på hälsan.

Nikotinberoendet

Nikotinet ”kidnappar” hjärnans belöningssystem och ger ett mycket starkt fysiologiskt och psykologiskt beroende. Både nikotinberoende och nikotinabstinens räknas i dag som sjukdom. I de internationella klassifikationssystemen för sjukdomar ICD och DSM⁵ (32,33) klassas nikotinberoende som en psykisk störning orsakad av att en kemisk så kallad psykoaktiv substans som sätter hjärnans belöningssystem ur balans, diagnos F17, se bilaga 1. Nikotinet i cigaretten ger en effekt på centrala nervsystemet (CNS) inom 7–10 sekunder från det att man inhalerar röken. Rökningen har en lugnande, ångstdämpande och samtidigt stimulerande effekt framförallt genom att varje cigarett tar bort

”Både alkohol- och drogmissbrukare löper en större risk att dö av sin rökning än av själva alkoholen/drogerna (19).”

den abstinens som börjat sätta in sedan den förra röktes. Man måste tillföra drogen – nikotinet – kontinuerligt för att vara i känslomässig balans, fungera optimalt och känna sig energifylld. Uteblir nikotintillförseln en längre stund får man abstinenssymtom. De flesta upplevda fördelar med att röka och snusa kommer i verkligheten från den befrielse från nikotinabstinens som inträder varje gång man tar en cigarett eller en snusprilla (24,34).

Beroendet kan mätas med den så kallade Fagerström-skalan (35). Mängden rökta cigaretter per dag och tiden från det att man vaknar till att man tar sin första cigarett på morgonen anses vara särskilt viktiga indikatorer på graden av nikotinberoende, och denna förkortade form av mätinstrumentet finns i avsnittet om Läkemedel för tobaksavvänjning sid 14. Starkt beroende rökare har i regel svårare att sluta, kan behöva mer stöd och har större nytta av läkemedel.

Snus verkar på ett likartat sätt i belöningssystemet. Nikotinet från snuset tas huvudsakligen upp genom slemhinnan i munnen (även delvis i mag-tarm-kanalen då man sväljer nikotin). Men upptaget sker långsammare än vid cigarettökning, och nikotinkoncentrationen i blodet når maximal nivå inom 30 minuter (36). Detta uppväger snusaren genom en mer kontinuerlig tillförsel. Som redan nämnts har många snus inne under större delen av dagen.

5. International Classification of Diseases ICD, Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorder DSM.

Rådgivning och tobaksavvänjning



De flesta vill och kan sluta

De flesta vuxna som röker (70–85%) och nästan hälften av snusarna vill sluta, och var tredje vill ha hjälp (8). Studier tyder på att många psykiskt sjuka rökare är lika motiverade att sluta som andra rökare (37,38,39). I den ovan nämnda undersökningen av öppenvårdspatienter i psykiatri i Gävleborg ville två av tre rökare sluta (67%) och av dessa ville 58% ha hjälp för att klara det (5). För dem som vill sluta röka eller snusa är de vanligaste skälen oro för hälsan och ekonomin. Andra vanliga skäl är att man vill känna sig fri och inte vara beroende, att man vill lukta fräschare och att man vill vara en bättre förebild för andra – till exempel sina barn. Idag är det dessutom lättare att få jobb om man inte röker eftersom arbetsgivare vet att rökare generellt är mer sjuka och tar fler pauser, vilket beräknas kosta omkring en månadslön extra om året. Allt fler arbetsplatser inför rökfri eller tobaksfri arbetstid (28). Att bli fri från tobak höjer välbefinnandet

på många sätt. Rökningens skadeeffekter minskar snabbt redan från första dygnet. Man blir friskare, piggare, fräschare, lugnare och får bättre kondition och självkänsla. Ekonomin förbättras för många märkbart. Rökstopp så sent som i 60-årsåldern ger betydande hälsovinster (40). Det finns idag goda möjligheter att hjälpa rökare som vill sluta. Medan 2–3% som slutar utan stöd är rökfria efter ett år kan man enbart med hjälp av en kort rådgivning fördubbla antalet som lyckas. Med kvalificerad rådgivning och stöd av utbildad tobaksavvänjare i kombination med läkemedel kan upp till 30–40% bli rökfria (8,16,41). Man stöter ofta på föreställningen om att det finns en ”hård kärna” av psykiskt sjuka och socialt utsatta som inte kan sluta. Forskning stöder inte detta antagande. Istället tycks det i huvudsak bero på motivationen, och på omgivningens attityd och stöd, om rökare slutar. Det kan vara så att socialt utsatta mera sällan är motiverade att sluta röka. De kan ha fler rökare i familj och bekantskapskrets och samtidigt mindre tillgång till information om rökningens skadeeffekter. Studier visar att många psykiskt sjuka liksom personer med alkohol- eller drogberoende kan lyckas väl med att sluta röka (42,43,44) men de kan uppleva svårare abstinens och behöva mer stöd, se avsnittet Rådgivning på olika arenor – Psykiatri.

Processen att sluta röka och snusa

Att sluta röka eller snusa är en förändringsprocess som ofta kan ta lång tid och många är ambivalenta, det vill säga osäkra på vad de vill. Man är orolig för farorna och nackdelarna med tobaksbruket, men uppskattar samtidigt de kortsiktiga positiva effekterna av tobaksbruket som rökare och snusare upplever. Det fysiska beroendet är starkt. Men beroendet har också psykologiska och sociala sidor och att röka/snusa är en vana, ett överinlärt mönster. Många röker till exempel när de talar i telefon eller efter middagen. För andra fungerar cigaretten som sällskap eller tröst i svåra situationer. Erfarenheten är att för många som slutar röka kan saknaden efter cigaretten i sådana situationer bli långt

svårare och ta mycket längre tid att lära sig hantera än det fysiska beroendet. Så småningom ökar motivationen att sluta för de flesta. Att sluta röka eller snusa kan innebära att gå igenom en period på 2–4 veckor med ökad stress och nedsatt livskvalitet på grund av den stora omställningen och abstinensen. Men erfarenheten är samtidigt att många slutar med tobak utan några särskilda problem, framför allt om motivationen är hög. Minst hälften av dem som slutar upplever dock någon form av nikotinabstinens, som nikotinsug, oro, rastlöshet, nedstämdhet, irritation, ilska, koncentrationssvårigheter och sömnstörningar. Många besvärar också av oönskad viktökning. Nedstämdhet är det symptom som har starkast samband med återfall (45).

Stadium av motivation

Modellen här nedan gör det lättare att förstå förändringsprocessen att sluta röka eller snusa. Den är hämtad från metoden motiverande samtal MI (engelska Motivational Interviewing) (46) och visar hur personen gradvis går från den första tanken till beslut och genomförande. Den visar också hur stödet kan utformas i de olika stadierna. Hur lång tid det tar att gå igenom stadierna är individuellt. Man kan också pendla flera gånger fram och tillbaka mellan stadierna.

Kort sagt behöver den som har en låg motivation – eller beredskap för förändring – bli medveten om tobaksbrukets negativa konsekvenser. Så småningom kan tankar på vinster med ett eventuellt tobaksstopp

ATTITYDER TILL RÖKSTOPP

I en stor undersökning av attityder till rökstopp hos socialt utsatta och socialarbetare som genomfördes 2010 i 10 danska kommuner visade klienterna en betydligt större tilltro till sina kamraters vilja och förmåga att sluta röka än socialarbetarna. Bara en femtedel av socialarbetarna trodde att klienterna *vill* sluta röka (av klienterna trodde en tredjedel att kamraterna vill sluta) och bara en sjättedel trodde att klienterna *kan* sluta röka (av klienterna trodde en fjärdedel att kamraterna kan sluta).(39)

stimuleras och vid hög motivation är samtalsfokus metoder för att sluta med tobak.

Om rökaren/snusaren redan har slutat med tobak är samtalsfokus strategier för att lindra nikotinsug och abstinens. Diskutera alternativa sätt att hantera känslor och situationer istället för att röka/snusa. Förklara att det är normalt med återfall och definiera det som lärosituationer. Ge bekräftelse för alla ansträngningar.

Rådgivning och motiverande samtal

Rådgivande samtal (10–30 min), helst med några uppföljande stödjande samtal, telefonsamtal eller e-brev är en vetenskapligt bevisat effektiv metod som kan motivera många människor att sluta röka (8,16). Motiverande

Tabell 1. En bra utgångspunkt för att mäta motivationen, och kunna anpassa rådgivningen till patientens/klientens aktuella stadium av motivation, är att ställa frågan "Hur intresserad är du av att sluta röka (snusa) på en skala 0-10?"

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Låg beredskap för förändring Rökaren/snusaren ser inget problem med rökningen /snuset eller är uppgiven efter många försök				Medelhög beredskap Rökaren/snusaren har blivit medveten om problemet, men fortfarande osäker, ambivalent				Hög beredskap för förändring Rökaren/snusaren börjar tänka på/planera för att sluta			
Samtalsfokus: – stimulera tankar på nackdelar med att röka /snusa – diskutera negativa konsekvenser av tobaksbruket för t ex hälsa och ekonomi				Samtalsfokus: – stimulera tankar på möjliga vinster med att sluta röka /snusa – diskutera farhågor och hinder för rök/snusstopp och möjliga lösningar på det som oroar – informera om metoder för att sluta och stöd som finns att få				Samtalsfokus: – uppmuntra att sätta stoppdatum, – hjälp till att lägga upp en konkret plan – diskutera hur nikotinsug och abstinens, samt svåra situationer ska hanteras – rekommendera läkemedel – erbjud hjälp och stöd			

Tabell 2. Rådgivande samtal; samtalsfokus och exempel

	Samtalsfokus	Exempel
1. Fråga	- Fråga om rök/snusvanor.	"Röker/snuser du?" "Hur ser du på det?"
2. Ge råd om att sluta	- Ge råd och saklig information om fördelarna med rök/snusstopp på ett så personligt anpassat sätt som möjligt. - Försök koppla rök/snusningen till personens personliga förhållanden som aktuellt hälsotillstånd eller problem med ekonomin.	"Med dina problem med (lungorna ... ekonomin) ...skulle det vara en stor fördel för dig att sluta röka/snusa och jag rekommenderar dig att sluta. Idag finns det utmärkta metoder som kan göra det lättare för dig att sluta röka"
3. Bedöm motivationen	- Försök bedöma motivationen för rök/snusstopp.	"Hur intresserad är du av att sluta röka/snusa (på en skala 0-10)?"
4. Hjälptill	- Hjälptill de rökare/snusare som vill sluta genom att hänvisa till en utbildad tobaksavvänjare eller till Sluta röka-linjen. - Rekommendera läkemedel för tobaksavvänjning. - Ge gärna ett självhjälpsmaterial.	"Vill du ha hjälp? Jag kan hjälpa dig att hitta en tobaksavvänjare eller du kan ringa Sluta röka-linjen 020-84 00 00."
5. Följ upp samtalet	- Följ upp hur det går. - Om personen inte vill sluta nu, fortsatt fråga om hur hon/han tänker kring sitt tobaksbruk vid nästa besök.	"Bra att du har lite funderingar på att sluta. Vi kanske kan prata mer om det nästa gång vi ses."

samtal (MI) är en metod för rådgivning i livsstilsfrågor som vinner alltmer vetenskapligt stöd när det gäller rökning (46, 47). Den största skillnaden mellan MI och rådgivande samtal kan sägas vara att i rådgivning uppträder rådgivaren som "expert" och den som kan ge de bästa råden. I MI utgår man istället ifrån att patienten/klienten är "expert på sig själv". Rådgivaren går in för att lyssna på patienten/klienten, ställa frågor på områden som är centrala för motivation (nackdelar med att röka, fördelar med att sluta, tillit till att kunna klara det) och förväntar sig att patienten/klienten själv ska komma fram till hur hon/han ska göra. Rådgivaren kan erbjuda råd eller information, men ber först om lov och markerar tydligt att det är personen själv som bedömer hur hon/han ska handla. Rådgivande samtal fungerar ofta bra när människor har hög beredskap för förändring, jämför tabell 1. MI är en metod som specifikt är anpassad till patienter/klienter med låg till medelhög beredskap för förändring.

Rådgivning per telefon

Sluta röka-linjen 020-84 00 00 (www.slutarokalinjen.org) är kostnadsfri, nationell och bemannad med specialutbildad personal. Där kan man ställa frågor och få professionell hjälp att sluta röka och snusa via telefon.

Man ska dock komma ihåg att stödbehovet är stort för personer med psykisk sjukdom respektive alkohol- eller drogberoende som vill sluta med tobak. Därför är inte alltid kontakt med Sluta röka-linjen tillräckligt, men linjen kan ofta utgöra ett värdefullt komplement till annat avvänjningsstöd. Till linjen kan även personal ringa för råd, handledning och hänvisning. Linjen drivs av Stockholms läns landsting och Karolinska institutet.

Tobaksavvänjning

Många behöver hjälp av en utbildad tobaksavvänjare för att klara att sluta. Tobaksavvänjare finns på de flesta primärvårds- och hälsocentraler och den vårdenhet som inte har en egen avvänjare bör kunna hänvisa vidare. Metoderna vid tobaksavvänjning inriktas mot de två viktigaste faktorerna som håller fast rökaren i sitt beroende, nikotinberoendet och vanan. Ett mål är att lindra nikotinabstinensen, ett annat att avbeta de starka, närmast reflexmässiga sambandet mellan rökning och olika situationer och sinnestämningar. För att bryta vanan har *samtal med kognitiv beteendearikning* visat sig fungera och sådana metoder är allmänt använda. Kvalificerad rådgivning kombineras vanligen med läkemedel, och det finns flera godkända läkemedel för rökavvänjning; nikotinläkemedel, bupropion (Zyban)

RÅD FÖR ATT FÖRBEREDA ETT TOBAKSSTOPP

I bilaga 3 finns lättläst information som kan kopieras och lämnas ut till patienter/klienter.

- Sätt ett stoppdatum en bit fram i tiden (ofta 2-4 veckor, men för vissa personer kan betydligt längre tid behövas) då personen ställer in sig på att sluta helt.
- Ändra gärna vanor och pröva att röka på andra tider och platser. Skapa rökfria zoner, så att man under en tid före rökstoppet bara röker utomhus eller på en särskild rökplats. För snusare är det bra att träna på att ta mindre prillor och vara tom under läppen ibland.
- Att trappa ner på konsumtionen är bra särskilt för dem som röker/snusar mycket (mer än ett paket cigaretter eller 1/3 dosa snus per dag). Dock bör man inte rekommendera patienter/klienter att på egen hand försöka trappa ner cigaretterna en och en till noll om man vill sluta röka, eftersom man brukar fastna vid 2-3 och snart är uppe i den gamla konsumtionen igen.
- Planera strategier för att handskas med nikotinsug och nikotinabstinens som kan uppkomma i samband med tobaksstoppet.

RÅD I SAMBAND MED SJÄLVA TOBAKSSTOPPET

- Läkemedel i rekommenderad dos och under rekommenderad tid är ett mycket värdefullt hjälpmedel för att lindra abstinens och nikotinsug vid tobaksstoppet.
- Att äta regelbundet för att hålla blodsockerhalten jämn och dricka mer vatten än vanligt är också viktigt.
- Det är mycket bra att öka den fysiska aktiviteten, och hitta en form som passar personen.
- Kasta alla cigaretter, snusdosor och tillbehör.
- Planera strategier för att hantera svåra situationer och känslor utan att röka/snusa.

BRA KOST OCH FYSISK AKTIVITET UNDERLÄTTAR RÖKAVVÄNJNING

- Att sluta röka innebär att ta sig ur ett långvarigt beroende av nikotin. Det innebär också att bryta sig loss från vanemönster och att lära sig att praktiskt och känslomässigt leva utan cigaretter. Till stöd för förändringen är det en hjälp att skapa goda vanor. Bra mat, rikligt med dryck och fysisk aktivitet är några viktiga verktyg som samtidigt lindrar nikotinabstinens.

MAT OCH DRYCK

- Att äta frukost innan dagens första cigarett är en positiv förändring som kan genomföras redan före ett rökstopp. Det medför att kroppen får energi och att kraften att motstå cigaretter blir större.
- Då blodsockret sjunker vid rökstopp känner många ett ökat sug. För att motverka detta rekommenderas en regelbunden måltidsordning (tre huvudmål och två mellanmål) som bidrar till att behålla ett jämnt blodsocker och en jämn förbränning. Det är särskilt viktigt med frukost. Genom mindre och tätare mål kan man lättare kontrollera hungerkänslor. Rikligt med vatten eller annan (helst osötad) dryck kan motverka såväl nikotinsug som viktuppgång och en tendens till huvudvärk och förstoppning som finns vid rökstopp.

FYSISK AKTIVITET

- Frisättningen av olika signalsubstanser ökar vid fysisk aktivitet, bland annat dopamin och serotonin. Det leder till ett ökat välbefinnande, bättre sömn, lindrar depressionsymtom och nikotinsug. Fysisk aktivitet ökar förbränningen och förebygger därmed viktuppgång. All rörelse i vardagen är värdefull, som att städa, gå uppför trappor, leka med barnen eller stå upp och prata i telefon. Promenader är särskilt effektivt och vill man öka energiförbrukningen ytterligare kan man gå med stavar. Att gå ut och gå 15-20 minuter i sin egen takt leder till minskade upplevelser av röksug i drygt 20 minuter efter promenaden (49).



och vareniklin (Champix). Nedan beskrivs dessa läkemedel närmare, och särskilt i relation till de aktuella patientgrupperna. För hypnos och akupunktur som avvänjningsmetoder har det varit svårt att vetenskapligt belägga någon effekt (8,16). Forskning och erfarenhet visar att snusavvänjning bör gå till på i princip samma sätt som rökavvänjning (8,48).

