



PSYKOLOGER MOT TOBAK I SAMARBETE MED
LÄKARE MOT TOBAK
SJUKSKÖTERSKOR MOT TOBAK
TANDVÅRD MOT TOBAK

3:E REVIDERADE UPPLAGAN



Rådgivning och tobaksavvänjning

I PSYKIATRI, BEROENDEVÅRD OCH SOCIALTJÄNST

© PSYKOLOGER MOT TOBAK

3:E REVIDERADE UPPLAGAN

ISBN: 978-91-637-8991-5

OMSLAGSFOTO: THINKSTOCK

FOTO INLAGA: S 7 JOHNER/ELISABET ZELLON, S 9 JOHNER/PETER ERIKSSON,
S 19 NORDIC PHOTOS/THOMAS H JOHNSSON, S 22 MATS LUNDQVIST,
S 32 MATTON ÖVRIGA FOTON THINKSTOCK

GRAFISK PRODUKTION: AB TYPOFORM

TRYCK: TMG TABERGS AB, TABERG, 2015

3:E REVIDERADE UPPLAGAN

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	Så många använder tobak	
6	Konsekvenser av tobaksbruk	
	Rökning, stress och psykisk ohälsa	6
	Ekonomiska konsekvenser	7
	Skadeeffekter av snus	8
	E-cigarett	8
	Tobaksberoende	9
10	Rådgivning och tobaksavvänjning	
	De flesta vill och kan sluta	10
	Processen att sluta röka och snusa	10
	Alla bör tillfrågas om tobaksvanor	11
	Enkla råd om tobak	12
	Rådgivande samtal och MI	12
	Kvalificerat rådgivande samtal	
	– tobaksavvänjning	13
	Rådgivning per telefon	13
	Läkemedel för tobaksavvänjning	13
	Kostnader för läkemedlen och läkemedelsförmånssystemet	17
18	Rådgivning på olika arenor	
	Socialtjänst	18
	Beroendevård	18
	Psykatri	20
24	Tobakspolicy	
	Goda erfarenheter	26
28	Så gjorde vi - några värdenheter berättar	
35	Bilagor	
	Bilaga 1. Definitioner av nikotinberoende och nikotinabstinens	35
	Bilaga 2. Läkemedel för rökavvänjning	36
	Bilaga 3. Sluta röka och snusa – gör så här	38
	Bilaga 4. Rökstopp när du förändrar dina alkoholvanor	39
	Bilaga 5. Rekommenderad tobakspolicy	40
	Bilaga 6. Telefonrådgivning, webbplatser, material, utbildning, handledning	41
	Bilaga 7. Referenser	42
	Bilaga 8. Personer och organisationer som medverkat i skriften	48

Sammanfattning

Bland personer med psykisk sjukdom, alkohol- och drogberoende och socialt utsatta är det fortfarande mycket vanligt att röka och snusa. Rökningens – och även snusets – effekter på hälsa och privatekonomi är förödande och drabbar dessa grupper särskilt hårt på grund av att de ofta har en hög tobakskonsumtion. 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, men vanligen behövs flera försök under lång tid innan en person blir tobaksfri för gott. 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. Det är en grundläggande rättvisefråga att var och en får rådgivning och tobaksavvänjning anpassad till sina speciella behov. Alla har rätt att lita på att de erbjuds den bästa behandlingen och får information av hälso- och sjukvården om faktorer som är av avgörande betydelse för hälsan.

Det är viktigt att patienter/klienter får stöd att sluta med tobak i den verksamhet där de behandlas för sin psykiska sjukdom eller sitt alkohol- eller drogberoende.

- Psykiatriska kliniker, beroendekliniker, behandlingshem och socialtjänst bör integrera rådgivning om tobak i rutinverksamheten.
- Personalen behöver få grundläggande kunskaper om tobaksbruk och dess konsekvenser, om hur de i det löpande arbetet kan stödja patienter/klienter att sluta med tobak och vart de kan hänvisa för tobaksavvänjning om de inte själva kan ge stödet.
- Varje enhet bör utse en person som är ansvarig för tobakspolicy, information, rådgivning och tobaksavvänjning.

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

PROFESSOR JOHN HUGES,
INTERNATIONELLT KÄND EXPERT
PÅ TOBAKSPREVENTION



Inledning

Tobaksbruket är ett av de allra största folkhälsoproblemen. Rökningen dödar tusentals människor per år, skadar hundratusentals och kostar samhället minst 30 miljarder om året. Rökningen bidrar även påtagligt till de stora sociala skillnaderna i dödlighet vi har i Sverige. Sverige har anslutit sig till WHO:s Tobakskonvention (1) där det betonas mycket starkt att alla har rätt att få information om tobakens skadeverkningar och lättillgänglig hjälp att sluta. Idag 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 personer. Därför är dessa arenor så viktiga i tobakspreventionen. 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 det finns en medvetenhet om att rökning är farligt är det inte säkert att det leder till rökstopp. Det är vanligt att hotet mot hälsan inte upplevs personligt och att man därmed inte förstår hur farligt det är. Det kan också vara så att man inte vet hur man ska göra för att sluta 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 kan det misstolkas som att personalen bedömer att personen inte är kapabel att sluta röka. Det kan bidra till att en del patienter/klienter inte ens försöker sluta.

Inom psykiatri, beroendevård och socialt arbete tar personalen inte alltid upp frågan om rökning eller snusning med sina patienter/klienter. Det kan bland annat bero på att man 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 det också funnits en uppfattning 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. Rökstopp har omfattande positiva effekter för patienterna/klienterna. De flesta är oroliga över sin rökning och både vill, kan och försöker sluta röka. 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 information om viktiga faktorer 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 sjukdomstillstånd och andra problem och erbjuder rådgivning om rök- snusstopp. Om det inte finns möjlighet att erbjuda tobaksavvänjning inom den egna verksamheten måste personalen kunna hänvisa de som vill ha stöd att sluta vidare.



Så många använder tobak

Tobaksrökning är en klassfråga i Sverige idag. Ju kortare utbildning och ju sämre socioekonomiska förhållanden en person har, desto större risk att vara rökare. I befolkningen var 10% dagligrökare 2014 och lika många (10%) var då- och då-rökare (2), 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 (14%), är ekonomiskt utsatta (23%), arbetslösa (25%) eller har sjukpenning eller sjuk- och aktivitetsersättning (28%). En rapport från SCB har visat att personer med funktionshinder röker mer än befolkningen generellt och det gäller särskilt gruppen med psykiska funktionshinder, där nästan dubbelt så många röker (3). Data från olika länder visar också entydigt att andelen rökare är 2–4 gånger högre bland psykiskt sjuka än i befolkningen, och högst bland personer med schizofreni och alkoholberoende (4-6). I en undersökning av öppenvårdspatienter i psykiatri i Gävleborg 2008–2009 var 56% rökare (7). Av psykiskt sjuka män i öppenvård i Stockholm 2005–2010 rökte nästan 50% av de schizofrena och 40% av övriga patienter (8).