Normalt rekommenderas att man träffar patienten/klienten minst ett par gånger före sluta-dagen för att stärka motivationen, finna lösningar på problem och lägga upp en plan. Efter sluta-dagen bör man ses 1–2 gånger den första veckan och därefter en gång per vecka i cirka tre veckor. Efter det glesas träffarna ut. Det är viktigt med täta träffar direkt efter stoppdatumet eftersom den första tiden är avgörande för hur det ska gå. Sammanlagt 7–12 träffar kan vara ett riktmärke för tobaksavvänjning både individuellt och i grupp (8). Idealiskt är att kunna skräddarsy intensiteten i behandlingen efter patientens/klientens behov. Det går bra att komplettera besöken med telefon- och/eller e-postkontakt. Det gäller att personen har tillräcklig motivation och under lång tid aktivt arbetar för att inte återfalla innan det nya beteendet är fast integrerat. Det kan för många vara ett stort och energikrävande arbete att lära sig hantera livet utan cigaretter eller snus. De flesta behöver göra flera försök under lång tid innan de blir tobaksfria för gott. Generellt kan man säga att för varje försök ökar chansen att lyckas nästa gång, eftersom man lär sig något på varje försök, men människor kan naturligtvis också bli uppgivna om de inte lyckas sluta trots stora ansträngningar.

Information om utbildning samt material och litteratur för både behandlare och patienter/klienter finns i bilaga 3–5.

Läkemedel för tobaksavvänjning

En tabell över läkemedlen finns i bilaga 2.

Läkemedel för rökavvänjning ska lindra nikotinabstinens och nikotinsug och förhindra återfall i rökning. *Receptfria* nikotinläkemedel finns i olika beredningsformer, se nedan. En *receptbelagd* nikotinspray samt två olika receptbelagda läkemedel som har bupropion respektive vareniklin som verksamt ämne (Zyban respektive Champix) är också

godkända för rökavvänjning. Bupropion och vareniklin är andrahandspreparat, enligt Läke-medelsverket, och behandling med dem förutsätter motiverande stöd (50,51).

Det finns över hundra välgjorda studier som visar att användning av läkemedel ökar möjligheterna att fortfarande vara rökfri ett år efter rökstopp. Vid behandling med nikotinläkemedel förbättras resultatet 60 procent jämfört med placebo (52) och med bupropion 70 procent (53) medan vareniklin ger drygt en fördubbling jämfört med kontrollerna (54). I studier där effekten av preparaten jämförs med varandra visar vareniklin som singelbehandling ett något bättre resultat än bupropion och nikotinläkemedel (54). Kombinationer av lång- och kortverkande nikotinläkemedel (tex plåster+tuggummi/tablett) kan emellertid öka effekten avsevärt jämfört med singelbehandling och närma sig nivåerna man ser för vareniklin (55). Erfarenhet visar att nikotinläkemedel lindrar abstinens och ökar möjligheten att lyckas även vid snusavvänjning (48,56) och en studie visar att vareniklin är verksamt vid snusstopp (57). Nikotinläkemedel används normalt inte samtidigt med bupropion eller vareniklin. Av stor betydelse för att läkemedlen ska ha avsedd effekt är att patienten tar dem på rätt sätt och i rätt dos.

Kostnader för läkemedlen och läkemedelsförmånssystemet

Nikotinläkemedel är receptfria och ingår inte i läkemedelsförmånssystemet. De blir generellt billigare om de skrivs ut på recept och dessutom kan det öka motivationen att få ett recept. Bupropion och vareniklin är receptbelagda och ingår i läkemedelsförmånssystemet. Inom slutenvården bör nikotinläkemedel – till exempel nikotinplåster och nikotintuggummi/tabletter – tillhandahållas. Även patienter i öppenvård kan ofta på grund av ansträngd ekonomi och andra svårigheter ha behov av att få hjälp med nikotinläkemedel. Kostnaden för läkemedlen per dag ligger i regel under kostnaden för rökarens dagliga cigarettkonsumtion, och har år 2010 beräknats till i genomsnitt 29 kronor per dag⁶. För den som har ont om pengar kan det ändå vara

6. Läkemedel för tobaksavvänjning med den högsta styrkan kostar i genomsnitt 29 kronor per dag (19–61.50 kronor per dag eller 570–1 845 per månad). Beräkningar gjorda av Lilli Amberin, Farmaci mot Tobak, i samarbete med Barbro Holm Ivarsson, Psykologer mot Tobak, 2010-08-23.

svårt att köpa läkemedlen eftersom förpackningarna ofta är stora. Det gör att man måste betala en större summa vid ett och samma tillfälle och inte kan dela upp kostnaden så mycket.

Nikotinläkemedel

Nikotinläkemedel finns som tuggummi, sugtabletter, mikrotabletter, munhålepulver, mun- och nässpray, inhalator och plåster (16- eller 24 timmars-plåster) och kan köpas på apotek och i annan handel. Läkemedlens syfte är att bryta nikotinberoendet stegvis genom att tillföra nikotin på annat sätt än genom cigaretter och snus. Det är viktigt att följa instruktionen i förpackningen när det gäller användningstid, dos och nedtrappning. Behovet av nikotin är störst i början av en avvänjning och man använder därför i regel nikotinläkemedlen från den dag som man slutar använda tobak. De kan dock även användas samtidigt som man fortsätter röka. Detta är ett sätt att minska konsumtionen vilket har visat sig öka motivationen att sluta längre fram för rökare. Tillvägagångssättet, som kallas *rökreduktion* (58,59) har däremot inte visat sig bidra till framgång för snusare (60). Nikotinplåster ger en jämn tillförsel av nikotin, vilket minskar risken för plötsliga abstinensattacker. Tuggummit, tableterna, sprayerna, munhålepulvret, inhalatorn bör användas regelbundet, till exempel en gång i timmen. De har den fördelen att det går att ta en extrados vid behov och att de på olika sätt ger sysselsättning. Studier under senare tid tyder på att man med kombinationer med plåster som

en basbehandling och tuggummi, tablett eller spray som extra förstärkning kan vara mycket effektiva (53,54). Kombinationsbehandling har länge rekommenderats av experter till dem som rökt eller snusat i stora mängder. De flesta rökare som är psykiskt sjuka eller beroende av alkohol är starkt nikotinberoende och anses generellt behöva nikotinläkemedel i större doser och under längre tid än vad som normalt rekommenderas (61,62).

Beroende av nikotinläkemedel

Alla nikotinläkemedel utom nikotinplåster har en potential för att skapa beroende. Särskilt vanligt är beroende av nikotintuggummi. Men risken för beroende av nikotinläkemedel är generellt sett låg och måste ställas i relation till risken med att fortsätta röka. Förutom under graviditet finns inga studier som tyder på att det skulle vara skadligt att fortsätta med en låg dos nikotinläkemedel. En litteraturgenomgång av de ganska få studier som finns på området visar att 20–25 procent av de rökfria fortfarande använder nikotintuggummi ett år efter att de börjat använda det. Andelen användare minskar med tiden och ingen tendens till dosökning har rapporterats. Frekvensen är 2–7 tuggummin per dag (63).

Mätning av nikotinberoendet

Det är bra att ta reda på graden av nikotinberoende hos en rökare som vill sluta, se tabell 3.

De som är högt beroende har större risk för abstinensbesvär och nikotinsug när de slutar och de har större

Tabell 3. En vedertagen beroendemätare, kallad Fagerströmskalan efter sin svenska upphovsman (35)

Frågor om rökning	Svar	Poäng	Dina poäng
Hur många cigaretter röker du per dag?	Upp till 15	0	
	16–24	1	
	25 eller fler	2	
Hur lång tid efter uppvaknandet röker du dagens första cigarett?	Inom 30 minuter	1	
	Senare än 30 minuter	0	

Räkna ihop poängen: Lågt beroende = 0–1 poäng. Högt beroende = 2–3 poäng.



nytta av nikotinläkemedel samt behöver också högre dos om de använder dem. Snusare är i regel högt beroende och kan oftast börja på den högsta styrkan av nikotinläkemedel, men man måste ta hänsyn till konsumtionens storlek även hos snusare när man väljer dosering.

Bupropion (Zyban)

Bupropion (Zyban) tillhör farmakologiskt gruppen antidepressiva substanser och är en återupptagshämmare av noradrenalin/dopamin. Bupropion minskar abstinensbesvär vid rökstopp. Sannolikt sker det genom att mildra den brist på dopamin som tillfälligt har uppstått i hjärnans belöningssystem i samband med rökstoppet.

Rekommenderad dos: I regel en tablett dagligen i sex dagar och därefter en tablett morgon och eftermiddag. Det är viktigt att det går minst 8 timmar mellan tablettintagen.

Behandlingstid: I regel 7 veckor. Behandlingen inleds före rökstoppet. Patienten och läkaren kommer överens om ett datum för rökstopp, som bör ligga inom andra behandlingsveckan. Då har läkemedlet uppnått verksam koncentration i kroppen.

Biverkningar: Bupropion har ett biverkningsspektrum som man bör ha i åtanke vid förskrivning till psykiskt sjuka personer; psykotiska och maniska symtom och ångest och depression har rapporterats. Bland generellt vanliga biverkningar kan nämnas muntorrhet, huvud-

värk, yrsel, oro, sömnsvårigheter och överkänslighetsreaktioner såsom nässelutslag. Vid sömnsvårigheter kan det vara en fördel att tidigarelägga ”eftermiddagstabletten” (under förutsättning att det är minst 8 timmar mellan doserna). Om full dos ger biverkan kan man pröva om enbart morgondos ger tillräcklig behandlingseffekt. Bupropion ska inte användas av patienter med ökad risk för epileptiska anfall. Anamnes på bipolär sjukdom kontraindicerar också bupropion, eftersom det kan utlösa maniska episoder under den depressiva fasen av sjukdomen. Dosen av andra läkemedel kan behöva justeras vid samtidig behandling med bupropion.

Särskild försiktighet bör iaktas vid eventuell kombination av antidepressiv medicinering och bupropion, på grund av ökad risk för CNS-biverkningar och interaktioner. FASS-texten för bupropion ger detaljerad information om gällande kontraindikationer liksom varningar och försiktighetsmått.

Trots biverkningsspektrumet rekommenderas bupropion framför nikotinläkemedel till patienter med schizofreni i en systematisk översikt från Cochrane Collaboration (43). Sammanvägda data från fem små studier (N=170) visade att bupropion gav tre gånger så stor chans att bli rökfri som placebo samtidigt som forskarna inte fann några allvarliga incidenter relaterade till biverkningar⁷. Flera studier har konstaterat att bupropion generellt tolereras väl av psykiskt sjuka (64,65).

Krampanfall är en sällsynt biverkan som tillskrivs en kramptröskelsänkande effekt hos bupropion. Därför är preparatet kontraindicerat vid misstanke om risk för krampanfall, något som är vanligt vid alkoholmissbruk. Alkoholberoende personer som slutade röka samtidigt som de slutade med alkohol drabbades i en studie av svåra sömnproblem vid användning av bupropion. Alkoholister har typiskt sett mer sömnproblem, vilket generellt tros öka återfallsrisken till alkohol (61). Det kan därför vara motiverat med en viss försiktighet med bupropion till personer med alkoholproblem.

7. Någon enstaka patient fick psykotiskt genombrott som författarna ansåg inte hade utlösts av bupropion.

Vareniklin (*Champix*)

Vareniklin stimulerar dopaminfrisättning i hjärnans belöningssystem, vilket gör att abstinensbesvär i samband med rökstopp lindras. På samma gång blockerar det nikotinreceptorerna, så att ”belöningskänslan” av att röka uteblir.

Rekommenderad dos: 1 mg två gånger dagligen efter en veckas upptrappning (se bruksanvisningen).

Behandlingstid: 12 veckor. Bestäm ett datum för rökstopp. Behandlingen med vareniklin ska starta 1–2 veckor före detta datum.

Biverkningar: Vareniklin har ett biverkningsspektrum som man bör ha i åtanke vid förskrivning till psykiskt sjuka personer. Den vanligaste biverkan är mildt till måttligt illamående som dock inte drabbar alla. Illamåendet är oftast övergående vid fortsatt behandling. Det är mycket viktigt att äta eller dricka någonting innan man tar tabletten för att motverka att man börjar må illa. Om illamåendet är starkt kan dosen sänkas. Andra vanliga biverkningar är huvudvärk och sömnstörningar, men även depressioner har rapporterats. Behandlingen ska avbrytas om betydande agitation, nedstämdhet eller förändringar av patientens beteende observeras. Patienter med etablerad njursvikt ska ej erbjudas vareniklin eftersom läkemedlet utsöndras via njurarna. Det finns ingen känd interaktion med andra läkemedel.

Vareniklin är prövat i flera studier på patienter med diagnoserna *schizofreni* och *depression* utan att någon högre grad av biverkningar än i normalpopulationen noterats (43,65,66). Det finns dock fallbeskrivningar av maniska och psykotiska episoder, hallucinationer samt delirium under behandling med vareniklin (67). Ett tag fanns misstankar om att vareniklin kunde öka självmordsrisken. Dessa misstankar motbevisades i en stor studie där varken benägenheten för depression eller risken för självmordsförsök var högre hos dem som fick vareniklin än hos dem som behandlades med bupropion eller nikotinläkemedel (68). Människor som röker har generellt 2–3 gånger ökad risk för självmord, troligen på grund av att det är vanligare med psykisk sjukdom och alkoholberoende hos rökare (69). Någon studie där vareniklin prövats på gruppen med samtidigt beroende av alkohol eller droger har inte hittats.

FÖRSIKTIGHETSPRINCIP FÖR LÄKEMEDEL FÖR TOBAKSAVVÄNJNING TILL PSYKISKT SJUKA

Professor John Hughes, en nestor på området tobaksavvänjning, menar att professionella generellt kan rekommendera *kombinationsbehandling med nikotinläkemedel* (nikotinplåster + kortverkande tuggummi/tablett/spray etcetera) framför bupropion och vareniklin eftersom nikotinläkemedlen är mer okomplicerade att använda och många drar sig för att gå till läkare för att få receptbelagda läkemedel.⁸

Vid tobaksavvänjning av psykiskt sjuka finns ytterligare goda skäl för denna strategi.

1. Nikotinläkemedel är förstahandspreparat i Sverige enligt Läkemedelsverket.
2. Att rekommendera nikotinläkemedel innebär att följa en försiktighetsprincip eftersom både bupropion och vareniklin innebär större risk för ogynnsamma biverkningar.
3. Patienterna kan experimentera själva och prova olika sorter av nikotinläkemedel. Om en typ av nikotinläkemedel ger biverkning kan patienten själv byta sort. Risken för överdosering är minimal. Överdoserar ger illamående och patienterna brukar då automatiskt minska dosen.
4. Kombinationsbehandling med nikotinläkemedel har i några studier visat sig överträffa bupropion med resultat som börjar närma sig nivåerna man ser för vareniklin (53,54).
5. Erfarenhet av tobaksavvänjning med bupropion och vareniklin är mer begränsad jämfört med nikotinläkemedel i synnerhet när det gäller personer med psykisk sjukdom.

Det är alltid viktigt att noga följa patienter med psykisk sjukdom som slutar röka eller snusa.



8. Hämtat 2010-10-19 från <http://www.healthcpr.ca/Home/tabid/261/EntryId/19/Should-We-Abandon-Use-of-Single-Nicotine-Replacement-Therapy-for-Smoking-Cessation-by-John-Hughes.aspx>

Rådgivning på olika arenor

Socialtjänst

Det ingår i socialtjänstens uppdrag att se till klienternas hälsa (se bl.a. Socialtjänstlagen 3 kap § 7) och det finns några situationer då det är extra angeläget att diskutera rökning och snusning.

– Personal som arbetar med ekonomiskt bistånd och budget- och skuldrådgivning bör alltid ställa frågan om tobaksbruk och om klienten kan tänka sig att försöka sluta, eftersom tobaksbruk har stor inverkan på ekonomin. Utgifter för cigaretter och snus ingår inte i normen för skälig levnadsnivå som klienter kan få ekonomiskt bistånd för att uppnå (70). Det betyder i praktiken att den som är beroende av ekonomiskt bistånd och av tobak tvingas köpa tobak för pengar som beviljats för andra ändamål. För att kunna tillfredsställa sitt tobaksberoende avstår man då från annat, som bedömts som nödvändigt för att ha en skälig levnadsnivå. Ekonomiskt bistånd kan däremot beviljas för kostnader för vård och behandling, som till exempel tobaksavvänjning, resa till vård samt läkemedel som skrivits på recept och ingår i läkemedelsförmånen. Bupropion och vareniklin fyller dessa kriterier, se under Läkemedel för tobaksavvänjning, men det är oklart om kostnaden för nikotinläkemedel som skrivits ut på recept i samband med behandling hos tobaksavvänjare kan täckas. Eftersom minskad fattigdom är målet med det ekonomiska biståndet, och att bli fri från tobaksberoendet bidrar till bättre ekonomi och bättre hälsa, är det viktigt att klienten får ekonomisk ersättning för preparaten vid tobaksavvänjning.

– Personal som arbetar med att stötta klienter med alkohol- och drogproblem till drogfrihet bör ta upp frågan om rökningen eftersom rökstopp ökar chansen att bli fri från alkohol och droger, se avsnittet Beroendevård.

– Många inom socialtjänsten möter arbetslösa. I dag är det på många arbetsplatser lättare att få jobb om man inte använder tobak (28).

– Generellt bör socialtjänsten försöka motverka rökning hos ungdomar likaväl som annat drogmissbruk, inte minst eftersom rökning ökar risken att bli beroende av alkohol och droger (71,72,73).

Det är viktigt att personalen inom socialtjänsten ger en kort rådgivning och uppmuntrar de klienter som vill försöka sluta röka eller snusa att ta kontakt med tobaksavvänjare inom kommunen, landstinget eller Sluta röka-linjen. Socialtjänsten bör även ställa krav på en god tobakspreventiv policy vid upphandling av behandlingshem respektive institutioner och familjehem där barn och ungdomar med sociala problem placeras, se rekommendationer om tobakspolicy i bilaga 4.

Beroendevård

Eftersom en mycket stor andel av de som missbrukar alkohol och droger är rökare, och ofta storkonsumenter, utgör de en högriskgrupp för att få rökrelaterade sjukdomar (7). Personer som försöker sluta med alkohol eller droger har lika stor chans som andra att lyckas bli rökfria. Systematiska översikter visar att resultatet vid rökavvänjning för patienter i behandling eller remission från alkohol- eller drogmissbruk generellt inte skiljer sig från det som uppnås i friska patientgrupper (74,75). En omdiskuterad fråga är hur kampen mot alkohol- eller drogmissbruket påverkas om personen även försöker sluta röka. En stor metaanalys har visat att rökfrihet ökar chansen att bli alkohol- eller drogfri signifikant med upp till 25% oberoende av om klienten bibehåller rökfriheten eller inte (75). Även flera senare studier visar att nykterheten understöds av ett rökstopp (7,76,77,78). I en stor och välgjord studie som fått mycket uppmärksamhet lyckades dock de som slutade röka 6 månader efter starten av alkoholbehandlingen något bättre med alkoholavvänjningen än de som slutade röka samtidigt som de började behandlingen (79).

Forskarna har även diskuterat den motsatta frågan. När ska man sluta röka för att maximera chansen att bli rökfri? Om klienten erbjuds rökavvänjning samtidigt med att hon/han startar en alkoholbehandling är motivationen att sluta röka mycket större än om erbjudandet kommer vid en senare tidpunkt. De flesta forskare me-

nar att detta är ett tungt vägande skäl att alltid erbjuda rökavvänjning direkt när alkoholbehandling inleds. De hälsomässiga vinsterna av att sluta röka är så stora – och extra stora för personer med alkoholberoende – att det är viktigt att alltid försöka hjälpa klienterna att sluta. Det finns ett ”fönster” som står öppet när människor ska sluta med alkohol och droger, och som det gäller att ta tillvara. Klienten är i ett satsarläge och vill förändra sitt liv. Några studier har dock visat att chansen för ett lyckat rökstoppsförsök ökar om det skjuts upp till 6–12 månader efter starten av alkoholbehandlingen (75,79). Men om rökstoppet skjuts upp – och klienten kanske till och med avråds från att sluta i början av behandlingen fastän hon/han är motiverad – finns risken att det aldrig blir av att sluta. Då kan man ha räddat någon från alkoholen, men rökningen kommer att ta livet av henne/honom, framhåller förespråkarna för samtidigt rökstopp. Mycket färre klienter påbörjar en uppskjuten rökavvänjning (7,74,80). Forskarna ger samma rekommendation när det gäller behandling mot annat drogmissbruk. Rökstopp har visat sig göra det lättare att avstå från eller minska på droger som kokain och opiater (7,75,81,82).

Det finns alltså en debatt om det är bättre att sluta röka samtidigt eller att skjuta upp rökstoppet. Det är naturligtvis klientens motivation som bör vara avgörande (7,83). Det viktiga är att diskussionen och erbjudandet om rökavvänjning finns med redan från början som en integrerad och aktiv del av alkohol- eller drogbehandlingen. Många studier har visat att klienterna är villiga att sluta röka och intresserade av att ta emot sådan hjälp under alkohol- och drogbehandling (7). Det finns flera möjliga förklaringar till att det underlättar att sluta med alkohol och rökning samtidigt. En del av alkoholens effekt på dopaminet i hjärnans belöningssystem går genom en typ av receptorer som också fungerar som receptorer för nikotin. Rökning gör nikotinreceptorerna känsligare för alkohol, så kallad korsensensivering (72). Samtidigt är alkohol och cigaretter starkt sammankopplade. De tycks psykologiskt och biokemiskt öka varandras belöningseffekter och minska varandras negativa bieffekter. De ”triggar” också varandra genom inlärd betingningar. Att se en cigarett kan utlösa ett drogsug och klirret eller



åsynen av ett glas kan utlösa ett röksug. Risksituationerna för återfall i alkohol är också i stor utsträckning desamma som för återfall i rökning. Liknande faktorer kan gälla för andra droger. Vid återfall bör dörren alltid stå öppen för ytterligare hjälp med rökningen likaväl som med alkoholen eller drogerna. Rökavvänjning bör integreras i beroendevården och personalen erbjudas utbildning för att kunna stödja detta på ett professionellt sätt. Kommuner bör ställa krav på en god tobakspreventiv policy vid upphandling av behandlingshem, jämför bilaga 4 om policyrekommendationer.



”Jag tycker det skulle vara väldigt bra om jag kunde fimpa cigaretterna, både fysiskt och psykiskt.

För det förstör verkligen hälsan och förtidspensionen räcker inte långt, att lägga över två tusen i månaden på cigaretter som jag gör är mycket”.

EN KLIENT I SOCIALTJÄNSTEN

Psykiatri

Många psykiskt sjuka röker och både vill och kan sluta, men det har visat sig att det ofta är svårt att klara på egen hand (58,84). Läkare, sjuksköterskor, kuratorer, psykologer, arbetsterapeuter, sjukgymnaster, tandvårdspersonal, boendestödjare, personliga assistenter/ombud med flera som möter personer med psykisk sjukdom i landsting och kommuner har en strategisk roll. Det är viktigt att fråga om tobaksbruk, journalföra svaret, försöka motivera till rök/snusstopp och att hjälpa dem som vill sluta via egna stödinsatser eller genom att förmedla kontakt med tobaksavvänjare inom kommunen eller landstinget. Psykiskt sjuka patienter behöver i särskilt hög grad få stöd där de känner sig trygga och där deras grundsjukdom behandlas. Om patienten tar hjälp av extern tobaksavvänjare bör denna person stå i kontinuerlig kontakt med det psykiatriska teamet och även försöka involvera andra viktiga personer som exempelvis kontaktperson, boendestödjare och personliga assistenter. En enkätundersökning som gjordes av Sveriges Kommuner och Landsting 2010 tyder på att psykiatri har en låg aktivitet när det gäller tobaksproblematik. Trots att 60% av verksamhetscheferna anser att rådgivning och rökavvänjning ingår i psykiatrins uppdrag är det endast omkring en femtedel av klinikerna som ofta eller alltid erbjuder samtal om rökningens konsekvenser respektive rökavvänjning. Somliga uppger att de aldrig talar med patienterna om rökningens konsekvenser (85).



Att vara psykiskt sjuk kan förlänga och komplicera processen att sluta röka på olika sätt. Den som har en psykisk sjukdom behöver välja en tidpunkt för rökstopp då hon/han är i bästa möjliga psykiska balans. Det rekommenderas att inleda rökavvänjningen med nedtrappning, särskilt för storkonsumenter (44). Att minska antalet cigaretter är viktigt i sig. Många tycks kunna bibehålla en reduktion, och det kan många gånger vara det enda mål som går att uppnå (86). Reduktion tycks också öka möjligheten att sluta i ett senare skede på grund av både det ökade självförtroendet och det minskade nikotinberoendet (58,59). Vidare är det värdefullt att ha en ordentlig förberedelsestid då patienten kan prova att ta små steg och man kan arbeta med att planera hur patienten ska hantera olika problem som kan förutses i samband med tobaksstoppet. Psykiskt sjuka kan behöva mer intensivt och långvarigt psykologiskt stöd kombinerat med läkemedel för avvänjning. Generellt är risken för abstinens och återfall större, och det kan vara svårare att få patienten att fullfölja behandlingen och att ta ordinerade läkemedel (44, 62, 87). Nikotinabstinensen kan bli svårare att uthärda bland annat på grund av att den ofta påminner om sjukdomssymtomen. Det kan samtidigt vara svårt att avgöra vad som är nikotinabstinens och vad som är ökning av sjukdomssymtom. Vidare finns en interaktion mellan rökning, neuroleptika med flera läkemedel att ta hänsyn till vid rökstopp, läs mer på sid 23. Det är

viktigt att personalen förstår att flera återfall i rökningen är regel, och kan förklara det för en patient som misslyckats vid ett rökstoppsförsök. Därför behöver frågan om rökningen vara på agendan kontinuerligt – oavsett om patienten befinner sig i ett stadium av låg eller hög beredskap för förändring eller om patienten har slutat och försöker vidmakthålla rökstoppet. Det betyder att man bör fortsätta att stödja en patient som skrivs ut, och det är förstås en fördel om patienten kan få fortsatt stöd av samma personal. Motsvarande principer gäller vid snusavvänjning.

Ångestsyndrom

För första gången har en stor rökavvänjningsstudie av patienter med social fobi, panikångest och generaliserat ångestsyndrom presenterats (88). Den visar att patienter som har flera ångestdiagnoser eller har haft panikattacker under det senaste året har svårt att över huvudtaget göra ett rökstopp, även om de är motiverade. Forskarna fann även en tendens till sämre resultat för dessa patienter jämfört med personer utan ångestsjukdom. Läkemedel för avvänjning (nikotinläkemedel, bupropion och kombinationer) höjde intressant nog inte graden av lyckande för patienterna med ångestsyndrom men fördubblade den i kontrollgruppen. Författarna framför hypotesen att läkemedel för rökavvänjning har liten påverkan på negativ affekt, att negativ affekt är ett gemensamt typiskt sjukdomssymtom för patientgruppen, och att patienterna därmed inte får lindring av det abstinenssymtom de har svårast att klara. Patienterna hade däremot större nytta av rådgivning än kontrollgruppen. I en annan studie hade patienter med posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) som fick rökavvänjning resultat i nivå med andra patientgrupper. Man såg samtidigt inte någon försämring i deras PTSD-symtom eller ökad depressivitet (89,90).

I en studie av rökavvänjning med vareniklin i en patientgrupp med blandade psykiatriska diagnoser, inklusive ångestsyndrom, konstaterades att alla grupper av psykiskt sjuka hade lika goda resultat, och i nivå med patientgrupper utan psykisk sjukdom (42). Rökstopp brukar medföra minskad ångest, men hos personer med ångestsjukdom kan ångestnivån tillfälligt stiga både på grund av en förväntanseffekt före stoppdagen och under



den allra första veckan av abstinensfasen. Dessutom kan abstinenssymtomen i början bli starkare än hos personer utan ångestsjukdom. Det är bra om man kan hjälpa patienten att förbereda sig för hur hon/han ska hantera problem om de uppstår (87,91).

Depression

Alla, oavsett grad av depression, bör erbjudas hjälp att sluta röka. Patienter med aktuell eller tidigare depression kan behöva ett intensivt stöd (92,93,94). Resultatet vid studier av rökavvänjning för patienter med aktuell/tidigare depression skiljer sig generellt inte från det som uppnås i friska patientgrupper. Detta ska dock möjligen tolkas med viss försiktighet eftersom man kan misstänka att patienter med pågående depression som har motivation och energi nog att delta i en rökavvänjningsstudie troligen är ett urval av patienter med särskilt goda förutsättningar (92,95). Hög grad av depressivitet vid rökstoppet har ett samband med högre återfallsrisk och sämre resultat av rökavvänjningen (96). För depressivt lagda personer har abstinenssymtomen en tendens att

vara mer intensiva och ihållande, med negativa tankar och känslor och nikotinsug, något som dock inte behöver påverka resultatet (64). Det är av värde för patienten att man i rökavvänjningen även arbetar med behandling för att hantera de depressiva symtomen (39).

Tidigare har det funnits en uppfattning att patienter som tidigare i livet har haft depression/er löper större risk att tillfälligt återinsjukna i samband med rökstopp, men det är oklart om det är så. Vissa studier visar en ökning av risken för en ny depression (97) medan andra tyder på att depressiva symtom och risken för en ny depression i regel antingen är opåverkade eller minskar (64,92,98). I en metaanalys kunde ses att patienter med återkommande depressioner hade en ökad risk för återinsjuknande i depression. Förklaringen kan vara att återkommande depressioner är ett tecken på en underliggande känslighet för sjukdomen, medan en enstaka depression är något som alla kan råka ut för någon gång i livet vid en kris (99). Det finns skäl att följa dessa patienter noggrant vid tobaksstopp.

Schizofreni

Schizofrena patienter är ofta storrökare, starkt beroende och tycks också inhalera mer nikotin från varje cigarett (43). Det är viktigt att schizofrena som vill sluta får hjälp. Även om de har svårare att lyckas, finns det flera studier som visar att patienter med schizofreni som fått mycket stöd i kombination med läkemedel kan klara att sluta röka, och många kan minska sin konsumtion betydligt (43,44,100,101). När det gäller patienter med schizofrena syndrom är det extra viktigt att patienten får stöd under lång tid av den sjukvårdspersonal som känner patienten och kan sjukdomsbilden och medicineringen. Det finns inga bevis för att sjukdomssymptomen skulle öka som en följd av rökstopp, snarare finns en tendens till minskning av ångest, depressivitet, brist i affekter och motivation, känslomässig och social tillbakadragenhet och anhedoni⁹ (58,102,103,104).

Patienter som går över från typiska till atypiska neuroleptika¹⁰ tycks spontant reducera rökningen och har också större chans att lyckas när de försöker sluta röka, så enbart att byta läkemedel kan hjälpa dem sluta röka. Dokumentationen gäller främst klopazin (Leponex, Clozapin), men vissa data talar för att det även kan gälla risperidon (Risperdal) och olanzapin (Zyprexa) (62,104,105,106,107). Patienter med schizofreni som slutar röka bör följas noga på grund av risken för kraftig nikotinabstinens, biverkningar av läkemedel för avvänjning och interaktion med neuroleptika, se nedan. Det är också känt att schizofrena i relativt hög utsträckning även missbrukar alkohol eller droger, vilket kan komplicera behandlingen (43).

Rökning och interaktion med neuroleptika och andra läkemedel

Rökning ökar aktiviteten i leverns enzymssystem CYP1A2 som metaboliserar många neuroleptika (till exempel Leponex, Zyprexa, Clozapin, Olanzapin) vilket minskar koncentrationen i plasma med upp till 50% av dessa läkemedel. Induktionen av CYP-enzymerna sker redan vid en låg konsumtion; 7–12 cigaretter per dag ger

100% induktion (108). Rökare har därför typiskt sett lägre plasmanivåer eller står på högre doser neuroleptika. Det tros vara en av anledningarna till att personer med schizofreni röker så stora mängder – att ju mer de röker desto mindre biverkningar upplever de av neuroleptika. Vid rökstopp minskar enzymaktiviteten snabbt och plasmakoncentrationen av läkemedel kan nå toxiska nivåer på några dagar – den ökar i genomsnitt med cirka 35% på 6 dagar och 50% på 14 dagar (109,110,111). Den individuella variationen är dock stor – i en studie varierade koncentrationsökningen mellan 14 och 260% (112). Patienten kan i extremfall uppleva mycket kraftiga biverkningar av neuroleptika (som kramper, koma, stupor¹¹, akatisi¹², akinesi¹³). Återfall i rökningen kan bli resultatet även vid mindre uttalade problem. Det rekommenderas att plasmanivåerna mäts före rökstoppet, att medicineringen minskas med omkring 10% per dag under fyra dagar efter rökstoppet och att plasmanivån därefter kontrolleras igen (14,109). Vid återfall i rökning behöver doseringen av neuroleptika justeras upp igen. Patienter måste därför följas noga både i samband med planerat rökstopp, och när de i slutenvård inte kan eller får gå utomhus för att röka. Patienten måste också informeras om att medicinen minskats på grund av rökstoppet och att den måste ökas om hon/han börjar röka igen. Att få veta att rökstopp medför att dosen neuroleptika sannolikt kan minskas är en motiverande faktor för många personer med schizofreni.

Även opiater, barbiturater, bensodiazepiner och tricykliska antidepressiva läkemedel metaboliserar via CYP1A2, och de två senare kan ofta minskas med omkring 25% efter rökstopp (29,113). Waran och theofyllin är två andra relativt vanliga läkemedel som påverkas när kroppens metabolism, det vill säga nedbrytningsförmågan i levern, ändras (114). Biverkningar kan uppkomma och det motiverar kontroll av läkemedlets koncentration i blodet vid rökstopp respektive återfall i rökning. Intressant nog påverkas också kroppens omsättning av koffein på ett liknande sätt (14).

9. Anhedoni=brist på lust för sådant som man tidigare upplevt som lustfyllt

10. Den så kallade första generationens neuroleptika kallas typiska eller klassiska och den andra generationens preparat kallas atypiska.

11. Stupor=extrem okontaktbarhet och oförmåga att tala

12. Akathisia=extrem rastlöshet och uttalad ovillighet att sitta ner

13. Akinesia=partiell eller total förlust av motorisk kontroll, ofrivilliga rörelser

Policy om tobaksprevention

Det är viktigt att psykiatriska slutenvårds- och öppenvårds-kliniker och behandlingshem – och även socialtjänsten – har en genomtänkt och väl känd tobakspreventiv policy. Inriktningen bör vara att skapa en stödjande miljö som hjälper rökare och snusare att bli fria från tobak eller minska sitt tobaksbruk, och som skyddar dem som inte använder tobak. Många patienter har blivit rökare i psykiatri och beroendevård och utsatts för passiv rökning mot sin vilja. Diskussioner om rökningens konsekvenser och rådgivning om att sluta bör vara rutin och tobaksavvänjning integreras i behandlingsarbetet. Det är svårt att motivera patienter/klienter att sluta så länge det finns en tillåtande attityd till rökning. Rökrummen bör tas bort överallt och patienter/klienter enbart tillåtas att röka ut-

BÄTTRE SÖMN

Det är intressant att patienterna sover bättre. De går och lägger sig i tid. När vi hade rökrum, och de inte kunde sova, gick de och rökte. Nu försöker de sova istället. Rökrummet blev den sociala platsen, och så fort de kom in där tänkte de en cigarett. Nu har vi gjort rökrummet till ett gym och ett annat tidigare rökrum är ett avslappningsrum.

Anställd på en psykiatrisk klinik i England efter införandet av rökfri psykiatri

omhus. Ett gott skäl är att även mycket låga nivåer av passiv rökning är skadliga – det finns ingen säker nivå (28). En regel om att rökning enbart är tillåten utomhus finns i alla landstings tobakspreventiva policyer sedan länge, men en undersökning 2009 visade att flera landsting fortfarande hade enstaka rökrum kvar i psykiatri (115). Om rökrum finns kvar under en övergångstid bör de vara stängda om natten, så att patienterna/klienterna vänjer sig vid att sova hela natten. Eventuellt kan nikotinplåster erbjudas. Konsumtionen minskar när det blir svårare att röka och en del slutar helt. Cigaretter bör aldrig användas som belöning eller liknande.