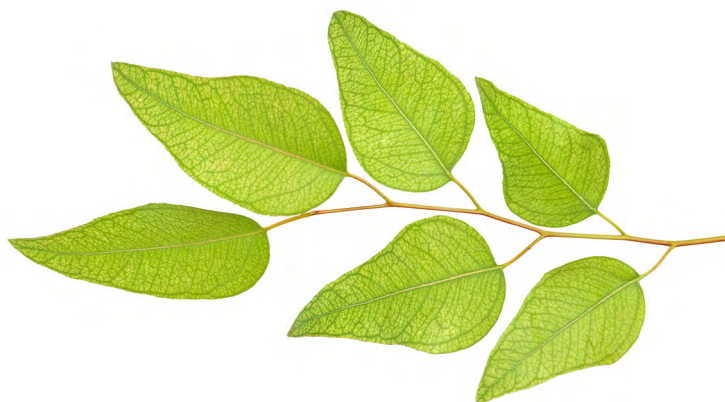
Vattenpipsrökning¹ har funnits i århundraden i Afrika, Asien, Kina, Indien och Mellanöstern. Detta sätt att röka tobak har blivit alltmer vanligt även i Sverige. Vattenpipa röks mest bland ungdomar med föräldrar födda utomlands, men cirka en fjärdedel av den vuxna befolkningen har rökt vattenpipa (2). Vattenpipa används vanligen för att röka tobak men den kan även innehålla örtblandningar eller så kallad rökmassa utan tobak och nikotin. Vattenpipa röks mer sporadiskt än cigaretter, ofta som en social aktivitet med vänner eller för att fördriva tiden.

E-cigarett är inte en tobaksprodukt - läs mer om denna produkt på sid. 8.

År 2014 snusade 18% av männen och 4% av kvinnorna dagligen. Blandbruket är omfattande. Det är vanligt bland dagligsnusare, särskilt män, att också röka 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 (2)

"Psyisk 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



1. Läs mer i rapporten *Vattenpipa – rök utan risk?* från Folkhälsomyndigheten

Konsekvenser av tobaksbruk

Rökning en stor hälsorisk

I Sverige dör 12 000 per år av rökningen (9), varav 30–40 i sängrökning (10), samt ytterligare 200 per år i passiv rökning (11). Cigaretten kan liknas vid en liten kemisk fabrik som släpper ut upp till 8 000 kemiska ämnen, varav mer än 60 är kända som cancerframkallande. Alla som röker skadas och varannan dagligrökare 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 dagligrökning livet med i genomsnitt 10 år och ger upp till 20 gånger så hög risk att få ett 60-tal sjukdomar som i många fall sätter ner livskvaliteten kraftigt, se faktaruta (11). Passiv rök ger akuta besvär i näsa, ögon, hals och luftvägar, särskilt hos astmatiker, allergiker och överkänsliga. Röken ger också långvarig hälsopåverkan som hjärtinfarkt, lungcancer och cancer i bihålorna. Rökning av vattenpipa tros ge liknande skadeeffekter som rökning av konventionella cigaretter.

Många psykiskt sjuka som röker har en högre cigarettkonsumtion än den genomsnittliga rökaren. I ett stort nationellt representativt urval av befolkningen i Nordamerika konstaterades vid millennieskiftet att personer med psykisk sjukdom konsumerade nästan hälften av de sålda cigaretterna (6). Många tobaksrelaterade sjukdomar, till exempel hjärtinfarkt, stroke och lungsjukdomar, är därför särskilt vanliga hos personer med någon form av psykisk sjukdom. Den förväntade livslängden för psykiskt sjuka är signifikant kortare än i befolkningen och rökning anses vara en av de största orsakerna till det (12–13). I Sverige är skillnaden i livslängd 15 år för psykiskt sjuka kvinnor generellt och 20 år för män, samt 19 år för schizofrena (14–15). Socialstyrelsen pekar i sina Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder ut personer med schizofreni och depression som särskilt utsatta grupper när det gäller rökning (16).

Tobak och alkohol är en extra farlig kombination eftersom de förstärker varandras sjukdomsrisker. Riskökningen är multiplikativ vilket betyder att sjukdomsrisken blir ännu högre än summan av alkohol- respektive tobaksriskerna. Ett känt exempel på detta är den stora överrisken för cancer i munhåla och strupe hos rökande alkoholister (17),

SJUKDOMAR AV RÖKNING (11, 19).

- Den största rökingsrelaterade sjukdomsgruppen är hjärt-kärlsjukdomar.
- Därefter kommer lungsjukdomar som kroniskt obstruktiv lungsjukdom KOL och lungcancer.
- Rökning ökar risken för omkring 15 olika cancerformer.
- Rökare har större risk att drabbas av bland annat ryggvärk, diabetes typ 2, magsår, åldersblindhet, hörselnedsättning, giftstruma, psoriasis, demens, ledgångsreumatism och benskörhet.
- Rökare har 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.

men forskning tyder på att det gäller även till exempel hjärtsjukdom (18).

Rökning, stress och psykisk ohälsa

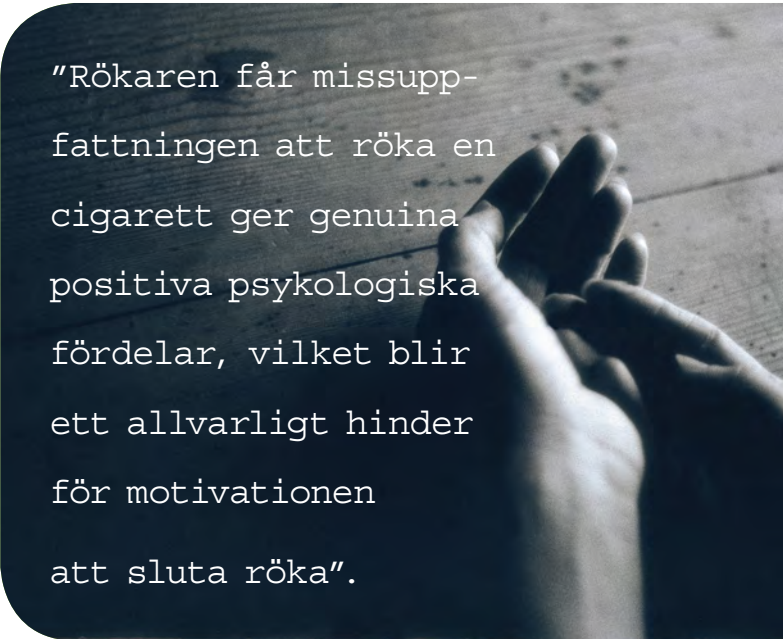
Det finns ett starkt samband mellan rökning och psykisk ohälsa. Även om sambandet inte är helt klarlagt talar studier för att rökning ökar risken att drabbas av depression och ångestsyndrom, och omvänt har personer med dessa sjukdomar större risk att börja röka (20–22). Det är även vanligare att rökare drabbas av demens (22). Generellt upplever rökare mer stress och negativa känslor än icke-rökare (23). 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 (24). Rökare tar en cigarett i oroliga och stressiga situationer och upplever att det dämpar stressen och hjälper dem att reglera dåligt humör, men allt tyder på att detta är mer illusion än verklighet. Den lugnande effekt som upplevs vid rökning