Personalen har en speciell roll som förebilder och normbildare i hälsofrågor. Tobaksfrihet hos dessa personer skapar särskilt viktiga ringar-på-vattnet-effekter. Som personal bör man aldrig röka eller snusa tillsammans med eller inför patienter, och det är inte heller bra att komma tillbaka från rast och lukta rök. De flesta landsting och nästan hälften av kommunerna har idag beslut om rökfri eller tobaksfri arbetstid (28). Det innebär att personal får röka (alternativt även snusa) enbart på lunchen (eller i vissa fall efter utstämpling) och då i regel klä om till privata kläder och lämna arbetsplatsen för att röka (snusa). Arbetsgivare bör uppmuntra personalen att sluta använda tobak och erbjuda tobaksavvänjning på generösa villkor. De egna levnadsvanorna har betydelse för om persona-



len tar upp dessa frågor eller inte med patienter/klienter. Bland sjuksköterskor är det mer än dubbelt så vanligt att fråga sina patienter om rökvanor om man själv har slutat röka än om man själv är dagligrökare (116). Läs mer i Statens folkhälsoinstituts skrift *Tobaksfritt arbetsliv* (28).

Goda erfarenheter

Psykiatriska kliniker både i Sverige och i andra länder som infört en rökfri miljö har goda erfarenheter (29), se exempel i avsnittet Så gjorde vi. Patienterna blir lugnare och sover bättre, och det visar sig vara en fördel att den avskilda kulturen i rökrummet ersätts av andra mer positiva former av samtalsämnen, aktiviteter och umgänge som personalen har insyn och deltar i. I England infördes totalt rökförbud inomhus i hälso- och sjukvården enligt en lag 2007. Psykiatrin fick ett år extra på sig att implementera lagen, som började gälla där 1 juli 2008. I en totalundersökning via enkät och intervju efteråt visade det sig att personalens farhågor om ökat våld, aggression och bränder inte besannades (117). Ingen enhet kunde ge exempel på ökade problem. Istället noterade flera att problemen hade minskat. Ett sjukhus rapporterade att antalet våldsincidenter hade halverats under året efter policyns införande (118). Vidare hade både patienternas och personalens intresse för att sluta röka ökat. Över 90% menade att implementeringen varit ganska eller mycket framgångsrik, trots att det ofta förekom överträdelser av reglerna vid en tredjedel av enheterna. Hur chefer hanterat frågorna konstaterades vara en nyckelfaktor. Flera kommenterade hur borttagande

”Psykiisk sjukdom ger i sig ett starkt socialt stigma. Patienterna riskerar att utsättas för ett dubbelt stigma om vi signalerar till dem och deras anhöriga att deras problem med rökningen inte är värda att tas på lika stort allvar som andra människors problem med rökning.”

TONY GEORGE OCH DOUGLAS ZIEDONIS,
FORSKARE PÅ OMRÅDET RÖKNING OCH PSYKISK SJUKDOM



FÖRDELAR MED RÖKFRI PSYKIATRI

- Bättre vårdmiljö
- Ingen passiv rökning
- Patienter slutar röka
- De patienter som fortsätter röka röker mindre
- Patienterna får bättre hälsa
- Patienterna blir lugnare
- Patienterna sover bättre
- Patienterna får bättre privatekonomi
- Patienterna får bättre självförtroende
- Bättre social samvaro
- Mindre brandrisk
- Mindre nedskräpning och städbehov
- Man kan använda det tidigare rökrummet till annan verksamhet

av rökrummen inverkat positivt på patienternas välbefinnande. Rökrummet har ofta varit en plats för obegränsad rökning och kaffedrickande, menade man. När de tas bort lär sig patienterna andra sätt att umgås och att hantera oro och ångest, och att på natten röker man inte utan sover.

Skellefteå lasarett genomförde rökfritt sjukhus 2003. Så gjorde även psykiatriska kliniken. En enkätundersökning i psykiatrin något år senare visade att alla i personalen tyckte åtgärden var bra eller mycket bra. Av patienterna tyckte tre av fyra att policyn var bra eller mycket bra (73%) medan bara 13 av 66 tyckte policyn var dålig (20%). Cirka hälften av klinikkens rökande/snusande anställda – 28 personer – deltog i en rökavvänjningsgrupp i samband med införandet av rökfritt på kliniken. Hälften av dessa var fortfarande tobaksfria 6 månader senare (119). Läs mer under avsnittet Så gjorde vi.

Statens institutionsstyrelse har många intagna med alkohol- eller drogberoende och också psykiatrisk problematik på sina LVM och LVU-hem¹⁴. År 2009 antog man

en policy, Rökfritt SiS, som innebär att det inte är tillåtet att röka inomhus samt att personalen har rökfri arbetstid. Man uppskattade vid tidpunkten för införandet att nästan alla vuxna intagna, 80% av ungdomarna och 18% av personalen, var rökare. Som en förberedelse inför rökfri arbetstid fick alla som ville hjälp att sluta röka och snusa, inklusive kostnadsfria läkemedel för avvänjning under en period. Ungdomar under 18 år får inte alls röka eller snusa på institutionerna och personal får inte köpa tobak till dem. Varje institution har personal som är utbildad i tobaksavvänjning. Den viktigaste anledningen att införa policyn var att skapa en rökfri arbetsmiljö för personalen och en ren och fräsch miljö för klienter och ungdomar i olika åldrar. En fjärdedel av de anställda besvärades tidigare av passiv rökning på jobbet. Implementeringen har gått bra, och få incidenter har rapporterats. Satsningen har ännu ej hunnit utvärderas (120).

Kriminalvården i Sverige införde 2008 Rökfri Kriminalvård med en liknande policy som SiS. Intresset för att sluta röka visade sig vara stort. Omkring 9% av de intagna internerna som var rökare, ca 350 personer, uppskattades ha slutat röka 1½ år efter införandet, liksom många i personalen. De huvudsakliga skälen för att införa policyn var att 1) skydda anställda och intagna från passiv rök, 2) minska antalet bränder, 3) förbättra hälsan hos anställda och intagna, 4) öka säkerheten¹⁵ och effektiviteten¹⁶ i arbetet samt att 5) stödja det drogpreventiva arbetet (122).

I USA visade en stor undersökning att 40% av institutionerna i beroendevården erbjöd rökavvänjning så tidigt som 2004–2005 (121) och i delstaten New Jersey hade rökavvänjning och rökfria miljöer implementerats på samtliga institutioner 2006 (123).

14. Lagen om vård av missbrukare (LVM) och lagen om vård av unga (LVU)

15. När personal går ut och röker blir det färre av personalen kvar inne, vilket minskar säkerheten

16. Färre rökpauser ger ökad effektivitet i arbetet



"Det är cyniskt
att ge behandling för
den psykiska sjukdomen
eller drogmissbruket
men låta patienterna dö
av sin rökning."

PROFESSOR JOHN HUGES,
EXPERT PÅ TOBAKSPREVENTION

Utbildningsinsatser

En utbildningsinsats till socialtjänsten med speciell inriktning mot biståndshandläggare om tobaksbrukets roll och metoder för rådgivning om att sluta med tobak genomfördes av Psykologer mot Tobak 2009–2010. Elva regionala utbildningar genomfördes för sammanlagt 130 personer. En utvärdering visade att aktiviteten i rådgivning till klienter om att sluta med tobak hos dem som deltagit ökade avsevärt efter utbildningen. De blev betydligt mer aktiva när det gällde bland annat att rekommendera rökstopp, att ge råd om hur man slutar röka och snusa, att hänvisa till Sluta röka-linjen eller lokal tobaksavvänjare samt att överlämna material. Hela 96% ansåg efter utbildningen att det är viktigt att motivera klienter att sluta röka och 15% menar att det ingår i arbetsuppgifterna. Hinder som anges för att arbeta med frågan inom socialtjänsten är tidsbrist och att klienterna har allvarligare och mer akuta problem (124).

En utbildningsinsats till psykiatrin med elva regionala utbildningar genomfördes även 2009–2010. Vid utvärderingen framkom att många inom den psykiatriska vården ser hinder för att arbeta med rådgivning om tobak. De vanli-

gaste hindren som anges, är att rådgivning om tobak inte anses vara psykiatrins uppgift, "kollegors inställning" samt brist på rutiner, tid, resurser och prioritering från ledningen. Nittiosex % ansåg efter utbildningen att det är viktigt att motivera patienter att sluta röka men endast 12 % menar att rådgivning om att sluta röka ingår i deras arbetsuppgifter (125). Detta stämmer dåligt med den ovan redovisade undersökningen från Sveriges Kommuner och Landsting som visade att 60% av verksamhetscheferna 2010 ansåg att rådgivning och rökavvänjning ingår i psykiatrins uppdrag (85).

Många efterfrågar mer utbildning. Yrkesföreningar mot Tobak tillhandahåller utbildning.¹⁷

Läs även mer i Statens Folkhälsoinstituts kunskaps-sammanställningar *På väg mot ett tobaksfritt landsting, Tobaksfri kommun och Tobaksfritt arbetsliv* (2,28,115).

17. Läs mer om utbildning på www.psykologermottobak.org.

Så gjorde vi - berättelser från några vårdenheter

PSYKIATRI

Skellefteå Lasarett var tidigt ute med rökfri psykiatri

Slutenvården i Skellefteå genomförde rökfri psykiatri redan 2003. Många i personalen var mycket skeptiska inför denna förändring. Men det gick över förväntan mycket tack vare en engagerad och tydlig ledning. För patienterna innebär förändringen att rökning endast får ske utomhus på särskilda rökplatser och på bestämda tider¹⁸. Tvångsvårdade patienter som saknar frigång, har möjlighet att få så kallad ”rökfrigång” efter beslut från överläkare. För övriga erbjuds nikotinplåster eller nikotintuggummi. För rökande personal finns rökkurer utomhus. Senare har Västerbottens läns landsting även infört rökfri arbetstid för personalen. Rökrummens avskaffande ledde bland annat till en bättre inomhusmiljö och gav oss ett extra rum på varje avdelning. Personalen gick före med gott exempel. Cirka hälften av rökarna i personalen försökte sluta och en fjärdedel lyckades. Detta berodde till stor del på att vi erbjöd all personal konkret rökavvänjningsstöd i samband med rökstoppet vid kliniken. Det positiva fokus detta gav, tror vi hade en viss betydelse både vad gäller själva trovärdigheten i beslutet, och vad gäller den uppbackning personalen stått för vid genomförandet och därefter. En enkätundersökning något år efter införandet visade att alla i personalen tyckte beslutet var bra.

Vi fick även positiv respons från en stor del av patienterna, faktiskt även från en del rökande patienter. De nya rutinerna ledde till att många patienter rökte radikalt mycket

18. Rökning varje hel timme mellan 8–20. Patienterna hämtar rök- och tänddon från personalen. Dessa tider brukar respekteras av patienterna, även om de som har frigång rent principiellt inte kan hindras att röka på andra tider.

TIPS FÖR ATT ÅSTADKOMMA EN RÖKFRI PSYKIATRISK KLINIK:

- Förankra beslutet i hela personalen. Ett tydligt starkt ledarskap på alla nivåer är centralt.
- Motivera beslutet och var beredd att förklara bakgrunden.
- Stäng rökrummen. Erbjud patienterna nikotinläkemedel.
- Ge tydlig information till patienterna.
- Ha klara rutiner och tydliga regler. Det är viktigt med en enig och konsekvent personal.
- Använd ett ickepolariserande förhållningssätt för att undvika konflikter.
- Erbjud rökavvänjning inklusive subventionerade läkemedel. Starta sluta-röka-grupper.
- Försök att få med så många som möjligt. Uppmuntra och stötta. Använd gärna morötter och tävlingsmoment.
- Utmana gärna andra kliniker.

Rolf Stenvall, Skellefteå Lasarett

mindre och ett antal patienter har till och med slutat röka under tiden på avdelningen. Tidigare hade vi fall där icke-rökande patienter drogs med och blev rökare under tiden på kliniken eftersom rökrummet var ”navet” på avdelningen för många. Det tror vi inte förekommer längre.

Tydliga rutiner som alla tillämpar lika, och ett bra bemötande är en avgörande framgångsfaktor. De kritiska synpunkter som kommit från en del patienter har gällt just rutiner och bemötande. Nästan hälften av personalen tyckte att införandet förlöpte utan några större konflikter. Nu åtta år senare löper det tämligen smärtfritt. Ingen i personalgruppen skulle idag vilja gå tillbaka till den situation vi hade tidigare. Patienterna sover på nätterna istället för att röka och strider ej längre om att få röka på

natten. Just detta är kanske den största vinsten. Vi hoppas ju att de tar med sig dessa goda vanor hem.

Nästa steg för oss bör vara att utbilda specialiserade tobaksavvänjare på kliniken som kan komplettera de hälsocoacher som finns.

Slutligen: Tro på ert beslut.
Låt inte olyckskorparna få fotfäste.
Det går att genomföra!

Källa: Biträdande verksamhetschef Rolf Stenvall, Psykiatriska kliniken, Skellefteå Lasarett, rolf.stenvall@vll.se, tel 0910-77 19 98.

Eksjö tog initiativet i psykiatri i Landstinget Jönköping

År 2004 antogs en ny och strängare tobakspolicy för Landstinget i Jönköpings län. Viktiga nyheter var rökfri arbetstid för personal (rökning endast under lunch och efter utstämpling), förbud att röka med patienter och förbud mot rökrum inomhus. Trots att det inte fanns något formellt undantag implementerades policyn inte i den slutna psykiatri (som inkluderar rättspsykiatri). Det fanns ett motstånd och en oro bland de anställda, framför allt för hur det skulle gå att ta bort rökrummen. En heldagsutbildning om tobaksavvänjning för psykiskt sjuka och tobakspolicy inom psykiatri arrangerades 2006, men intresset var svagt. År 2008 tog klinikchefen för slutenvården på Höglandssjukhuset i Eksjö, Bo Kenneth Knutsson, initiativ till en förändring. Han sökte efter goda exempel och fann Skellefteå Lasarett (se ovan), och initierade en förändringsprocess. Frågan togs upp i medicinsk programgrupp psykiatri. Företrädare från Skellefteå bjöds in och möten, diskussioner och utbildningar arrangerades med personalen på klinikerna vid alla tre sjukhusen; Höglandssjukhuset, Värnamo Sjukhus och Ryhovs sjukhus i Jönköping. Frågan förankrades även i brukarorganisationer och samverkansgrupp. Folkhälsoenheten var också ute och träffade all personal. Efter ett års förberedelser infördes policyn samtidigt i hela psykiatri i Jönköpings län i maj 2009 med hjälp av en noggrant utarbetad handlingsplan med fastställda rutiner.

Det var viktigt att ta ett helhetsgrepp och samtidigt involvera personal, patienter och vårdgrannar. All personal måste ha rätt inställning till policyn och tillämpa samma rutiner gentemot patienterna.

Det har gått fantastiskt bra. Patienterna har accepterat förändringen och inga incidenter har inträffat. Patienter som röker och som har en tillsynsgrad som medger att de kan lämna avdelningen enskilt eller i grupp får gå ut och röka varannan hel timme under 15 minuter under tiden 08–20. Personal deltar inte vid dessa rökpauser. Ett elddon lämnas ut till betrodd patient när man lämnar avdelningen och återlämnas vid ankomst till avdelningen. Rymningsbenägenheten kan beskrivas som närmast obefintlig. Kan patienterna inte gå ut får de nikotinplåster, -tuggummi eller -sugtabletter. Jag skulle tro att policyn är accepterad av 97% av personalen. Från att ha haft 20–25 rökare i personalen har vi nu 3 kvar. Det är ett sunt tänk med en rökfri vårdmiljö. Vi har tidigare kunnat se att patienter har rekryterats till att bli rökare hos oss. Nu har vi ett nytt förhållningssätt till patienternas hälsa överhuvudtaget. Personalen har utbildats och det är deras uppgift att ta upp frågor om livsstil som rökning, kost, motion och sömn. Om patienter eller personal vill ha rökavvänjning finns det en tobaksavvänjare på varje sjukhus som tar emot. Hösten 2009 genomfördes nya utbildningsdagar för psykiatri på varje sjukhus om motiverande samtal om tobak och avvänjning.

Vår vision är:
Vi bryr oss -för ett bra liv.

Källor: Bo Kenneth Knutsson, klinikchef, Höglandssjukhuset, Eksjö, bo.kenneth.knutsson@lj.se, 0381-35642, Mattias Jonsson, Folkhälsoenheten, landstinget i Jönköpings län, mattias.jonsson@lj.se, 0370-69 81 42, Maria Carlzon, samordare för tobaksavvänjning, landstinget i Jönköpings län, Ryhovs sjukhus, maria.carlzon@lj.se, 036-32 19 88.

Gävleborg implementerar rökavvänjning i hela psykiatrin

Gävleborg har arbetat med hälsosamtal i primärvården för 40-åringar i 10 år. Detta har skett inom ramen för Hjärt-kärlprogrammet, utformat efter en europeisk evidensbaserad modell som formades efter förebild av det så kallade Norsjöprojektet. Syftet är att upptäcka när patienter har riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom och metabolt syndrom. Vi pratar mycket rökning, kost och motion. Nu utvidgas programmet till psykiatrin, i första skedet öppenvården i Gävle. Planen är att gå vidare till hela länets öppenvårdsmottagningar och även till slutenvården på sikt. Vi måste arbeta för en jämlik hälsa; alla måste få möjlighet att få sina ohälsosaker kartlagda. Men psykiatrins patienter blir inte alltid tagna på allvar i primärvården. Vi från folkhälsoenheten utbildar personalen i psykiatrin för att de ska kunna erbjuda hälsosamtal enligt Hjärt-kärlprogrammet på sina egna mottagningar. Vi ger kunskapsstöd när det gäller levnadsvanor till patienter och personal. Rökning är en av de viktigaste ohälsosakerorna och psykiatrins patienter röker mycket. Patienterna tycker det är positivt att det kommer någon utifrån och pratar med dem om hur man kan må bättre.