beror på lindring av den nikotinabstinens som uppkommit sedan förra cigaretten röktes snarare än på en direkt påverkan på stressreaktioner och negativa känslor (25–26). När personen inte rökt på någon eller några timmar blir han eller hon stressad, okoncentrerad, orolig, nedstämd, irriterad och på allmänt dåligt humör och när personen röker lindras de negativa känslorna. Denna cykel av nikotinabstinens/dåligt humör och rökning/lindring pågår hela dagen och kan även störa sömnen då en del går upp och röker under natten. Det betyder att rökningen i sig är en stressfaktor och det finns en hypotes att det är detta som ger upphov till den större risken för rökare att drabbas av psykisk ohälsa (26). Rökaren själv får dock missuppfattningen att röka en cigarett ger genuina positiva psykologiska fördelar, vilket blir ett allvarligt hinder för motivationen att sluta röka. Fenomenet upplevs speciellt starkt i samband med att man försöker låta bli att röka. I och med att abstinensen då är starkare än vanligt ger det ännu kraftigare upplevda fördelar att ta en cigarett och det är lätt att få uppfattningen att man ”behöver” cigaretterna för att vara i balans och må bra. Även många professionella har trott att rökning är terapeutiskt och en form av ”självmedicinering” som många psykiskt sköra människor ”behöver”, och det finns bevis för att tobaksindustrin aktivt har verkat för att sprida denna myt.

En stor systematisk översikt och metaanalys visar att personer som slutar röka istället rapporterar signifikant minskad depressivitet, ångest och stress samt ökning av positiva känslor och upplevd livskvalitet, och det gäller såväl människor med som utan psykisk sjukdom (26). I den engelska befolkningen över 40 år har man konstaterat att prevalensen av ångest och depression bland f.d. rökare som slutat för mer än 1 år sedan är densamma som bland de som aldrig varit rökare, medan den är betydligt högre bland rökarna (27). Även om många sover oroligare den allra första tiden innebär rökstopp för de flesta på sikt dessutom bättre sömn vilket leder till bättre återhämtning som i sin tur bidrar till lägre nivåer av stress (28–29).

Ekonomiska konsekvenser

För samhället kostar tobaksrökningen minst 30 miljarder kronor per år (11). Men att röka är även dyrt för rökaren själv, samtidigt som vi redan har konstaterat att



”Rökaren får missuppfattningen att röka en cigarett ger genuina positiva psykologiska fördelar, vilket blir ett allvarligt hinder för motivationen att sluta röka”.

det är de med minst ekonomiska resurser som röker mest. Priset för ett paket med 19 cigaretter ligger på 50–60 kr 2015. Att röka ett paket om dagen kostar ca 1 700 kr per månad eller 20 000 kr per år. För den som röker mer blir kostnaden naturligtvis ännu högre. Bland psykiskt sjuka och alkoholberoende finns många med mycket hög cigarettkonsumtion (30). En konsumtion på två-tre paket cigaretter per dag rapporteras till exempel inte vara ovanlig bland personer med schizofreni, vilket skapar stora problem med både hälsa och ekonomi. Till utgifterna för cigaretterna kommer även en med åren ökande kostnad för rökrelaterad sjuklighet. Rökare har i genomsnitt 8 extra sjukdagar per år (31). För individen blir dessa kostsamma dels på grund av att första sjukdagen är en karensdag för vilken ingen ersättning betalas och dels genom att sjuklönen för anställda är lägre än den ordinarie lönen.

Socialstyrelsen kom i en undersökning 2010 fram till att var tionde person som har en funktionsnedsättning får ekonomiskt bistånd, dubbelt så stor andel som i befolkningen (32). Människor med funktionsnedsättning har även lägre disponibel inkomst². Sämst ställda är personer med psykisk funktionsnedsättning, som i genomsnitt har 30% lägre disponibel inkomst än befolkningen i stort. Många med psykisk funktionsnedsättning

2. Disponibel inkomst=lön + bidrag – skatt.

lever på sjuk- och aktivitetsersättning. Personer med funktionshinder har större behov av hälso- och sjukvård, läkemedel och tandvård men avstår oftare än befolkningen i övrigt från vård och läkemedel. 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 psykosjukdom/schizofreni i den ovan nämnda undersökningen och man tror att dessa har ännu sämre ekonomiska villkor (32). Rökning förvärrar självfallet situationen. Förutom nedprioritering av hälso- och sjukvård och mediciner kan det handla om att få lov att välja bort mat, kläder och sociala aktiviteter för att ha råd med tobaken. Tobaksberoendet är sjukdomsklassat och det är inte så lätt att avstå från cigaretterna, se avsnittet om Tobaksberoendet sid. 9. Samtidigt är en av de avgörande faktorerna för återhämtning från psykisk sjukdom att komma ur fattigdom och få bättre ekonomi (33).

Skadeeffekter av snus

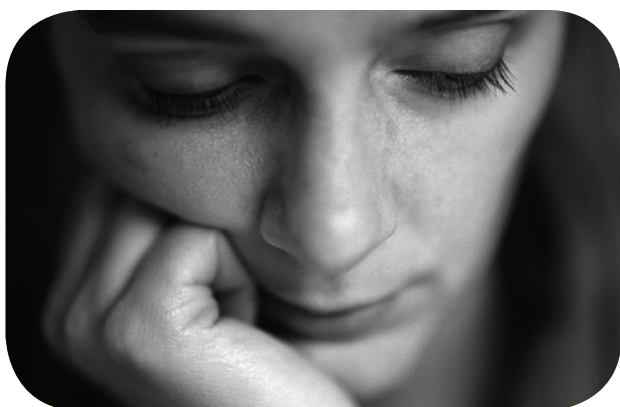
En del rökare byter ut cigaretterna mot snus i förhoppningen att det ska vara mindre farligt. Jämfört med kunskapen om rökningens effekter är dokumentationen av snusningens långsiktiga verkningar mycket ofullständig. Sammanlagt innehåller snus över 3 000 olika ämnen som är skadliga för hälsan, varav minst 28 är cancerframkallande. Forskning visar att snusning stressar hjärt-kärlsystemet och ökar risken för dödlig hjärtinfarkt (11). Den starka nikotinoxponeringen 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 munhålan, matstrupen och magsäcken, samt att få diabetes och metabolt syndrom. Munslemhinnan tar skada. Det finns även allvarliga risker för fostret om mamman snusar under graviditet, till exempel missfall och reducerad födelsevikt (11). Även snusning är dessutom dyrt. Priset för en dosa lössnus ligger 2015 på ca 45–55 kr. Genomsnittssnusaren beräknas förbruka en tredjedels dosa per dag och ha snus i munnen under 12 av dygnets 24 timmar. Det kostar ca 500 kr i månaden eller 6 000 kr per år. Men många snusar betydligt mer. En dosa per dag är inte ovanligt, vilket kostar cirka 18 000 kr per år, och det finns personer som använder

upp till tre dosor per dag. Det förekommer att man har snus i munnen även 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 efter att man har prövat att sluta med hjälp av professionell tobaksavvänjning kombinerat med läkemedel. Patienter som på eget initiativ övergår till snus tar likväl ett steg i rätt riktning. Nikotinfritt snus är inte en tobaksprodukt och man vet inte om det har någon skadlig inverkan på hälsan.

E-cigarett

E-cigarett (EC) marknadsförs som ett mindre skadligt alternativ till konventionella cigaretter, eller för att sluta röka, men varken produktens skadlighet eller effekten på rökvarorna är ännu ordentligt utforskad. EC innehåller nikotin och ett 30-tal andra ämnen. Det finns även nikotinfria sorter. Det finns de som ser EC som ett tänkbart hjälpmedel för att sluta röka men varnar för att den ännu inte är en säker produkt och att det inte finns någon produktkontroll. Rättsläget när det gäller EC är oklart. Läkemedelsverket klassar EC med nikotin som läkemedel och inga sådana produkter har godkänts, vilket inte hindrar en omfattande försäljning över internet och även öppet i butiker. Läkemedelsverkets beslut är föremål för domstolsprövning (juli 2015). När det gäller EC:s värde som rökavvänjningsmedel saknas gedigna vetenskapliga studier. Två små kontrollerade studier tyder på effekt i nivå med nikotinläkemedel (34), medan flera longitudinella studier pekar på att EC kan göra det svårare att bli av med rökningen för gott (35, 36). Anledningen är att de flesta använder produkterna parallellt, dvs. för att minska sin rökning, och det har för normalkonsumenter inte så stor effekt på hälsan. För psykiskt sjuka som röker väldigt mycket kan det möjligen ha en effekt. Om hypotesen stämmer att den cykel av nikotinabstinens/dåligt humör och rökning/lindring var och varannan timme, som nikotinberoendet ger upphov till, ökar risken för att man mår psykiskt dåligt, är det naturligtvis en allvarlig invändning mot EC. Genom att gå över till EC skulle rökaren då gå miste om de stora fördelar för den psykiska hälsan som ett rökstopp ger, se sid. 7 (37).



EC kan även laddas med t.ex. cannabis, spice och alkohol, och fungera som inkörsport till rökning av konventionella cigaretter för ungdomar.

WHO rekommenderar att EC förbjuds i rökfria miljöer. EC avger en form av ånga som kan irritera luftvägarna hos andra människor men man vet ännu inte hur farlig den är. Området är under stark utveckling och mycket forskning pågår. En utredning har tillsatts av regeringen för att ta fram förslag till lagreglering av EC som ska träda i kraft i maj 2016. Läs mer om EC på www.psykologermottobak.org.

Tobaksberoende

Definitioner av tobaksberoende och tobaksabstinens i bilaga 1.

Tobaksberoende ingår i gruppen "substansrelaterade syndrom och beroendesyndrom" i det internationella sjukdomsklassifikationssystemet, DSMV³ (38). Det beskrivs som en psykisk störning som orsakas av att en så kallad psykoaktiv substans sätter hjärnans belöningssystem ur balans. I WHO:s sjukdomsklassifikationssystem ICD-10⁴ får en person som röker eller snusar dagligen diagnosen *tobaksberoendesyndrom* (39). Sjukdomsklassifikationssystemen använder begreppet "tobaksberoende" istället för "nikotinberoende" på grund av att det inte går att bortse från de många starka psykologiska aspekterna i beroendet.

Nikotinet i cigaretten ger en effekt på centrala nervsystemet (CNS) inom 7–10 sekunder från det att röken inhaleras. Rökningen har en lugnande och samtidigt

stimulerande effekt framförallt genom att varje cigarett tar bort den abstinens som börjat sätta in sedan den förra röktes, något som ingående beskrivits i avsnittet "Rökning, stress och psykisk ohälsa" på sid. 6. Drogen – nikotinet – måste tillföras kontinuerligt för att personen ska vara i känslomässig balans, fungera optimalt och känna sig energifylld. Uteblir nikotintillförseln en längre stund inträder 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 (25–26).

Beroendet kan mätas med det så kallade *Heaviness of smoking index* (40). 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 beroende, och denna förkortade form av mätinstrumentet finns i avsnittet "Läkemedel för tobaksavvänjning" sid. 16. 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 cigaretrökning, och nikotinkoncentrationen i blodet når maximal nivå inom 30 minuter (41). Detta uppvägar snusaren genom en mer kontinuerlig tillförsel. Som redan nämnts har många snusare snus i munnen under större delen av dagen, och en del även under natten.

3. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5 (38)

4. International Classification of Diseases ICD-10 (39)

Rådgivning och tobaksavvänjning



De flesta vill och kan sluta

De flesta vuxna rökare (73%) och nästan hälften av snusarna (41%) vill sluta enligt Nationella Folkhälsoenkäten 2014, och 25% av rökarna och 14% av snusarna vill ha hjälp att sluta (2). Studier från olika länder tyder på att psykiskt sjuka rökare är lika motiverade att sluta som andra rökare (30). I den tidigare nämnda undersökningen av öppenvårdspatienter i psykiatri i Gävleborg ville till exempel två av tre rökare sluta (67%) och av dessa ville så gott som alla (58%) ha hjälp att klara det (7).

De vanligaste skälen att vilja sluta röka eller snusa är oro för hälsan och ekonomin. Andra vanliga skäl är att vilja känna sig fri och inte vara beroende, lukta fräschare och vara en bättre förebild för barn och ungdomar. 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 året⁵ (31). Allt fler arbetsplatser inför rökfri eller tobaksfri (även snus) arbetstid, bland annat alla landsting och tre fjärdedelar av kommunerna (42–43).

Att bli fri från tobak höjer välbefinnandet på många sätt. Rökningens skadeeffekter minskar snabbt redan från

första dygnet. Människor blir friskare, piggare, fräschare, lugnare och får bättre kondition och självkänsla. Rökstopp så sent som i 60-årsåldern ger betydande hälsovinster (44). Ekonomin förbättras för många radikalt.

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 med hjälp av enkla råd fördubbla antalet som lyckas. Med kvalificerad rådgivning av utbildad tobaksavvänjare i kombination med läkemedel kan upp till 30–40% bli rökfria (11,16). Det finns en föreställning om att det finns en ”hård kärna” av psykiskt sjuka och socialt utsatta som inte kan sluta. Forskning stöder inte detta antagande (30). 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 bekantsskapskrets och samtidigt mindre tillgång till information om rökningens skadeeffekter. Studier visar att psykiskt sjuka liksom personer med alkohol- eller drogberoende kan lyckas väl med att sluta röka (30) men de kan uppleva svårare abstinens, ha svårare att stå ut med abstinensen och behöva mer stöd för att undvika återfall, se avsnittet ”Rådgivning på olika arenor – Psykiatri” sid. 20.