Projektet har tagits emot väl av personalen även om de hade låga förväntningar i början. När vi startade en rökavvänjningsgrupp för psykiskt sjuka tyckte de det var på gränsen till skrattretande. Det som uppstod var en social grupp. Patienterna ville prata om sin rökning. Inte många slutade direkt, men några minskade ned på rökningen och flera har senare gått till tobaksavvänjaren vid psykosavdelningens öppenvård, se nedan. Vi använde motiverande samtal och mindfulness-övningar som fungerade bra. Nu arbetar vi individuellt, men kommer nog att starta upp fler grupper. Det är en väldig styrka i en grupp. Vad vi lärt oss är att man måste gå stegvis fram. Att de minskar från 20 till 10 cigaretter är positivt. Många är uppgivna efter många försök. De behöver få stöd i att förstå att återfall ingår i förändringsprocessen. De blir mycket lättade när de kan se det så, och inte som ett personligt misslyckande.

Psykiatrin har haft ett motstånd mot att hjälpa patienter till rökstopp. Jag träffade en sjuksköterska som sa ”ja, vi har haft den synen att de mår så dåligt så det inte är någon

idé. Jag skäms men nu har vi inte den synen längre och ingen i personalen röker med patienter”. Landstingets tobakspolicy har varit svår att implementera i slutenvården. Men nu (okt 2010) har chefen för psykosavdelningen meddelat att rökfri arbetstid ska gälla även här och att personal och patienter bara får röka ute på angivna platser. På natten är rökning inte alls tillåten klockan 23–06, och det gäller även personal. Avsteg kommer bara att göras i nödfall, om en patient är väldigt orolig och det finns risk för våld om han eller hon inte får röka.

Motto: Vi måste ju tro på dem!

Källa: Arja Philipsson, hälsoutvecklare, Division Primärvård, Folkhälsoenheten, Landstinget Gävleborg, arja.philipsson@lg.se, tel 026-27 92 32, 070-347 45 56.

Rökavvänjning på psykosmottagningen i Gävle

Jag har drivit rökavvänjningsverksamheten på psykosavdelningens öppenvård i ett år och har hälsosamtal med alla om tobak, kost och motion. Det är intressant att se att de motiverade patienterna lyckas sluta röka trots sin psykossjukdom. Sammanlagt har jag träffat ett 10-tal patienter det här året. Av dessa är tre rökfria, en sedan 10 månader, och de andra två har klarat 8 månader. Jag har arbetat traditionellt med en förberedelse, rökstoppsdatum och nikotinläkemedel av högsta styrkan. De som har lyckats har följt den modellen. En del har bara minskat konsumtionen, och det är ju ett steg på vägen. Andra droppar av för att komma tillbaka senare. Vad gäller nikotinläkemedel så får patienterna betala dessa själv och det kan vara lite knivigt att motivera till det när det är så kostsamt, men det brukar lösa sig när de ser vinsten på sikt. Jag tror det generellt tar längre tid att sluta röka för psykiskt sjuka, med fler återfall på vägen, och att de behöver mer stöd. Det är min tanke även om jag inte har jobbat med någon annan rökavvänjning innan. De som slutar röka verkar komma igång bättre med bra mat och motion efter rökstoppet, jag jobbar ju även med det. Det kan bli en ersättning. En man har börjat både löpträna och äta nyttigt. En annan person som jag är kontaktperson för

ville sluta röka på sitt eget sätt, och han har också klarat det. Hans metod var att sluta stoppa tobak i pipan, men ändå gå omkring med den i munnen, och efter ett tag kunde han slänga pipan. Vad man märker är att många har behov att komma på återbesök bara för att bli bekräftade i att de är duktiga.

Källa: Anneli Hallberg, sjuksköterska, hälsosamordnare, utbildad tobaksavvänjare, Psykosmottagningens öppenvård, Gävle Sjukhus, anneli.hallberg@lg.se, tel 070-600 16 95.

Personalens motstånd störst

På Kungälv Sjukhus hade man inom psykiatri till en början ett "undantag" från landstingets policy om rökfritt. Jag menade när jag kom dit att självklart måste policyn kunna genomföras även i psykiatri. Det fanns mer motstånd hos personalen än hos patienterna. De trodde att patienterna inte skulle klara det, att de skulle bli oroligare och att man skulle behöva extra personal. Istället blev det tvärtom – patienterna blev lugnare. Patienterna visste ju att i somatisk vård får man inte röka och inte på restauranger, så de tog det ganska naturligt. Det blev många positiva ringar på vattnet. Vi fick bort rökrummet där man kunde stänga in sig i subgrupper och ha destruktiva samtal – en gång efter en patients självmord fick vi reda på att diskussioner om metoder för självmord pågått i rökrummet. När rökrummet var borta blev sällskapsytorna större, patienterna aktivare och personal mera involverade i patienternas samtal. Personalen började samtala aktivt med patienterna om rökningen. Därmed blev det mer naturligt att tala om livsstilsfrågor överhuvudtaget och det spred sig till öppenvården. Många anställda slutade röka och även någon patient. Nyckeln är att ledarna måste vara tydliga med vad som gäller, jobba med personalgruppen och skapa tydliga rutiner.

Källa: Ingela Heimann, psykiater, tidigare överläkare för psykiatriska kliniken, Kungälv sjukhus, nu medicinsk rådgivare samt projektansvarig Utvecklingsplan Psykiatri, Regionkansliet Västra Götaland, ingela.heimann@vgregion.se, tel 0727-40 94 70.

Gruppavvänjning på Bærum sjukhus i Norge

Vårt sjukhus har erbjudit rök Slutarkurser för psykiskt sjuka i kommunerna Asker och Bærum sedan 2005. Vi har genomfört 7 kurser med sammanlagt 40 deltagare, varav en kurs enbart för ungdomar. Patienterna har varierande psykiatriska diagnoser. Kurserna hålls på de platser dit patienterna är vana vid att komma; sjukhuset, öppenvårdskliniker och aktivitetscentra. Det har mest varit personer som bott hemma som deltagit. Varje kurs startar med ett öppet informationstillfälle. Psykiatriens anställda och kontaktpersoner har engagerats för att motivera och rekrytera patienter till kurserna. Grupperna är små med 4–8 deltagare och man träffas 1–1½ timme vid 7–9 tillfällen. Deltagarna får en arbetsbok där de kan göra anteckningar. Ämnen vi tar upp är kartläggning av rökvanor, ambivalens, motivation, sätta rökstoppsdatum, läkemedel för rökavvänjning, strategier för röksug, återfallsprevention, att hitta stöd i sin omgivning och självsabotage. Varje person har en plan för den kommande veckan med sig hem. Många har behov av individuella möten och kompletterande stöd, både före och efter kursen och mellan kurstillfällena. Cirka en tredjedel har använt nikotinläkemedel, som de får betala själva. Vi räknar att de som varit med minst 5 gånger har fullföljt kurserna, och en tredjedel gör det. Av dessa är cirka 30% rökfria efter 6 månader. Några har haft som mål att minska rökningen, inte att sluta. Kursledaren håller kontakt med patientens behandlare eller kontaktperson för det är mycket viktigt att dessa stödjer patienten under hela processen. Psykiskt sjuka har extra utmaningar i och med sin sjukdom och behöver bli tagna på allvar och få all backup. Det är ett stort och viktigt steg de tar. Många patienter har fått höra att de inte ska sluta för att de är sjuka, eller att de ska vänta eller ta en sak i taget. Alla som röker måste få frågan om de vill sluta röka och de som vill måste få hjälp att sluta.

Källa: Katty Bevan, Lærings- og mestringssenteret, Bærum sjukhus, Rud, Norge, Katherine.Bevan@vestreviken.no, +47 67 80 99 95/995 99 190.

Hälsoenheten i Södertälje erbjuder kvalificerad tobaksavvänjning för dem som har särskilda svårigheter

Hälsoenheten är en livsstilsomfattning och specialistenheten för Södertälje, Salems och Nykvarns kommuner. Jag har träffat många psykiskt sjuka för tobaksavvänjning. Till mig följer ofta den psykiatriska personalen eller kontaktpersonen med första gången och det är bra. Då blir de involverade vilket är viktigt, så de kan stödja personen parallellt. Jag försöker hålla kontakt med dem med patientens tillåtelse, och kan rådgöra om saker, som till exempel den lämpligaste tidpunkten för ett rökstopp. Här är några fallbeskrivningar:

En 58-årig kvinna med diagnosen ospecificerad schizofreni

går hos mig, för rökavvänjning efter en hjärtinfarkt, på remiss från vårdcentralen. Hon har rökt 20–30 cigaretter per dag. Med hjälp av olika intermittenta nikotinläkemedel i reducerande syfte minskade hon ner antalet cigaretter till cirka 5–10, satte därefter ett rökstoppsdatum och lyckades sluta med hjälp av tillägg av nikotinplåster. Hon köper nu inga egna cigaretter, men kan ibland plocka fimpar och ta emot en cigarett om hon blir bjuden. Patienten fortsätter att komma en gång per månad för återfallsprevention samt för stöd att komma igång med promenader och regelbundna måltider.

En 40-årig kvinna med bipolär sjukdom och panikångest

sökte oss för att hon ville sluta röka. Hon hade rökt sedan tidiga tonår och har även haft perioder då hon druckit mycket alkohol. Patienten står på flertalet mediciner för sin sjukdom, sömnmedel, bensodiazepiner och så vidare, totalt över 10 olika preparat. Vi inledde rökavvänjningen med kartläggning för att förstå hennes tobaksbruk bättre. Utifrån denna kunskap började vi successivt planera för små förändringar som patienten ansåg att hon kunde klara av. Hennes tilltro till sin förmåga var låg och hon var väldigt orolig för abstinens. Under ett års tid kom hon regelbundet med 5–6 veckors intervaller. Parallellt använde hon nikotintuggummi och -inhalator. Periodvis stod förändringsarbetet stilla eller gick till och med tillbaka till ett tidigare stadium. Efter drygt 1 år fimpade hon från cirka 5 cigaretter om dagen med hjälp av niko-

tinplåster. Jag träffade henne då ungefär 1 gång per vecka i ett par månader, därefter med längre intervall. När hon kom på ett återbesök 3 månader efter rökstoppet märkte jag att hon såg markant mycket gladare ut och ögonen lyste. När jag frågade vad som hänt berättade hon att hon slutat med sina tabletter Stesolid eftersom hon inte hade panikångest längre. Patienten har fortsatt komma för att få hjälp att gå ner i vikt och komma igång med fysisk aktivitet. Nu har hon slutat med benzodiazepiner och trappat ner även andra mediciner, samt tar en promenad varje dag. Nu vill hon börja arbetsträna. Hon säger: ”Jag har sovit bort 20 år och nu har jag börjat läsa böcker som jag inte gjort sen jag var 12”.

Min generella erfarenhet är att det går att hjälpa dessa personer sluta röka och snusa, men det finns många rädsor, man måste ofta ta mindre steg och det tar längre tid. Jag har dock noterat att en del av personer med psykiska svårigheter har en mycket dålig måltidsordning med mycket kaffe och cigaretter, i kombination med en stor mängd mediciner mot psykosjukdom, depressioner, ADHD, ångest, sömnstörningar och så vidare. Jag skulle vilja lyfta de hälsofrämjande faktorerna som regelbundna måltider och även promenader, i kombination med rökstopp, som det som på sikt kan ge dessa personer lite hopp om att kunna påverka livskvaliteten positivt. På vår hälsoenhet kan man få hjälp med alla dessa livsstilsfaktorer av en och samma person. Ofta ser man att de börjar med en sak, som hos mig med tobaken, och fortsätter med andra förändringar, till exempel motion och viktreduktion. Det kan förändra hela livet. En patient sa: ”Sluta röka är ju världens klick, nu vågar man ju tro på sig själv. När jag slutat röka såg jag till att få en psykologutredning och fick veta att jag har Aspberger, och det var väldigt betydelsefullt för jag förstod väldigt mycket om varför jag har haft vissa svårigheter. Nu har jag börjat en datakurs”. Med långsiktigt samtalsstöd och i kombination en god måltidsordning, kanske med tillägg av motion, klarar psykiskt sjuka också av att sluta med tobak.

Källa: Ulla Ljung Lennartsson, utbildad tobaksavvänjare, Hälsoenheten- Tobaksmottagningen, Södertälje, ulla.ljung-lennartsson@sll.se, tel: 08-55025481

Wäxthuset - ett behandlingshem med helhetssyn

Vi har i många år haft en helhetssyn när det gäller att stödja människor att bli fria från alkohol och/eller droger. Alla som kommer får ett samtal och en skrift som bland annat tar upp socker, mat och nikotin. Det är viktigt att se att även nikotin är ett gift, en drog. Vi framhåller att om man fortsätter röka under tiden hos oss så måste man göra det i tysthet. Man frågar inte en kompis ”ska vi gå och röka?”. Om de väljer att sluta röka så stödjer vi dem med motiverande samtal och nikotinplåster. Periodvis har alla klienter varit ”på tåget” och slutat, men det senaste året är det nog bara en. Det finns bara en rökplats ute. Tyvärr är det samma rökplats för personal och eftersom några röker i personalen, så förekommer det att man röker med klienter. I personalen finns en samsyn kring att det är bra för klienterna att sluta röka och vi har en förhoppning att många ska nappa på att sluta och stödja varandra i det. Forskningen visar ju att man har större chans att lyckas om man slutar röka samtidigt som man slutar med alkohol och droger.

Källa: Sven-Olof Jansson, addiktolog, Wäxthuset Vaddö HVB-hem, svenolof@waxthuset.se, tel 0175-31000.

Östfora - ett LVM-hem som integrerat rökavvänjning i behandlingen

Under de två år som gått sedan man införde rökfritt inom Statens institutionsstyrelse SiS har jag haft fem klienter som slutat röka, varav tre i grupp. Den som tas in på Östfora behandlingshem får både skriftlig och muntlig information om att man kan få hjälp med att sluta röka parallellt med att man deltar i behandlingsinsatserna för sitt missbruk hos SiS. I regel är klienterna i dåligt skick när de kommer in, och arga på samhället för att de blivit intagna. Men när den akuta avgiftningen är över och de flyttat från mottagningsenheten till motivationsenheten kan de börja fundera över hälsan. Många har

påtagliga besvär av sin rökning, ofta svåra lungproblem med början till KOL. Då rekommenderas de att tala med mig, som är utbildad tobaksavvänjare. Jag erbjuder hjälp och stöd efter behov, i snitt en gång i veckan, i kombination med läkemedel. Vi har anordnat en ”Nikotinetts dag” för anställda och klienter för att uppmärksamma att det finns rökavvänjare på institutionen. Jag har även stöttat arbetskamrater att sluta röka och snusa. Det är en stor vinst om en klient blivit rökfri under behandlingstiden även om personen återfaller när hon eller han kommer hem. Kunskapen att det går att förändra sitt nikotinintag får de med sig vid hemgång, och en metod som går att använda igen.

Källa: Yvonne Johannesson, behandlingsassistent, Östfora LVM-hem, yvonne.johannesson1@stat-inst.se, tel 018-564537.

På Stigbyskolan får eleverna stöd att sluta med tobak

Stigbyskolan är ett LVU-hem inom SiS för elever i åldrarna 16–20 år. De flesta är mycket aktiva nikotinister, med stor konsumtion av cigaretter och snus. Just min enhet är en så kallad utslussningsenhet, dit man kommer efter institutionsvården. Hos oss får ingen röka under institutionstiden, vare sig ute eller inne. Eftersom omyndiga enligt SiS generella policy inte får röka alls måste det även gälla de myndiga hos oss, eftersom det blir för svårt att hålla det för de omyndiga annars. Att röka på grund av gruppträck är ju helt borta nu i och med detta. Vi anser även att rökfriheten stödjer vårt arbete mot droger.

Eleverna får hos oss hjälp att planera sitt liv efter vården. Då ska de klara sin ekonomi bland annat. Många använder stora summor på tobak. Som regel är de intresserade av att tala om tobaksvanorna. De klagar över ekonomin, hur andra har råd med resor, platt-TV, TV-spel... Då ställer jag frågor som: ”Ska vi titta vad du lägger pengar på? Vad kostar det på ett år med tobaken? Vad skulle det ge om du kunde använda dem till annat? Hur blir det om 10 år? Har du familj då? Vill du att dina barn ska röka? Varför inte det? Om vi leker med tanken att du slutar? Hur blir det då?” Jag jobbar med motiverande samtal MI. Jag arbetar med att först öka diskrepan-

sen, alltså att de ska se skillnaden mellan det liv de har och det önskvärda livet, och därefter med deras självtillit att kunna förändra saker och ting. Jag har jobbat med rådgivning om tobak aktivt i 1½ år, sedan vi gick kursen i tobaksavvänjning. En elev har slutat både röka och snusa, två slutade med rökningen men behöll snuset och de flesta av de övriga har minskat konsumtionen.

Källa: Tobias Sandberg, föreståndare, Statens Institutionsstyrelse, Stigbyskolans LVU-hem, tobias.sandberg@stat-inst.se, tel 0739-16 28 50.

SOCIALTJÄNST

Rökning viktigt ämne vid budget- och skuldrådgivning i Fagersta kommun

Att ta upp frågan om rökning passar väldigt bra in i mitt jobb som budget- och skuldrådgivare, men jag skulle behöva ha mer utbildning. De som behöver det mest är minst intresserade av att sluta röka. De tycker att *det kan jag väl i alla fall få ha kvar fast de inte har pengar så det räcker*. Jag har till exempel pratat mycket med en ganska ung flicka som går här på skuldrådgivning, som dessutom har astma. Hon väljer rökning framför mat och försvarar det hela tiden med att *det är klart att jag inte kan sluta röka när jag har så här jobbigt med ekonomin*. Jag tar upp det varje gång vi ses och försöker så ett frö.

Källa: Berit Stenström Kaisto, Budget- och skuldrådgivare, Fagersta kommun, Socialtjänsten, Försörjning & Arbete, berit.stenstrom@fagersta.se, 0223-444 75.