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. De är oroliga för farorna och nackdelarna med tobaksbruket, men uppskattar samtidigt de kortsiktiga positiva effekter av tobaksbruket som rökare och snusare upplever. Det fysiska beroendet är starkt. Men beroendet har också psykologiska och sociala sidor. Att röka/snusa är en vana, ett överinlärt mönster. Många röker till exempel när de talar i telefon eller efter måltider. 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

5. Läs mer i kunskapssammanställningen *Tobaksfritt arbetsliv* från Folkhälsomyndigheten.

ökar motivationen att sluta för de flesta. Att sluta röka eller snusa kan innebära att gå igenom en period på 2–3 veckor med ökad stress och nedsatt livskvalitet på grund av den stora omställningen och abstinensen. 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, se bilaga 1. 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) (47) och visar hur personen gradvis går från den första tanken, sedan 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 stimuleras och självtilliten öka genom att man blir informerad om verk samma metoder, får tala om sina farhågor och hitta lösningar på det som oroar samt erbjuden stöd om man vill sluta. Vid hög motivation är

ATTITYDER TILL RÖKSTOPP

I en stor undersökning av attityder till rökstopp hos socialt utsatta och socialarbetare som genomfördes 2010 i tio 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).(46)

samtalsfokus metoder för att sluta med tobak. Om rökaren/snusaren redan har slutat med tobak är samtalar man om strategier för att lindra nikotinsug och abstinens samt alternativa sätt att hantera känslor och situationer istället för att röka/snusa. Vid återfall är det viktigt att förklara att det är normalt med återfall och definiera det som lärosituationer. Ge bekräftelse för alla ansträngningar.

Alla bör tillfrågas om tobaksvanor

Enligt Socialstyrelsens Nationella riktlinjer om sjukdomsförebyggande metoder (16) bör alla patienter i hälso- och sjukvården tillfrågas om sina tobaksvanor och om de vill sluta, således även i psykiatri och beroendevård. Alla bör erbjudas kvalificerat rådgivande samtal av utbildad tobaksavvänjare.

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 Samtalsfokus: – stimulera tankar på nackdelar med att röka /snusa – diskutera negativa konsekvenser av tobaksbruket för t ex hälsa och ekonomi				Medelhög beredskap Rökaren/snusaren har blivit medveten om problemet, men fortfarande osäker, ambivalent 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				Hög beredskap för förändring Rökaren/snusaren börjar tänka på/planera för att sluta 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. Enkla råd om tobak, samtalsfokus och exempel

	Exempel på vad rådgivaren kan säga	Innebörd
1. Fråga om tobaksvanor	Röker du? Snusar du? Röker du vattenpipa? Alternativt: använder du tobak? Om svaret är nej: vad bra att du inte använder tobak. Har du använt tobak tidigare? [Om ja] när slutade du?	Fråga alla patienter om tobaksvanor och journalför svaret. De som slutat röka/snusa behöver positiv förstärkning och de som slutat nyligen kan behöva stöd.
2. Ge rådet att sluta med tobak	Det är en stor fördel om du slutar röka/snusa – det är det viktigaste/bästa du kan göra för din hälsa ... (informera om riskerna, knyt till eventuella problem med hälsan).	Informera om risker och negativa konsekvenser med tobaksbruk för hälsan. Koppla till patientens egen hälsa. Rekommendera att sluta med tobak.
3. Undersök motivationen	Vad tänker du om det – är du intresserad av att sluta röka/snusa?	Försök få en uppfattning om motivation för att sluta.
4. Hjälp till	Om svaret är ja: Det finns ju bra sätt för att sluta röka/snusa. Vill du höra? Om svaret är nej: Jag skulle ändå råda dig att sluta för det är det viktigaste du kan göra för din hälsa. Du kan väl tänka på det? Det finns ju bra sätt att sluta. Vill du höra? Om patienten vill ha information: - Det är bra att sätta ett stoppdatum när man ska sluta helt och - göra sig av med all tobak den dagen. - För den som behöver finns nikotinläkemedel för rökavvänjning. Du kan få hjälp med tobaksavvänjning... (informera om var det finns)	- Informera kort om metoder för att sluta. - För patienter som behöver läkemedel vid rökavvänjning bör man i första hand rekommendera nikotinläkemedel. Vareniklin och bupropion är andrahandsläkemedel som kräver recept och motiverande stöd. För snusavvänjning finns viss evidens för vareniklin. - Tala om var det finns tobaksavvänjning – tex vård-/hälsocentral eller Sluta-Röka-Linjen 020-84 00 00. - Erbjud ett självhjälpsmaterial.
5. Följ upp samtalet	Jag noterar i din journal att vi har talat om detta/du har funderingar på att sluta/vi skickar en remiss/du tänker sluta/har satt stoppdatum. Så följer vi upp det vid nästa besök. Ta upp frågan igen vid nästa besök: Hur har det gått/ tänker du just nu om rökningen/snuset?	Skicka om möjligt en remiss så att patienten blir kallad till behandling. Remiss kan även skickas till Sluta-Röka-Linjen, för information se www.slutarokalinjen.org

Enkla råd om tobak

Som minimum bör enkla råd ges om hur rökningen (snuset) påverkar kroppen, en tydlig rekommendation om att sluta samt hänvisning till var patienten kan få tobaksavvänjning. Här ovan visas en modell för enkla råd i fem steg från Socialstyrelsen⁶. Enkla råd har dock låg prioritet i Socialstyrelsens riktlinjer, och det är osäkert om de har någon effekt för psykiskt sjuka som röker (16,30). Istället bör kvalificerat rådgivande samtal erbjudas.

6. Hämtat från <http://www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjerfor-sjukdomsforebyggandemetoder/stod-i-arbetet-med-sjukdomsforebyggande-metoder/samtal-om-tobak>

Rådgivande samtal och MI

Personcentrerade rådgivande samtal (10–30 min), helst med några uppföljande samtal, telefonsamtal eller e-post, kan motivera många människor att sluta röka (snusa) (16). Ofta används motiverande samtal (MI), och metoden har visat högre effekt än enkla råd eller självhjälp vid rökning (47–49). I MI går rådgivaren in för att genom reflektivt lyssnande locka fram förändringsprat. Rådgivaren ställer frågor på områden som är centrala för motivationen –nackdelar med att röka/snusa, fördelar med att sluta, erfarenheter av att försöka sluta, upplevda hinder och lösningar, tillit till att kunna klara det osv. – och förstärker på det särskilda MI-sättet det som leder i riktning mot rökstopp. Vidare erbjuder rådgivaren infor-

mation i dialog om framgångsrika metoder för att sluta med tobak, läkemedel och hur ett rökstopp kommer att påverka kropp och psyke, samt markerar att det är personen själv som bestämmer hur han/hon vill handla. Rådgivaren använder slutligen också särskilda strategier för att stärka patientens/klientens självtillit. Speciellt viktigt är att informera om att rökstopp på sikt kommer att minska stress och ångest och förbättra det psykiatriska tillståndet, om att eventuell abstinens är tillfällig och vad som hjälper mot abstinensen, samt att erbjuda stöd.

Kvalificerat rådgivande samtal – tobaksavvänjning

Många behöver hjälp av en utbildad tobaksavvänjare för att klara att sluta. Tobaksavvänjare finns på de flesta vård/hälsocentraler och den vårdenhet som inte har en egen avvänjare bör kunna hänvisa vidare. Samtidigt är det viktigt att psykiskt sjuka kan få stöd i psykiatrin, något vi diskuterar mera på sid. 20. Metoderna vid kvalificerat rådgivande samtal, eller i dagligt tal tobaksavvänjning, inriktas mot de två viktigaste faktorerna som håller fast rökaren i sitt beroende, nikotinberoendet och vanan (50). Ett mål är att lindra nikotinabstinensen, ett annat att avbetinga det starka, närmast reflexmässiga sambandet mellan rökning och olika situationer och sinnesstämningar. För att bryta vanan har *samtal med KBT-inriktning* visat sig fungera och sådana metoder är allmänt använda (16). Kvalificerad rådgivning kombineras vanligen med läkemedel, och det finns flera godkända läkemedel för rökavvänjning; nikotinläkemedel, bupropion (Zyban) 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 (11, 16). Forskning och erfarenhet visar att *snusavvänjning* bör gå till på i princip samma sätt som rökavvänjning (50–51).

Normalt rekommenderas att man träffar patienten/klienten minst ett par gånger före stopp-dagen för att stärka motivationen, finna lösningar på problem och lägga upp en plan. Efter stopp-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 stopp-dagen eftersom det är svårast i början och 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 (50). Idealiskt är att kunna skraddarsy intensiteten i behandlingen efter patientens/klientens behov, och psykiskt sjuka behöver ofta tätare stöd. 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 och/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 2–4. Personal kan få handledning kostnadsfritt via Sluta-Röka-Linjen, se nästa avsnitt.

Rådgivning per telefon

Sluta-Röka-Linjen 020-84 00 00 (www.slutarokalinjen.org) är en kostnadsfri nationell telefonservice bemannad med specialutbildad personal. Där kan man ställa frågor om tobaksavvänjning och få professionell hjälp att sluta röka och snusa via telefon. För en del räcker det med enstaka samtal medan andra följer en individuellt anpassad behandlingsplan med flera kontakter över tid. Det är viktigt att understryka 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 kostnadsfria råd, handledning och hänvisning. Man kan också remittera patienter till linjen, se information på hemsidan. Linjen drivs av Stockholms läns landsting.

Läkemedel för tobaksavvänjning

En tabell över läkemedlen finns i bilaga 2.

Läkemedel för rökavvänjning är avsedda att lindra abstinens och röksug och förhindra återfall i rökning. *Receptfria* nikotinläkemedel finns i olika beredningsformer, se nedan. Två olika *receptbelagda* läkemedel som har

VILKA RÅD SKA MAN GE?

I bilaga 3-4 finns lättläst information som kan kopieras och lämnas till patienter/klienter.

RÅD FÖR ATT FÖRBEREDA ETT TOBAKSSTOPP

- 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 t.ex. 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 som ett led i att sluta röka, eftersom man brukar fastna vid 2-3 och snart är uppe i den gamla konsumtionen igen. Att inte trappa ner under 10 cigaretter är en bra regel - därefter sätts ett stoppdatum.
- Planera redan i förväg strategier för att handskas med sug och abstinens som kan uppkomma efter tobaksstoppet.

RÅD I SAMBAND MED SJÄLVA TOBAKSSTOPPET

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

BRA KOST OCH FYSISK AKTIVITET UNDERLÄTTAR TOBAKSAVVÄNJNING

- Att sluta med tobak 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/snus. Till stöd för förändringen är det en hjälp att skapa goda vanor. Bra mat, rikligt med dryck (vatten) och fysisk aktivitet är några viktiga faktorer som samtidigt både lindrar nikotin-abstinens och motverkar viktuppgång.

Mat och dryck

- Att äta frukost innan dagens första cigarett/prilla är en positiv förändring som kan genomföras redan före ett tobaksstopp. Det medför att kroppen får energi och att kraften att motstå tobaken blir större.
- Då blodsockret sjunker något 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 samt lindrar abstinens och depressionssymtom. 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 när man arbetar vid skrivbordet. 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 nikotinsug i drygt 20 minuter efter promenaden (52).

bupropion respektive vareniklin som verksamt ämne (Zyban®, Champix®) är också godkända för rökavvänjning. Bupropion och vareniklin är andrahandspreparat, enligt såväl Socialstyrelsens riktlinjer som Läkemedelsverket (16,53-54). 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 (55) och med bupropion 70 procent (56) medan vareniklin ger drygt en fördubbling jämfört med kontrollerna (57). I studier där effekten av preparaten jämförs med varandra visar

vareniklin som singelbehandling ett något bättre resultat än bupropion och nikotinläkemedel (58). Kombinationer av lång- och kortverkande nikotinläkemedel (t.ex. plåster+tuggummi/tablett) kan emellertid öka effekten avsevärt jämfört med singelbehandling och närma sig de nivåer man ser för vareniklin (58).

Erfarenhet visar att nikotinläkemedel lindrar abstinens och ökar möjligheten att lyckas även vid *snusavvänjning* (51,59) och en kontrollerad studie visar att vareniklin ökar chansen att lyckas vid *snusstopp* (60). Nikotinläkemedel används vanligen 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.

Nikotinläkemedel

Nikotinläkemedel finns som tuggummi, sugtabletter, mikrotabletter, munhålepulver, munspray, 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 därför används i regel nikotinläkemedlen från stopp-dagen. Nikotinplåster ger en jämn tillförsel av nikotin, vilket minskar risken för plötsliga abstinensattacker. Tuggummit, tabletterna, sprayen, munhålepulvret och 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. Alla sorter är lika effektiva. Och om ett preparat ger biverkning kan ett annat prövas. Studier tyder på att kombinationer med plåster som en basbehandling och tuggummi, tablett eller spray som extra förstärkning kan vara mycket effektiva (58). Kombinationsbehandling har länge rekommenderats av experter till dem som rökt eller snusat i stora mängder. Många rökare som är psykiskt sjuka eller beroende av alkohol eller droger är starkt nikotinberoende och anses generellt behöva nikotinläkemedel i större doser och under längre tid än vad som normalt rekommenderas (30).

Nikotinläkemedel kan även användas samtidigt som man röker, en metod att minska konsumtionen som har visat sig öka motivationen att sluta längre fram för rökare. Tillvägagångssättet, som kallas *rökreduktion* (61) har däremot inte visat sig bidra till framgång för snusare.

"Att röka ett paket
cigaretter per dag kostar
cirka 20 000 kr om året."

Beroende av nikotinläkemedel

Alla nikotinläkemedel utom nikotinplåster tycks ha en potential för att skapa beroende efter rökstopp. 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 visade att 20–25% av de rökfria fortfarande använde nikotintuggummi ett år efter att de börjat använda det. Andelen användare minskar med tiden och ingen tendens till dosökning noterades. Frekvensen var 2–7 tuggummin per dag (62).

Mätning av beroendet

Det är bra att ta reda på graden av beroende hos en rökare som vill sluta, se tabell 3, sid. 16.

De som är starkt beroende har större risk för abstinensbesvär och nikotinsug när de slutar och de har större nytta av nikotinläkemedel samt behöver också högre dos om de använder dem. Snusare är i regel starkt 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.

Tabell 3. En vedertagen beroendemätare, kallad *Heaviness of smoking index* eller *Fagerströmskalan* (40)

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.