Socialförvaltningen Gotland startar tobaksavvänjning för brukare

År 2008 implementerades en ny tobakspolicy för hela Region Gotland. Policyn innebar bland annat att arbetstiden blev rökfri, och att medarbetare som rökte eller snusade erbjöds avvänjningsstöd. År 2010 utvärderade man vilka effekter tobakspolicyn och de stödjande insatser som gjordes i samband med den hade gett. Det visade sig att det hade hänt mycket positivt med medarbetarnas tobaksvanor. Både andelen som rökte och snusade hade minskat avsevärt; bland män som rökte slutade till exempel var fjärde – och bland kvinnorna var tionde. Man såg också en kraftig minskning i antalet cigaretter per dag. Nästan var femte som snusade slutade bland både kvinnor och män.

Däremot kvarstod problemet med att medarbetare utsätts för passiv rökning på sin arbetsplats genom att många brukare röker. Det var fortfarande hälften som utsattes för passiv rökning, trots att det sedan 1994 är ett krav i Tobakslagen att ingen skall utsättas för tobaksrök på arbetsplatsen mot sin vilja. Som en följd av det kom man därför med ett förslag att erbjuda tobaksavvänjning till brukare som vill minska sin rökning eller sluta helt. Socialnämnden gav i januari 2011 enheten för personer med psykiska funktionsnedsättningar ett uppdrag att genomföra en pilotstudie. Den inkluderar en nulägesmätning av passiv rökning, kompetensutveckling av medarbetare inom motiverande samtal MI, individuella samtal om rökningen för brukaren, kostnadsfri avvänjning till alla brukare som använder tobak, kostnadsfria nikotinläkemedel under en period, olika föreläsningar om hälsa till brukarna och uppföljning av insatserna. Brukare med försörjningsstöd kan redan idag efter särskild prövning få kostnadsfria nikotinläkemedel. Den möjligheten ska man efter beslut av nämnden informera brukarna tydligare om.

Källa: Jenny Sander, PA-konsult, Serviceförvaltningen, Gotlands kommun, jenny.sander@gotland.se, tel 0498-26 33 83.

Definitioner av nikotinberoende och nikotinabstinens

I ICD-10¹⁹, ett internationellt klassifikationssystem för sjukdomar, faller tobaksberoende och nikotinabstinens under rubriken Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av tobak, sjukdomskod F 17.2 respektive 17.3. (33).

DSM IV²⁰, ett internationellt klassifikationssystem för psykiska störningar, betecknar nikotinberoende som en sjukdom som orsakas av en psykoaktiv substans (substans-/drogberoende), sjukdomskod F 17 (32).

Kriterierna för nikotinberoende

enligt DSM IV – sjukdomskod F 17.2 – är:

Ett maladaptivt substans-/nikotinbruk som leder till kliniskt signifikant funktionsnedsättning eller lidande, vilket tar sig uttryck i minst tre av följande kriterier under loppet av en och samma 12-månadersperiod:

1. Tolerans, definierat som endera av följande:
 - (a) Ett behov av påtagligt ökad mängd av substansen för att uppnå önskad effekt.
 - (b) Påtagligt minskad effekt vid fortgående bruk av samma mängd av substansen.
2. Abstinens, vilket visar sig på något av följande sätt:
 - (a) Abstinenssymtom som är karakteristiska för substansen.
 - (b) Samma substans (eller liknande substans) intas i syfte att lindra eller undvika abstinenssymtom.
3. Substansen används ofta i större mängd eller under en längre period än vad som avsågs.
4. Det finns en varaktig önskan om eller misslyckade försök att begränsa eller kontrollera substansbruket.

5. Mycket tid ägnas åt att försöka få tag på substansen, nyttja substansen (till exempel kedjeröka) eller hämta sig från substansbrukets effekter.
6. Viktiga sociala aktiviteter, yrkes- eller fritidsaktiviteter överges eller minskas på grund av substansbruket.
7. Bruket av substansen fortgår trots vetskap om fysiska eller psykiska besvär som sannolikt orsakats av eller förvärrats av substansen.

Kriterierna för nikotinabstinens

enligt DSM IV – sjukdomskod F17.3 – är:

Personen har abrupt upphört med eller reducerat nikotinbruket och minst fyra av följande symtom har uppstått inom 24 timmar efter detta:

- Dysfori eller nedstämdhet
- Sömnsvårigheter
- Irritabilitet, frustration eller ilska
- Oro
- Koncentrationssvårigheter
- Rastlöshet
- Sänkt hjärtverksamhet
- Ökad aptit eller viktökning.

Symtomen orsakar kliniskt signifikant lidande eller försämrad funktion i arbete, socialt eller andra viktiga avseenden.

19. ICD International Classification of Diseases (World Health Organization, 2003a)

20. DSM Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (American Psychiatric Association, 1994)

Läkemedel för tobaksavvänjning

Erfarenhet visar att nikotiniäkemedel och Champix kan användas av snusare.

Produkt	Dosering	Behandlings-period	Vanliga biverkningar (Övrigt se FASS)	Positivt	Negativt	Övrigt
Nikotin-plåster 24 tim plåster 21, 14, 7 mg 16 tim plåster 25, 15, 10, mg	Lågt beroende: start med 15/14/10 mg Högt beroende: start med 25/21/15 mg	Individuellt, normalt 2-3 månader inklusive nertrappning.	Hudreaktioner, 24-tim-plåstret kan ge sömn-störningar/livliga drömmar	Enkelt att använda. Jämn tillförsel av nikotin. 24-tim-plåstret ger hjälp med morgonrök-suget 16-tim plåster lämplig till den som inte röker nattetid. Låg tillvänjningsrisk	Stillar inte det orala behovet.	Placera plåstret på ett nytt ställe varje dag.
Nikotin-tuggummi 1,5 mg, 2 mg 3 mg och 4 mg	Lågt beroende: 1,5 eller 2 mg Högt beroende: 3 mg eller 4 mg 8-12 tuggummin/dygn	Individuellt, minst 3 månader därefter gradvis nedtrappning. Max 12 månader	Irritation i mun och hals, hicka, magbesvär vid fel tuggteknik	Enkelt att korrigera dosen. Ger snabb lindring i svåra situationer. Minskar hungersug, kan förebygga småätande. Utan vanligt socker	Svår tuggteknik. Ömhet i käkleder, kan fastna i tänderna. Beroende kan inträffa men i mindre grad	Viktigt med rätt tuggteknik; skall tuggas långsamt med pauser i tuggandet.
Nikotin-sublingual-tablett 2 mg	Lågt beroende: 2 mg Högt beroende: 2x2 mg 8-12 tabletter/dygn	Individuellt, minst 2-3 månader därefter gradvis nedtrappning Max 6 månader	Irritation i mun och hals.	Ger snabb lindring i svåra situationer. Diskret. Enkel att använda. Få biverkningar. Minskar hungersug. Utan vanligt socker	Svald tablett ger sämre effekt.	
Nikotin-sugtablett 1, 2 och 4 mg	Lågt beroende 1 eller 2 mg Högt beroende 2 eller 4 mg 8-12 tabletter/dygn	Individuellt, minst 3 månader därefter gradvis nedtrappning. Max 6 månader	Irritation i mun och hals, hicka	Ger snabb lindring i svåra situationer. Enkel att använda. Utan vanligt socker	Patienter med tendens till halsbränna kan uppleva besvär.	Viktigt med rätt sugteknik; tablettens skall vila i munnen mellan varven.
Nikotin-inhalator 10 mg/plugg	Laddas med nikotin-pluggar 4-12 doser/dygn	Individuellt, minst 3 månader därefter nedtrappning Max 6 månader	Milda lokala reaktioner som hosta och irritation i mun och svalg	Hjälper till att minska saknaden av att hålla något i handen och lindra sugbehovet. Enkel att dosera.	Sämre effekt vid kyla. Vanan med att föra något till munnen upprätthålls.	Är ett plastmunstycke som man suger på.
Nikotin-nässpray 0,5 mg/dos	1 sprayning i vardera näsborre 1-2 ggr/timme	Individuellt, normalt 3 månader därefter gradvis reducering av dosen under 6-8 veckor. Max 6 mån	Lokala reaktioner i form av irritation, smärta, nysningar och rinnande näsa	Mycket snabb effekt. Enkelt att korrigera dosen.	Lokala biverkningar i näsan kan upplevas starka. Beroende kan inträffa men i mindre grad.	Receptbelagt.
Nikotin-munhålespray 1 mg	1-2 sprayningar varje varannan timme mellan kinden och tänderna, skifta kind 8-12 sprayningar/dag	Individuellt, normalt 3 månader därefter nedtrappning. Max 6 månader	Irritation i mun och hals under de första veckorna.	Något snabbare effekt än övriga nikotinprodukter som används oralt.		Preparatet är nytt och få erfarenheter finns ännu.
Munhåle-pulver 4 mg	1 påse varannan timme läggs under överläppen i ca 30 minuter. Flytta runt påsen med tungan 8-12 påsar/dag	Individuellt, normalt 3 månader därefter nedtrappning.	Irritation i mun och hals under de första veckorna.	Passar för snusare.		Preparatet är nytt och få erfarenheter finns ännu.

Tabellen fortsätter på nästa sida.

Produkt	Dosering	Behandlingsperiod	Vanliga biverkningar (Övrigt se FASS)	Positivt	Negativt	Övrigt
Vareniklin (Champix) 0,5 mg och 1 mg	Behandling påbörjas då patienten röker. Rökstopp planeras 1–2 veckor efter påbörjad behandling. Rekommenderad dos är 1 mg x 2 efter 1 veckas titrering. Titrering: Dag 1-3: 0,5 mg x 1 Dag 4-7: 0,5 mg x 2 Dag 8-behandlingsslut: 1 mg x 2	12 veckor. En extra 12 veckors-behandling med 1 mg x 2 kan övervägas.	Milt-måttligt illamående, huvudvärk, insomnings-svårigheter	Påverkar inte cytokrom P450. Ingen känd inter-aktion med andra läkemedel	Biverkan illamående. Det är viktigt att äta eller dricka något samtidigt som man tar tablett. Behandlingen ska avbrytas om agitation, nedstämdhet eller förändringar av patientens beteende av betydelse observeras (se FASS)	Receptbelagt Andrahandsmedel. Ingår i högkostnadsskyddet.
Bupropion (Zyban depot-tablett) 150 mg	Behandling påbörjas då patienten röker, rökstopp planeras inom 2:a beh.veckan. 150 mg 1x1 i 6 dagar. Fr o m dag 7 150 mg x 2 (ej över 300 mg/dygn) 8 timmar mellan doserna	7–9 veckor	Sömnsvårigheter, muntorrhet, hudutslag, huvudvärk, yrsel	Om full dos ger biverkan kan enbart morgondos ge tillräcklig behandlingseffekt.	För att minska sömnproblem ta inte kvälldosen för sent. Har ett biverkningsspektrum som man ska ha i åtanke om man förskriver det till psykiskt sköra personer (se FASS).	Receptbelagt Andrahandsmedel. Ingår i högkostnadsskyddet. Ej vetenskapligt prövat på snusare.



Så här kan du göra för att sluta röka

Det viktigaste för att lyckas är motivationen. Vad kommer du att vinna? Vill du bli friskare, piggare, fräschare och orka mera? Kunna andas lättare? Eller vill du ha pengarna till annat?

Förbered rökstoppet noga

1. Halva framgången ligger i att planera sitt rökstopp. Om du idag bestämmer dig för ett fimpardatum 2–4 veckor fram i tiden har du bättre chanser att klara det.
2. Fram till fimpardagen, rök bara utomhus eller på en särskild rökplats inne. Det hjälper dig att bryta många vanor.
3. Om du röker ett paket eller mer är det bra att trappa ner lite innan du slutar röka. Men trappa inte ner för mycket. För ju mindre du röker ju godare smakar det och då kan det bli svårt att släppa cigaretterna sedan. Därefter slutar du helt på rökstoppsdagen.

På rökstoppsdagen - sluta helt!

1. Alla besvär du kan uppleva efter rökstoppet går över, bara du inte röker! Det vanligaste är att känna sig yr, okoncentrerad, orolig och på dåligt humör. Besvären är tecken på att kroppen reparerar sig. Släng alla cigaretter och rökutrustning. Ta inte ett enda bloss!
2. De första veckorna efter rökstoppet är det viktigt att äta ordentligt för att må så bra som möjligt. Tre mål mat och mellanmål. Tänk på vad du äter om du är rädd att gå upp i vikt. Drick mer vatten än vanligt – vid rökning hjälper ett glas. Rör gärna på dig så mycket du kan.
3. Du kan få en svacka i humöret, och tycka att allt känns trist under en tid medan kroppen och hjärnans

belöningssystem ställer om sig. Men det går över bara du håller ut. Det är normalt att man får göra flera försök att sluta innan man lyckas för gott.

Det finns hjälp att få

1. Läkemedel lindrar abstinensbesvär och rökning och ökar chansen att lyckas bli rökfri. Nikotinläkemedel finns som plåster, tuggummi, tablett, spray, munpulver och inhalator. Det är viktigt att ta full dos. Fråga gärna på Apoteket. Det finns också två receptbelagda mediciner, Zyban och Champix. Tala med din läkare.
2. Kostnadsfri hjälp per telefon av specialutbildad personal för att sluta röka och snusa finns på Sluta rökalinjen 020-84 00 00, www.slutarokalinjen.org.
3. Behöver du personlig rökavvänjning, fråga på din vårdcentral.

Till dig som är psykiskt skör

1. Du som är psykiskt skör eller har en psykisk sjukdom kan också sluta röka. Be din behandlande personal och kontaktperson om hjälp och stöd. Psykiska symtom brukar påverkas positivt av rökstopp, och exempelvis ångest och nedstämdhet brukar minska. Man blir piggare, gladare, och mer energifylld. Men den första tiden kan naturligtvis vara jobbig, och du kan behöva be om extra stöd.
2. Det är extra viktigt att prova ut ett bra läkemedel för rökavvänjning. En bra kombinationsbehandling är att ha nikotinplåster som en bas och ta nikotintuggummi, tablett, spray eller inhalator som tillägg vid behov.
3. Dosen av vissa mediciner kan ofta sänkas när du slutar röka. Det gäller till exempel neuroleptika, opiater, barbiturater, bensodiazepiner och tricykliska antidepressiva läkemedel. Be din läkare att kontrollera doserna om du använder dessa läkemedel.

Så här kan du göra för att sluta snusa

Det viktigaste för att lyckas är motivationen. Varför du vill sluta snusa? Vad kommer du att vinna? Vill du bli friskare, fräschare och känna dig lugnare? Eller vill du ha pengarna till annat?

Förbered snusstoppet noga

1. Halva framgången ligger i att planera sitt snusstopp. Om du idag bestämmer dig för ett fimpardatum 2–4 veckor fram i tiden har du goda chanser att klara det.
2. Fram till fimpardagen, försök att bryta vanor. Byt märke. Prova att låta munnen vara tom ibland. Om du snusar på natten kanske du kan sluta med det. Om du använder lössnus kan du byta till påssnus.
3. Om du snusar stora mängder – en dosa eller mer om dagen – är det bra att trappa ner lite innan du slutar helt.

På fimpardagen – sluta helt!

1. Alla besvär du kan uppleva efter snusstoppet går över, bara du inte snusar! Det vanligaste är att känna sig yr, okoncentrerad, orolig och på dåligt humör. Besvären är tecken på att kroppen reparerar sig. Släng allt snus. Ta inte en enda prilla! Snusar du ibland blir du aldrig av med snussuget.
2. De första veckorna efter snusstoppet är det viktigt att äta ordentligt för att må så bra som möjligt. Tre mål mat och mellanmål som till exempel frukt och bröd. Tänk på vad du äter om du är rädd att gå upp i vikt. Drink mer vatten än vanligt – vid nikotinsug hjälper ett glas. Vänta ut suget – det sitter inte i mer än några minuter. Rör gärna på dig och träna så mycket du kan.

3. Du kan få en svacka i humöret, och tycka att allt känns trögt och trist under en tid medan kroppen och hjärnans belöningssystem ställer om sig till ett liv utan snus. Men det går över bara du håller ut. Det är normalt att man får försöka flera gånger innan man lyckas sluta snusa för gott.

Det finns hjälp att få

1. Läkemedel lindrar abstinensbesvär och snussug och ökar chansen att lyckas bli snusfri. Nikotinläkemedel finns som plåster, tuggummi, tablett, munspray, munpulver och inhalator. Det är viktigt att ta full dos. Fråga gärna på Apoteket. Det finns också en receptbelagd medicin, Champix. Tala med din läkare.
2. Kostnadsfri hjälp per telefon av specialutbildad personal för att sluta snusa och röka finns på Sluta röka-linjen 020-84 00 00, www.slutarokalinjen.org.
3. Behöver du personlig tobaksavvänjning, fråga på din vårdcentral.

Till dig som är psykiskt skör

1. Du som är psykiskt skör eller har en psykisk sjukdom kan också sluta snusa. Be din behandlande personal och din kontaktperson om hjälp och stöd.
2. Det är extra viktigt att använda ett läkemedel för tobaksavvänjning. Erfarenhet visar att en bra kombinationsbehandling är att ha nikotinplåster som en bas och ta nikotintuggummi, tablett, munspray eller munpulver som tillägg vid behov.

Rekommenderad policy om tobaksprevention

Personalens tobaksvanor, avvänjningsstöd och kompetens

För personal gäller att

- rökning (alternativt rökning/snusning) inte sker på arbetstid (all tid utom lunch räknas som arbetstid; vissa organisationer tillåter dock även rökning efter utstämpling under arbetsdagen)
- rökning är tillåten endast på särskilt anvisad plats utomhus. Personal röker på annan plats (alternativt på annan tid) än patienter/klienter
- rökning ej är tillåten i kläder som används i patient-/klientarbete
- tobaksavvänjning för personal erbjuds kostnadsfritt under arbetstid
- läkemedel för tobaksavvänjning subventioneras helt eller delvis
- nattpersonal som röker och som ej kan lämna arbetsplatsen under ett arbetspass erbjuds nikotinläkemedel
- rökning och snusning ej är tillåten tillsammans med eller inför patienter
- all personal erbjuds kompetensutveckling för att kunna ge adekvat stöd till tobaksbrukande patienter att sluta med tobak.