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: Bland generellt vanliga biverkningar kan nämnas muntorrhet, huvudvärk, yrsel, oro, sömnsvårigheter och överkänslighetsreaktioner såsom nässelutslag. Vid sömnsvårigheter kan det vara en fördel att tidigare lägga ”eftermiddagstabletten” (under förutsättning att det är minst 8 timmar mellan doserna). 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 mediciner och bupropion, på grund av ökad risk för CNS-biverkningar och interaktioner. Bupropion har ett biverkningsspektrum som man bör ha i åtanke vid förskrivning till psykiskt sjuka personer; psykotiska och maniska symtom samt ångest och depression har rapporterats. 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 (63). Sammanvägda data från fem små studier (N=170) visade att bupropion ökade chansen tre gånger att bli rökfri jämfört med placebo samtidigt som fors-

karna inte fann några allvarliga incidenter relaterade till biverkningar⁷. Flera studier har konstaterat att bupropion generellt tolereras väl av psykiskt sjuka (30). Läkemedlet rekommenderas i en annan Cochrane-sammanställning särskilt till patienter med tidigare depressioner i kombination med stöd att hantera negativa känslor (64). Om full dos ger biverkan kan man pröva om enbart morgondos ger tillräcklig behandlingseffekt.

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 (65). Alkoholberoende har typiskt sett mer sömnproblem, vilket generellt tros öka återfallsrisken till alkohol. Det kan därför vara motiverat med försiktighet med bupropion till personer med alkoholproblem.

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.

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

Biverkningar: Den vanligaste biverkan är milt 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 illamåendet. 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 inte erbjudas vareniklin eftersom läkemedlet utsöndras via njurarna. Det finns ingen känd interaktion med andra läkemedel.

Vareniklin har ett biverkningsspektrum som man bör ha i åtanke vid förskrivning till psykiskt sjuka personer. Vareniklin är prövat i flera vetenskapliga studier på patienter med diagnoserna schizofreni och depression utan att någon högre grad av biverkningar än i normalpopulationen noterats (63,66–67). Det finns dock många fallbeskrivningar av maniska och psykotiska episoder, depression, ångest, självmordsbeteende, hallucinationer samt delirium under behandling med vareniklin (68–69). Därför rekommenderas försiktighet med förskrivning av läkemedlet till psykiskt sjuka, se faktaruta, samt att noga följa patienter med psykisk sjukdom som slutar röka eller snusa.

Det finns ingen publicerad studie där vareniklin har prövats på gruppen rökare med samtidigt beroende av alkohol eller droger.

Kostnader för läkemedlen och läkemedelsförmånssystemet

Nikotinläkemedel är receptfria och ingår inte i läkemedelsförmånssystemet. De blir momsbefriade och därmed 25% billigare om det skrivs ut på recept och dessutom kan det öka motivationen att få ett recept.

Bupropion och vareniklin är receptbelagda och ingår i läkemedelsförmånssystemet om behandlingen ges tillsammans med motiverande stöd. Inom slutenvården bör nikotinläkemedel – till exempel nikotinplåster och nikotintuggummi/tabletter – tillhandahållas. Även patienter i öppenvård kan på grund av ansträngd ekonomi och andra svårigheter ha behov av att få hjälp med nikotinläkemedel. Kostnaden för läkemedlen per dag ligger under kostnaden för rökarens dagliga cigarettkonsumtion för de

FÖRSIKTIGHETSPRINCIP FÖR LÄKEMEDEL FÖR TOBAKSAVVÄNJNING TILL PSYKISKT SJUKA

Vi menar att professionella generellt kan rekommendera kombinationsbehandling med nikotinläkemedel (långtidsverkande nikotinplåster + korttidsverkande tuggummi/tablett/spray etcetera) framför bupropion och vareniklin eftersom nikotinläkemedlen är mer okomplicerade att använda och det är svårare att få tillgång till receptbelagda läkemedel.

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

1. Nikotinläkemedel är förstahandspreparat i Sverige enligt Läkemedelsverket.
2. Nikotinläkemedel rekommenderas i första hand i Socialstyrelsens *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder* (16).
3. Både bupropion och vareniklin innebär större risk för oönskade biverkningar.
4. 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 negligerbar. Överdoser av nikotin ger illamående och patienterna brukar då automatiskt minska dosen.
5. Kombinationsbehandling med nikotinläkemedel har i några studier visat sig överträffa bupropion med resultat som börjar närma sig nivåerna man ser för vareniklin (58).
6. 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.

flesta, men för den som har ont om pengar kan det ändå vara svårt att köpa läkemedlen eftersom förpackningarna är stora. Det gör att man måste betala en större summa vid ett och samma tillfälle och inte kan dela upp kostnaden så mycket.



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, se sid. 7. 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, som mat och mediciner, jämför exemplen på sid. 28–29. Ekonomiskt bistånd kan däremot beviljas för kostnader för vård och behandling, som till exempel tobaksavvänjning, resa till vård samt läkemedel som förskrivits på recept och ingår i läkemedelsförmånen. Bupropion och vareniklin fyller dessa kriterier, se ovan 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 såväl bättre ekonomi som bättre hälsa, är det viktigt att klienten får ekonomiskt bistånd för att ha råd med läkemedel vid tobaksavvänjning.

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

– Många inom socialtjänsten möter arbetslösa. I dag är det lättare att få en anställning om personen inte använder tobak (31).

– Generellt bör socialtjänsten försöka motverka tobaksbruk hos ungdomar likaväl som annat drogmissbruk, inte minst eftersom rökning och snusning ökar risken att bli beroende av alkohol och droger (71–74).

Det är viktigt att personalen inom socialtjänsten ger

enkla råd om tobak och uppmuntrar de klienter som vill försöka sluta röka eller snusa att ta kontakt med tobaksavvänjare inom kommunen, landstinget eller Sluta-Röka-Linjen, se exemplet på sid. 28. Socialtjänsten bör även ställa krav på en god tobakspolicy vid upphandling av behandlingshem respektive institutioner och familjehem där barn och ungdomar placeras, se rekommendationer om tobakspolicy på sid. 24 och i bilaga 5.

Beroendevård

Alkoholberoende personer löper högre risk att dö på grund av rökrelaterade än alkoholrelaterade sjukdomar (75). 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 (5,76). Personer som försöker sluta med alkohol eller droger är lika intresserade av att sluta och har lika stor chans som andra att lyckas bli rökfria. Systematiska översikter visar dessutom 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 (77–78).

En omdiskuterad fråga är hur kampen mot alkohol- eller drogmissbruket påverkas om personen även försöker sluta röka. En stor metaanalys har visat att rökstopp ökar chansen att bli alkohol- eller drogfri signifikant med upp till 25% oberoende av om klienten bibehåller rökfriheten eller inte (78). Även flera senare studier visar att nykterheten inte hotas utan understöds av ett rökstopp (5,79–80). 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 (81).

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 han/hon startar en alkoholbehandling är motivationen att sluta röka mycket större än om erbjudandet kommer vid en senare tidpunkt. Forskare menar att enbart 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 skulle dramatiskt minska dödsfallen i rökrelaterade sjukdomar i denna grupp. Det finns ett ”fönster” som står öppet när människor ska sluta med alkohol och droger 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 (78,81). Men om rökstoppet skjuts upp – och klienten kanske till och med avråds från att sluta i början av behandlingen fastän han/hon 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 forskarna. Mycket färre klienter påbörjar en uppskjuten rökavvänjning (5,77,82).