Tobak säljs ej i verksamhetens lokaler, och personal bör vara restriktiv med att köpa tobak till patienter/klienter. Till ungdomar under 18 år bör man aldrig köpa tobak.

Patientens tobaksbehov är en omvårdnadsfråga

- Alla patienter/klienter bör stödjas till tobaksfrihet.
- Alla patienter/klienter bör tillfrågas om tobaksvanor och informeras om vilka regler som gäller för tobaksbruk på enheten.

- Alla patienter/klienter bör rutinmässigt få kort rådgivning/motiverande samtal om tobak och erbjudas tobaksavvänjning. Det bör finnas personal som är särskilt utbildad och kan ge eller hänvisa till tobaksavvänjning vid behov.
- Patienter/klienter som kan gå ut bör i möjligaste mån hänvisas till att röka på särskilt anvisad plats utomhus.
- Rökrum bör avvecklas, och de som inte kan gå ut bör få nikotinläkemedel. Rökrum som eventuellt finns kvar under en övergångstid bör vara stängda nattetid.
- Patienter i sluten vård bör utan kostnad få läkemedel för tobaksavvänjning efter behov.

Besökare

- informeras om tobakspolicyn och får endast röka på särskilt anvisad plats utomhus.

För personal som arbetar i andras hem och särskilda boenden

Personal bör

- diskutera problemet med rökning vid biståndsbedömningen och ställa rimliga kvar på brukarens rökvanor, till exempel att vårdtagaren inte röker när personalen är där och inte heller den/de närmaste timmen/arna innan, att vårdtagaren vädrar innan personalen kommer och så långt det är möjligt använder rökrum eller röker utomhus
- använda skyddsutrustning om möjligt
- inte röka hemma hos en vårdtagare även om personen själv röker hemma.

Enligt en dom i Förvaltningsrätten i Stockholm 2010 behöver personliga assistenter inte acceptera att det ska ingå i deras arbetsuppgifter att bistå vid rökning när en vårdtagare inte själv kan hålla i cigaretten, eftersom de därmed skulle utsätta sig själva för hälsorisker (Mål 13830-10).

Telefonrådgivning, webbplatser, utbildning, material

Telefonrådgivning och handledning

Sluta röka-linjen 020-84 00 00, www.slutarokalinjen.org

Ger råd och stöd kostnadsfritt till dem som själva vill sluta röka eller snusa och handledning till professionella som vill stödja andra. Affisch samt bordsställ med små kort kan beställas kostnadsfritt.

Apoteket ger råd om läkemedel på 0771-450 450.

Webbplatser

www.fhi.se – Statens folkhälsoinstituts webbplats. Material, statistik och uppgift om samordnare för tobaksprevention inom landsting och länsstyrelser.

www.tobaksfakta.se – fakta och nyheter om tobak.

www.psykologermottobak.org – om hur man slutar med tobak och hur man kan stödja andra till tobaksstopp.

www.apoteket.se – Apotekets webbplats med information om läkemedlen.

Utbildning

Psykologer mot Tobak, Läkare mot Tobak, Sjuksköterskor mot

Tobak och **Tandvård mot Tobak** hjälper till att anordna föredrag och utbildningar.

Kontakt: www.psykologermottobak.org,

www.doctorsagainsttobacco.org,

www.nursesagainsttobacco.org,

www.dentistryagainsttobacco.org

Material och rapporter

Denna manual kan beställas från Yrkesföreningar mot Tobaks kansli 08/669 81 58, professionals@globalink.org eller laddas ner från våra hemsidor, se ovan.

Expertens bästa råd för att sluta röka och snusa. Enkelt informationsblad från Statens folkhälsoinstitut. Reviderat 2009. Kan beställas eller laddas ner på www.fhi.se.

Rådgivning om tobak. Informationsfolder om tobaksavvänjning från Statens folkhälsoinstitut. 2009. Kan beställas eller laddas ner på www.fhi.se.

Att hjälpa rökare och snusare att sluta. Enkla råd. Informationsfolder från Statens folkhälsoinstitut. 2009. Kan beställas på www.fhi.se.

Fimpa dig fri. Holm Ivarsson B. En enkel självhjälpbok för att sluta röka och snusa. Reviderad 2011. Gothia Förlag. Beställs på www.gothiaforlag.se.

Vägen till ett tobaksfritt liv. Ett självhjälpshäfte. Reviderat 2009. Läkare mot tobak. Beställ via Yrkesföreningar mot tobaks kansli 08-668 81 58.

Information på invandrarspråk.

Se www.psykologermottobak.org

MI Motiverande samtal. Praktisk handbok för hälso- och sjukvården. Holm Ivarsson B. 2009. Gothia Förlag. Beställs på www.gothiaforlag.se

MI Motiverande samtal. Praktisk handbok för MI-samtal i socialt arbete. Holm Ivarsson B, Ortiz, L & Wirbing P. 2009. Gothia Förlag. Beställs på www.gothiaforlag.se

Det motiverande samtalet om tobaksvanor. Holm Ivarsson B. Statens folkhälsoinstitut. Kan laddas ner på www.fhi.se.

En handledning för tobaksavvänjning. Hjalmarson A. Statens folkhälsoinstitut. Kan beställas eller laddas ner på www.fhi.se.

Tobaksfritt liv. Funderat på att sluta? Pantzar, M. En självhjälpbok. Till boken finns en handledning för professionella. Reviderad 2010. Liber förlag. Beställs på www.adlibris.se

Sluta röka och snusa på 4 veckor. En självhjälpbok för att sluta röka och snusa. Holm Ivarsson B. 2008. Viva förlag. Beställs på www.barbroivarsson.se.

Tobak och avvänjning. Kunskapssammanställning om tobaksavvänjning och landstingens tobakspreventiva arbete. Statens folkhälsoinstitut. 2009. Kan beställas eller laddas ner på www.fhi.se.

Tobaksfri kommun. Kunskapssammanställning om kommunernas tobakspreventiva arbete. Statens folkhälsoinstitut. 2010. Kan beställas eller laddas ner på www.fhi.se.

Tobaksfritt arbetsliv. Statens folkhälsoinstitut. 2010. Kan beställas eller laddas ner från www.fhi.se

Referenser

1. Statens folkhälsoinstitut. *Tobakskonventionen – världens första folkhälsokonvention och hur den kan stimulera det tobaksförebyggande arbetet i Sverige*. Rapport 2009:04.
2. Statens folkhälsoinstitut. *Tobaksfri kommun*. Rapport 2010:10. Östersund:2010.
3. Statens folkhälsoinstitut. *Nationella folkhälsoenkäten: hälsa på lika villkor*. Hämtat 3 november 2010, från <http://www.fhi.se/sv/Statistik-uppfoljning/Nationella-folkhalsoenkaten/>
4. SCB.2003. *Funktionshinder 1988–1999*. Hämtat 2010-10-04 från http://www.scb.se/Pages/PublishingCalendarViewInfo_____259923.aspx?PublObjId=1836
5. A. Philipsson, Landstinget Gävleborg, personlig kommunikation 2010-11-01.
6. de Leon J, Diaz FJ. A meta-analysis of worldwide studies demonstrates an association between schizophrenia and tobacco smoking behaviors. *Schizophrenia Research* 2005;76(2/3):135–57.
7. Baca CT, Yahne CE. Smoking cessation during substance abuse treatment: what you need to know. *J Subst Abuse Treat*. 2009 Mar;36(2):205-19.
8. Statens folkhälsoinstitut. *Tobak och avvänjning*. Rapport 2009:17. Östersund:2009.
9. Stene-Larsen K, Borge AI, Vollrath ME. Maternal smoking in pregnancy and externalizing behavior in 18-month-old children: results from a population-based prospective study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2009 Mar;48(3):283-9.
10. Larsson M, Montgomery SM. Maternal smoking during pregnancy and physical control and coordination among offspring. *J Epidemiol Community Health*. 2010 Sep 15.
11. Lasser K, Boyd JW, Woolhandler S, Himmelstein DU, McCormick D, Bor DH. Smoking and mental illness: A population-based prevalence study. *JAMA*. 2000 Nov 22-29;284(20):2606-10.
12. Colton C. W., Manderscheid R. W. Congruencies in increased mortality rates, years of potential life lost, and causes of death among public mental health clients in eight states. *Prev Chronic Dis* 2006; 3: A42.
13. Miller B. J., Paschall C. B. III, Svendsen D. P. Mortality and medical comorbidity among patients with serious mental illness. *Psychiatr Serv* 2006; 57: 1482–7.
14. Moss TG, Weinberger AH, Vessicchio JC, Mancuso V, Cushing SJ, Pett M, Kitchen K, Selby P, George TP. A tobacco reconceptualization in psychiatry: toward the development of tobacco-free psychiatric facilities. *Am J Addict*. 2010 Jul-Aug;19(4):293-311.
15. Hennekens CH, Hennekens AR, Hollar D, Casey DE. Schizophrenia and increased risks of cardiovascular disease. *Am Heart J*. 2005 Dec;150(6):1115-21. Review.
16. Socialstyrelsen. *Nationella riktlinjer för förebyggande metoder. Tobak, alkohol, fysisk aktivitet och matvanor – stöd för styrning och ledning 2010*. Preliminär version. www.socialstyrelsen.se
17. Hashibe M. et al. Interaction between tobacco and alcohol use and the risk of head and neck cancer: Pooled analysis in the international head and neck cancer epidemiology consortium. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2009 Feb;18(2):541-50.
18. Yavuz Cakir et al. Effect of alcohol and tobacco smoke on mtDNA damage and atherogenesis *Free Radical Biology and Medicine*, Volume 43, Issue 9: 1279-1288. 2007.
19. Hurt RD, Offord KP, Croghan IT, Gomez-Dahl L, Kottke TE, Morse RM, melton 3rd LJ. Mortality following inpatient addictions treatment. Role of tobacco use in a community-based cohort. *JAMA*. 1996 Apr 10;275(14):1097-103.
20. Cosci F, Knuts IJ, Abrams K, Griez EJ, Schruers KR. Cigarette smoking and panic: a critical review of the literature. *J Clin Psychiatry*. 2010 May;71(5):606-15.
21. Pasco J. A., Williams L. J., Jacka F. N., Ng F., Henry M. J., Nicholson G.C. et al. Tobacco smoking as a risk factor for major depressive disorder: Population-based study. *Br Journal of Psychiatry* 2008(193), 322-326.
22. Jorm A. F., Rodgers B., Jacomb P. A., Christensen H., Henderson S. & Korten A. E. Smoking and mental health: results from a community survey. *Med J Aust*. 1999 Jan 18(170 2), 74–7.

23. Kassel J. D., Stroud L. R. & Paronis C. A. Smoking, stress, and negative affect: correlation, causation, and context across stages of smoking. *Psychol Bull.* 2003 Mar (129 2), 270–304. Review.
24. Parrott A. C. Nesbitt's Paradox resolved? Stress and arousal modulation during cigarette smoking. *Addiction.* 1998 Jan;93(1), 27–39.
25. Hajek P, Taylor T, McRobbie H. The effect of stopping smoking on perceived stress levels. *Addiction.* 2010 Aug;105(8):1466-71.
26. Jaehne A, Loessl B, Bárkai Z, Riemann D, Hornyak M. Effects of nicotine on sleep during consumption, withdrawal and replacement therapy. *Sleep Med Rev.* 2009 Oct;13(5):363-77.
27. Roberts L. (2001). *Do smokers pay for their sin? Utilisation of the social welfare system and distribution of costs and benefits among smokers and non-smokers in Sweden.* Lund: Lunds universitets centrum för hälsoekonomi (LUCHE).
28. Statens folkhälsoinstitut. *Tobaksfritt Arbetsliv.* Rapport 2010:17.
29. Campion J, Checinski K, Nurse J & McNeill A. Smoking by people with mental illness and benefits of smoke-free mental health services. *Advances in Psychiatric Treatment.* 2008, vol 14, 217-228.
30. Socialstyrelsen. *Inkomster och utgifter för vissa personer 20–64 år med funktionsnedsättningar – Specialbearbetning av SCB:s undersökning HEK.* www.socialstyrelsen.se
31. Davidson L, Shahar G, Stayner DA, Chinman MJ, Rakfeldt J & Kraemer Tebes J. Supported socialization for people with psychiatric disabilities: lessons from a randomized controlled trial. *Journal of Community Psychology.* 2004. Vol 32, No 4;453-477.
32. American Psychiatric Association 1994. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder.* 4th Edition. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.
33. World Health Organization 2003a. World Health Organization. *International Classification of Diseases.* 10th Edition. WHO, 2003.
34. Royal College of Physicians of London. (2000). *Nicotine addiction in Britain.* London: Royal College of Physicians of London. Tobacco Advisory Group of the Royal College of Physicians. Retrieved from <http://www.rcplondon.ac.uk/pubs/books/nicotine/index.htm>.
35. Heatherton T. F., Kozlowski L. T., Frecker R. C., Fagerstrom K. O. The Fagerstrom test for nicotine dependence: a revision of the Fagerstrom tolerance questionnaire. *Br J Addict* 1991(86 9), 1119–1127.
36. Scientific Commission on Emerging and Newly Identified Health Risks SCENIHR. (2008). *Health Effects of Smokeless Tobacco.* European Commission. Health Consumer Director General. Retrieved from http://ec.europa.eu/health/ph_risk/committees/04_scenihr/docs/scenihr_o_013.pdf
37. Prochaska JJ, Rossi JS, Redding CA, Rosen AB, Tsoh JY, Humfleet GL, Eisendrath SJ, Meisner MR, Hall SM. Depressed smokers and stage of change: implications for treatment interventions. *Drug Alcohol Depend.* 2004 Nov 11;76(2):143-51.
38. Mann-Wrobel MC, Bennett ME, Weiner EE, Buchanan RW, Ball MP. Smoking history and motivation to quit in smokers with schizophrenia in a smoking cessation program. *Schizophr Res.* 2010 Nov 25.
39. Folkesundhed København. *Rygning är deres mindste problem? En undersøgelse om holdninger til socialt udsatte og rygning. Røgfrihed for alle, nationalt projekt, Sund By Netværket, Folkesundhed København, Danmark. Hämtat 2011-03-31 från www.rogfrihed.dk*
40. Doll R., Peto R., Boreham J., Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ.* 2004 Jun 26;328 (7455), 1519.
41. Statens beredning för medicinsk utvärdering SBU. (1998). *Metoder för rökavvänjning: rapport nr 138/1998.* Stockholm: SBU.
42. McClure JB, Swan GE, Catz SL, Jack L, Javitz H, McAfee T, Deprey M, Richards J, Zbikowski SM. Smoking outcome by psychiatric history after behavioral and varenicline treatment. *J Subst Abuse Treat.* 2010 Jun;38(4):394-402.
43. Tsoi DT, Porwal M, Webster AC. Interventions for smoking cessation and reduction in individuals with schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 6. Art. No.: CD007253. DOI: 10.1002/14651858.CD007253.pub2.
44. Hitsman B, Moss TG, Montoya ID, George TP. Treatment of tobacco dependence in mental health and addictive disorders. *Can J Psychiatry.* 2009 Jun;54(6):368-78.
45. Hughes JR. Effects of abstinence from tobacco: etiology, animal models, epidemiology, and significance: a subjective review. *Nicotine Tob Res.* 2007 Mar;9(3):329-39. Review.
46. Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing. Preparing people for change.* The Guilford Press; 2002. Svensk översättning: *Motiverande Samtal.* Natur och Kultur. 2010.

47. Heckman CJ, Egleston BL & Hofmann MT. Efficacy of motivational interviewing for smoking cessation: a systematic review and meta-analysis. *Tob Control* 2010 Oct;19(5):410-6.
48. Wallström M, Bolinder G, Hassèus B, Hirsch JM. A cessation program for snuff-dippers with long-term, extensive exposure to Swedish moist snuff: A 1-year follow-up study. *Acta Odontol Scand*. 2010 Sep 10.
49. Taylor et al. Integrating the promotion of physical activity within a smoking cessation programme: Findings from collaborative action research in UK Stop Smoking Services. *BMC Health Services Research* 2010, 10:317
50. Läkemedelsverket. (2000). Läkemedelsmonografi Zyban. Stockholm:Läkemedelsverket.
51. Läkemedelsverket. (2006). Läkemedelsmonografi Champix. Stockholm:Läkemedelsverket.
52. Stead LF, Perera R, Bullen C, Mant D, Lancaster T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 1. Art. No.: CD000146. DOI: 10.1002/14651858.CD000146.pub3.
53. Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 1. Art. No.: CD000031. DOI: 10.1002/14651858.CD000031.pub3.
54. Cahill K, Stead LF, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 2. Art. No.: CD006103. DOI: 10.1002/14651858.CD006103.pub5.
55. Piper M, Smith S, Schlam T, Fiore M, Jorenby D, Fraser D, Baker T. A randomized placebo-controlled clinical trial of 5 smoking cessation pharmacotherapies. *Arch Gen Psychiatr* 2009;66:1253-1262.
56. Gilljam H., Rankka M. & Langworth S. Smokeless tobacco cessation with NRT: A feasibility study. Stockholm: Tobaksprevention. Centrum för folkhälsa. Karolinska institutet. Abstract SRNT meeting in Europe 2003.
57. Fagerström K, Gilljam H, Metcalfe M, Tonstad S, Messig M. Stopping smokeless tobacco with varenicline: randomised double blind placebo controlled trial. *BMJ*. 2010 Dec 6;341:c6549. doi: 10.1136/bmj.c6549.
58. Banham L, Gilbody S. Smoking cessation in severe mental illness: what works? *Addiction*. 2010 Jul;105(7):1176-89.
59. Hughes JR, Carpenter MJ. Does smoking reduction increase future cessation and decrease disease risk? A qualitative review. *Nicotine & Tobacco Research* 2006;8(6):739-49.
60. Ebbert JO, Edmonds A, Luo X, Jensen J, Hatsukami DK. Smokeless tobacco reduction with the nicotine lozenge and behavioral intervention. *Nicotine Tob Res*. 2010 Aug;12(8):823-7.
61. Grant KM, Kelley SS, Smith LM, Agrawal S, Meyer JR, Romberger DJ. 2007. Bupropion and nicotine patch as smoking cessation aids in alcoholics. *Alcohol* 41;381-391.
62. Ziedonis DM, Williams JM. Management of Smoking in People With Psychiatric Disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2003; 16(3):305-315.
63. Schmölder L. (2005). En litteraturgennemgang af undersøgelser af langtidsbrug af nikotinsubstitution. A review of the evidence for long-term use of nicotine replacement therapy (NRT). København: Det sundhedsvidenskabelige fakultet. Københavns universitet.
64. McClure JB, Swan GE, Jack L, et al. Mood, side-effects and smoking outcomes among persons with and without probable lifetime depression taking varenicline. *J Gen Intern Med* 2009;24:563-9.
65. Tonstad S & Els C. Varenicline: Smoking Cessation in Patients with Medical and Psychiatric Comorbidity. *Clinical Medicine Insights: Therapeutics* 2010;2 681-695.
66. Purvis TL, Nelson LA, Mambourg SE. Varenicline use in patients with mental illness: an update of the evidence. *Expert Opin Drug Saf*. 2010;9:471-82.
67. May AC. & Rose D. Varenicline Withdrawal-Induced Delirium With Psychosis. Letter to the editor. *Am J Psychiatry* 167:720-721, June 2010. <http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/content/full/167/6/720>
68. Gunnell D, Wise L, Davies C, et al. Varenicline and suicidal behavior: a cohort study based on data from the General Practice Research Database. *BMJ* 2009;339:b3805.
69. Hemmingsson T, Kriebel D. Smoking at age 18-20 and suicide during 26 years of follow-up—how can the association be explained? *Int J Epidemiol*. 2003;32:1000-4.
70. Socialstyrelsen. Hämtat 2010-10-20 från <http://www.socialstyrelsen.se/ekonomisktband>
71. Degenhardt L. et al. Evaluating the drug use "gateway" theory using cross-national data: consistency and associations of the order of initiation of drug use among participants in the WHO World Mental Health Surveys. *Drug Alcohol Depend*. 2010 Apr 1;108(1-2):84-97.
72. Narahashi T, Söderpalm B., Ericson M., Olausson P, Engel J. A., Zhang X. et al. Mechanisms of alcohol-nicotine interactions: alcoholics versus smokers. *Alcohol Clin Exp Res*. 2001 May;25(5 Suppl ISBRA), 152S-156S.

73. Lai S., Lai H., Page J. B. & McCoy C. B. The association between cigarette smoking and drug abuse in the United States. *J Addict Dis.* 2000(19), 11-24.
74. Hughes JR, Kalman D. Do smokers with alcohol problems have more difficulty quitting? *Drug Alcohol Depend.* 2006 Apr 28;82(2):91-102..
75. Prochaska JJ, Delucci K, Hall SM. 2004b. A Meta-Analysis of Smoking Cessation Interventions With Individuals in Substance Abuse Treatment or Recovery. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 72(6);1144-1156.
76. Reid MS. et al. Smoking cessation treatment in community-based substance abuse rehabilitation programs. *J Subst Abuse Treat.* 2008 Jul;35(1):68-77.
77. Cooney NL, Cooney JL, Perry BL, Carbone M, Cohen EH, Steinberg HR, Pilkey DT, Sevarino K, Oncken CA, Litt MD. Smoking cessation during alcohol treatment: a randomized trial of combination nicotine patch plus nicotine gum. *Addiction.* 2009 Sep;104(9):1588-96.
78. Friend KB, Pagano ME. Smoking cessation and alcohol consumption in individuals in treatment for alcohol use disorders. *J Addict Dis.* 2005;24(2):61-75.
79. Joseph AM, Willenbring ML, Nugent SM, Nelson DB. 2004. A Randomized Trial of Concurrent versus Delayed Smoking Intervention for Patients in Alcohol Dependence Treatment. *Journal of studies on alcohol.* 65;681-91.
80. Heffner JL et al. Predicting alcohol misuser's readiness and ability to quit smoking: A critical review. *Alcohol & Alcoholism.* 2007. 42(3); 186-95.
81. Lemon SC, Friedmann PD, Stein MD. The impact of smoking cessation on drug abuse treatment outcome. *Addict Behav.* 2003 Sep;28(7):1323-31.
82. Frosch DL, Shoptaw S, Nahom D, Jarvik ME. Associations between tobacco smoking and illicit drug use among methadone-maintained opiate-dependent individuals. *Exp Clin Psychopharmacol.* 2000 Feb;8(1):97-103.
83. Kodl M, Fu SS, Joseph AM. Tobacco cessation treatment for alcohol-dependent smokers: when is the best time? *Alcohol Res Health.* 2006;29(3):203-7.
84. Siru R, Hulse GK, Khan RJ, Tait RJ. Motivation to quit smoking among hospitalised individuals with and without mental health disorders. *Aust N Z J Psychiatry.* 2010 Jul;44(7):640-7.
85. Sveriges Kommuner och Landsting. *Tobaksavvänjning i hälso- och sjukvården. Ledningens roll och koll. Ännu bättre cancervård. Detaljerad enkätredovisning. Rapport 2011.*
86. Baker A, Richmond R, Lewin TJ, Kay-Lambkin F. Cigarette smoking and psychosis: naturalistic follow up 4 years after an intervention trial. *Aust N Z J Psychiatry.* 2010 Apr;44(4):342-50
87. Piper ME, Cook JW, Schlam TR, Jorenby DE, Baker TB. Anxiety diagnoses in smokers seeking cessation treatment: relations with tobacco dependence, withdrawal, outcome and response to treatment. *Addiction.* 2010 Oct 25.
88. Weinberger AH, Desai RA, McKee SA. Nicotine withdrawal in U.S. smokers with current mood, anxiety, alcohol use, and substance use disorders. *Drug Alcohol Depend.* 2010 Apr 1;108(1-2):7-12..
89. Fu SS, McFall M, Saxon AJ, Beckham JC, Carmody TP, Baker DG, Joseph AM. Post-traumatic stress disorder and smoking: a systematic review. *Nicotine Tob Res.* 2007 Nov;9(11):1071-84.
90. McFall M, Atkins DC, Yoshimoto D, Thompson CE, Kanter E, Malte CA, Saxon AJ. Integrating tobacco cessation treatment into mental health care for patients with posttraumatic stress disorder. *Am J Addict.* 2006 Sep-Oct;15(5):336-44.
91. West.R, Hajek.P What happens to anxiety levels on giving up smoking? *Am J Psychiatry;* 1997; 154: 1589-92.
92. Hall, SM, Tsoh JY, Prochaska JJ, Eisendrath S, Rossi JS, Redding CA, Rosen AB, Meisner M, Humfleet GL, Gorecki JA. Treatment for Cigarette Smoking among Depressed Mental Health Outpatients: A Randomized Clinical Trial. *American Journal of Public Health.* 2006. 96(10);1808-14.
93. Brown RA, Kahler CW, Niaura R, Abrams DB, Sales SD, Ramsey SE, Goldstein MG, Burgess ES, Miller IW. Cognitive-Behavioural Treatment for Depression in Smoking Cessation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 2001. 69(3);471-480.
94. Haas AL, Muñoz RF, Humfleet GL, Reus VI, Hall SM. Influences of mood, depression history, and treatment modality on outcomes in smoking cessation. *J Consult Clin Psychol.* 2004 Aug;72(4):563-70.
95. Kisely S, Campbell LA. Use of Smoking Cessation Therapies in Individuals with Psychiatric Illness. *CNS Drugs.* 2008. 22(4);263-73.
96. Berlin I, Covey LS. Pre-cessation depressive mood predicts failure to quit smoking: the role of coping and personality traits. 2006. *Addiction.* 101;1814-1821.
97. Hughes JR. Depression during tobacco abstinence. *Nicotine Tob Res.* 2007 Apr;9(4):443-6. Review.

98. Torres LD, Barrera AZ, Delucchi K, Penilla C, Pérez-Stable EJ, Muñoz RF. Quitting smoking does not increase the risk of major depressive episodes among users of Internet smoking cessation interventions. *Psychol Med*. 2010 Mar;40(3):441-9.
99. Hitsman B, Borrelli B, McChargue DE, Spring B, Niaura R. History of Depression and Smoking Cessation Outcome: A meta-Analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2003. 71(4):657-63.
100. Stapleton JA, Watson L, Spirling LI, Smith R, Milbrandt A, Ratcliffe M, Sutherland G. Varenicline in the routine treatment of tobacco dependence: a pre-post comparison with nicotine replacement therapy and an evaluation in those with mental illness. *Addiction*. 2008 Jan;103(1):146-54.
101. Chou K-R et al. 2003. The effectiveness of nicotine-patch therapy for smoking cessation in patients with schizophrenia. *International Journal of Nursing Studies* 41;321-30.
102. Baker A, Richmond R, Haile M, Lewin TJ, Carr VJ, Taylor RL, Jansons S, Wilhelm K. A Randomized Controlled Trial of a Smoking Cessation intervention Among People With a Psychotic Disorder. 2006. *Am J Psychiatry* 163 (11); 1934-42.
103. Evins AE, Cather C, Deckersbach T, Freudenreich O, Culhane MA, Olm-Shipman CM, Henderson DC, Schoenfeld DA, Goff DC, Rigotti NA. A double-blind placebo-controlled trial of bupropion sustained-release for smoking cessation in schizophrenia. *J Clin Psychopharmacol*. 2005 Jun;25(3):218-25.
104. George TP, Vessicchio JC, Termine A, Bregartner TA, Feingold A, Rounsaville BJ, Kosten TR. A placebo controlled trial of bupropion for smoking cessation in schizophrenia. *Biol Psychiatry*. 2002 Jul 1;52(1):53-61.
105. Barnes M, Lawford BR, Burton SC, Heslop KR, Noble EP, Hausdorf K, Young RM. Smoking and schizophrenia: is symptom profile related to smoking and which antipsychotic medication is of benefit in reducing cigarette use? *Aust N Z J Psychiatry*. 2006 Jun-Jul;40(6-7):575-80.
106. Procyshyn RM, Ihsna N, Thompson D. A comparison of smoking behaviours between patients treated with clozapine and depot neuroleptics. *Int Clin Psychopharmacology* 2001; 16:291-294.
107. George TP, Ziedonis DM, Feingold A, et al. Nicotine transdermal patch and atypical antipsychotic medications for smoking cessation in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2000; 157:1835-1842.
108. Haslemo T, Eikeseth PH, Tanum L, Molden E, Refsum H. The effect of variable cigarette consumption on the interaction with clozapine and olanzapine. *Eur J Clin Pharmacol*. 2006 Dec;62(12):1049-53.
109. Olivier D, Lubman DI, Fraser R. Tobacco smoking within psychiatric inpatient settings: biopsychosocial perspective. *Aust N Z J Psychiatry*. 2007 Jul;41(7):572-80.
110. Bondolfi G, Morel F, Crettol S, Rachid F, Baumann P, Eap CB. Increased clozapine plasma concentrations and side effects induced by smoking cessation in 2 CYP1A2 genotyped patients. *Ther Drug Monit*. 2005 Aug;27(4):539-43.
111. N. Jessen. Klinisk Farmakologisk Enhed, Århus Universitetshospital, personlig kommunikation 2009-12-14.
112. Meyer JM. Individual changes in clozapine levels after smoking cessation: results and a predictive model. *J Clin Psychopharmacol*. 2001 Dec;21(6):569-74.
113. Campion J, Checinski K & Nurse J. Review of smoking cessation treatments for people with mental illness. *Advances in Psychiatric Treatment* (2008), vol 14, 208-216.
114. Schaffer SD, Yoon S, Zadezensky I. A review of smoking cessation: potentially risky effects on prescribed medications. *J Clin Nurs*. 2009 Jun;18(11):1533-40.
115. Statens folkhälsoinstitut. På väg mot ett tobaksfritt landsting. Rapport 2010:02. Östersund: 2010.
116. Vårdförbundet. Tobaksvanor 2006: tobaksvanor bland Vårdförbundets medlemmar, styrelsemedlemmar samt anställda. Stockholm: Vårdförbundet.
117. Ratschen E, Britton J & McNeill A. Implementation of smoke-free policies in mental health in-patient settings in England. *British Journal of Psychiatry* (2009). 194,547-551. Doi: 10.1192/bjp.bp.108.051052.
118. Hitchen L. Psychiatric patients less violent when smoking restricted. *BMJ*. 2008 Jul 8;337:a735. doi: 10.1136/bmj.a735.
119. R. Stenvall, Skellefteå psykiatri, Landstinget Västerbotten, personlig kommunikation 2011-01-12.
120. M. Wihlborg, Statens institutionsstyrelse, personlig kommunikation, 2010-11-01.
121. Friedmann PD, Jiang L, Richter KP. Cigarette smoking cessation services in outpatient substance abuse treatment programs in the United States. *J Subst Abuse Treat*. 2008 Mar;34(2):165-72.
122. A-C. Älgevik, Kriminalvården, personlig kommunikation, 2010-11-02.

123. Foulds J, Williams J, Order-Connors B, Edwards N, Dwyer M, Kline A, Ziedonis DM. Integrating tobacco dependence treatment and tobacco-free standards into addiction treatment: New Jersey's experience. *J Addict Dis.* 2005;24(2):61-75.
124. Psykologer mot Tobak. Nationell utbildningsinsats för att stimulera socialsekreterare att motivera klienter att sluta röka med hjälp av motiverande samtal MI. Slutrapport Nationella Tobaksuppdraget 2011.
125. Psykologer mot Tobak i samarbete med Läkare mot Tobak och Sjuksköterskor mot Tobak. Nationell utbildningsinsats om tobakspolicy inom psykiatri och rökavvänjning för psykiskt sjuka. Slutrapport ANTD-uppdraget 2011.

Personer och organisationer som medverkat i skriften

DENNA KUNSKAPSSAMMANSTÄLLNING har skrivits av **Barbro Holm Ivarsson**, konsult, Psykologer mot Tobak barbro.holm-ivarsson@telia.com.

FÖLJANDE PERSONER inom organisationerna Psykologer mot Tobak, Läkare mot Tobak, Sjuksköterskor mot Tobak och Tandvård mot Tobak har gett värdefulla bidrag och synpunkter på texten

Margareta Pantzar, Statens folkhälsoinstitut, Nationella Riskbruksprojektet samt Psykologer mot Tobak.

Agneta Hjalmarson, Hjärtmottagningen, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg samt Psykologer mot Tobak.

Natasha Anderberg, Tobakspreventiva enheten, Universitetssjukhuset Örebro samt Psykologer mot Tobak.

Hans Gilljam, Karolinska Institutet samt Läkare mot Tobak.

Matz Larsson, Tobakspreventiva enheten, Universitetssjukhuset Örebro, samt Läkare mot Tobak.

Ann Post, Karolinska Institutet samt Sjuksköterskor mot Tobak.

Lena Lundh, Centrum för Allmänmedicin, Stockholms Läns Landsting samt Sjuksköterskor mot Tobak.

Ulla Lennartsson, Hälsoenheten- Tobaksmottagningen, Södertälje, Stockholms Läns Landsting samt Sjuksköterskor mot Tobak.

Katarina Törnqvist, psykiatriska öppenvårdsavdelningen, Rosenlunds Sjukhus och Sjuksköterskor mot Tobak.

Lena Sjöberg, Folk tandvården Hageby, samt Tandvård mot Tobak.

ETT SÄRSKILT STORT TACK riktas till **Ingela Hermann**, psykiater, medicinsk rådgivare Psykiatri Västra Götaland, för värdefulla synpunkter, samt **Nils Jessen**, läkare, PhD, Klinisk farmakologisk avdelning, Århus Sjukhus, Århus, Danmark för hjälp och faktagranskning av avsnittet Rökning och interaktion med neuroleptika och andra läkemedel.

FÖLJANDE ORGANISATIONER har ställt sig bakom skriften. Det innebär dock inte att organisationerna faktagranskat texten – endast författarna ansvarar för fakta och rekommendationer.

Kliniska Psykologers Förening
Psykiatriska Riksföreningen
Svenska Psykiatriska Föreningen
Svenska Psykiatriföreningen för Skötare
Sveriges Tandhygienistförening
Svenska Tandsköterskeförbundet
Sluta röka-linjen

SKRIFTEN HAR PRODUCERATS med bidrag från Statens folkhälsoinstitut.

SLUTA-RÖKA-LINJEN



RING 020-84 00 00
www.slutarokalinjen.org

Bland personer med psykisk sjukdom, alkohol- eller drogberoende och socialt utsatta är det fortfarande mycket vanligt att röka och snusa. Tobaksbrukets effekter på hälsa och privatekonomi är förödande och drabbar dessa grupper särskilt hårt på grund av att deras tobakskonsumtion ofta är hög. De flesta som röker, och även många snusare, vill och försöker sluta med tobak. Det finns effektiva behandlingsmetoder för tobaksavvänjning och personer i dessa grupper har goda utsikter att lyckas sluta med tobak om de får ett bra stöd.

Denna kunskapssammanställning ger grundläggande kunskaper om tobaksbruk och dess konsekvenser och om hur personal inom psykiatri, beroendevård och socialtjänst i det löpande arbetet kan stödja patienter/klienter att sluta med tobak. Samtidigt är det viktigt att psykiatriska kliniker och behandlingshem - och även socialtjänsten - har en genomtänkt och väl känd tobakspreventiv policy. Inriktningen bör vara att skapa en stödjande miljö som hjälper rökare och snusare att bli fria från tobak eller minska sitt tobaksbruk och som skyddar dem som inte använder tobak.

Skriften är utgiven av Psykologer mot Tobak i samarbete med Läkare mot Tobak, Sjuksköterskor mot Tobak och Tandvård mot Tobak.

Beställ skriften från vårt kansli eller ladda ner den kostnadsfritt från våra hemsidor. Yrkesföreningarna erbjuder även utbildningar.

Adress: Box 4180, 102 64 Stockholm.

Tel: 08-669 81 58.

E-post: professionals@globalink.org

Hemsidor: www.psykologermottobak.org, www.doctorsagainsttobacco.org
www.nursesagainsttobacco.org, www.dentistryagainsttobacco.org