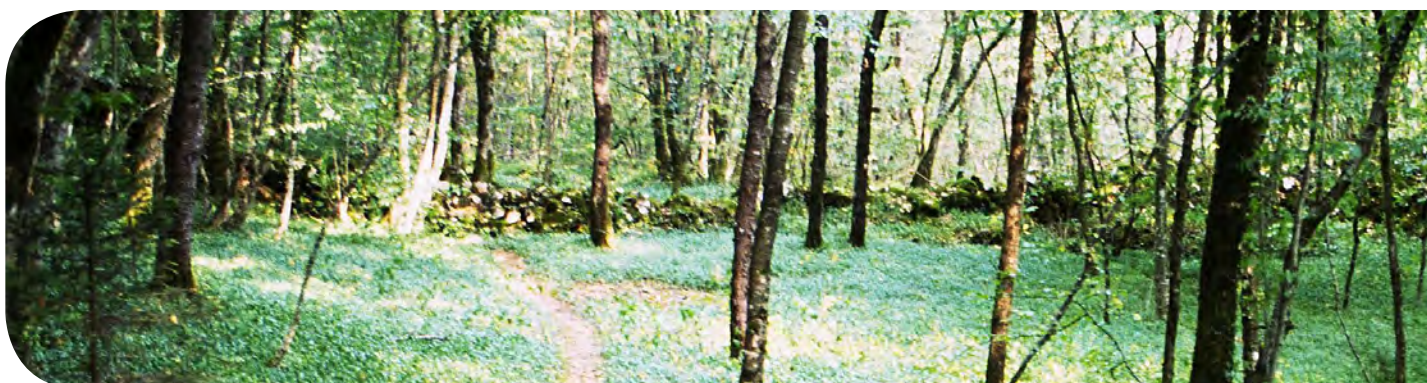
Forskarna ger samma rekommendation när det gäller behandling mot annat drogmissbruk. Rökstopp har visat sig göra det lättare att avstå från eller minska på droger som kokain och opiater (5,78,83,84).

Det finns alltså en debatt om det är bättre att sluta röka samtidigt som man slutar med alkohol/droger eller att skjuta upp rökstoppet. Det är naturligtvis klientens motivation som måste vara avgörande (5,85). Det viktiga är att diskussionen och erbjudandet om rökavvänjning finns med redan från början som en integrerad och aktiv del av alkohol- eller drogbehandlingen, se exempel på sid. 29. Många studier har visat att klienterna är villiga att sluta röka och intresserade av att ta emot sådan hjälp under alkohol- och drogbehandling (5). 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 korsensensitisering (72). Samtidigt är alkohol och cigaretter starkt sammankopplade. De tycks psykologiskt och biokemiskt öka varandras belönings effekter och minska varandras negativa bieffekter. De ”triggar” också varandra genom inlärda 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.



”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



Rökavvänjning bör integreras i beroendevården och personalen erbjudas utbildning för att kunna stödja klienterna på ett professionellt sätt. Kommuner bör ställa krav på en god tobakspolicy vid upphandling av behandlingshem. Se även bilaga 4 för ett informationsblad till klienter samt bilaga 5 om policyrekommendationer.

Psykiatri

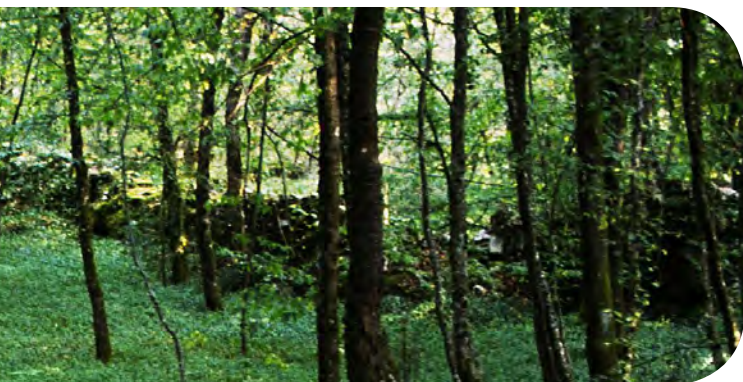
Många psykiskt sjuka röker och både vill och kan sluta, men det har visat sig att det ofta är svårt att klara på egen hand (30,86). Läkare, sjuksköterskor, kuratorer, psykologer, arbetsterapeuter, sjukgymnaster, tandvårdspersonal, boendestödjare, personliga assistenter/ombud med flera som möter personer med psykisk sjukdom i landsting och kommuner har en strategisk roll. Det är viktigt att fråga om tobaksbruk, journalföra svaret, ge råd om rökstopp och hjälpa dem som vill sluta eller 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 kontakt med patientens psykiatriska team och även försöka involvera andra viktiga personer som exempelvis kontaktperson, boendestödjare och personliga assistenter. Att sluta röka försämrar inte det psykiatriska tillståndet utöver att rökstopp kan försämma det psykiska välbefinnandet och humöret hos alla som slutar röka under den akuta abstinensperioden på 2–3 veckor (26,87).

Generellt gäller de tobaksavvänjningsmetoder som fungerar för befolkningen även för psykiskt sjuka grup-

per (30). Att vara psykiskt sjuk kan dock förlänga och komplicera processen att sluta röka på olika sätt. Den som har en psykisk sjukdom behöver välja en tidpunkt för rökstopp då han/hon är i bästa möjliga psykiska balans. Det rekommenderas att inleda rökavvänjningen med nedtrappning av antalet cigaretter för storkonsumenter (88). Många tycks kunna bibehålla en reduktion och det kan ibland vara det enda mål som går att uppnå (89). Reduktion tycks också öka möjligheten att sluta i ett senare skede på grund av både det ökade självförtroendet och det minskade beroendet (61,86). Däremot är erfarenheten att det är mycket svårt att lyckas sluta röka genom att minska cigaretterna successivt en och en ner till noll. Istället bör ett stoppdatum sättas när patienten kommit ner i "normal" konsumtionsnivå (10–20 cigaretter/dag). Det är värdefullt att ha en ordentlig förberedelse tid då patienten kan pröva att ta små steg och arbeta med att planera hur patienten ska hantera olika problem som kan förutses i samband med tobaksstoppet. Psykiskt sjuka behöver ofta mer intensivt och långvarigt psykologiskt stöd kombinerat med läkemedel för avvänjning.

Ångestsyndrom

För första gången har en stor rökavvänjningsstudie av patienter med *social fobi*, *panikångest* och *generaliserat ångestsyndrom* presenterats (91). 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 när de väl prövade att sluta röka, jämfört med personer utan ångestsjukdom. Läkemedel för avvänjning (nikotinläke-



medel, bupropion) höjde intressant nog inte graden av lyckande för patienterna med ångestsyndrom. Författarna framför hypotesen att negativ affekt är ett gemensamt typiskt sjukdomssymtom för patientgruppen, att läkemedel för rökavvänjning har liten påverkan på negativ affekt, och att patienterna därmed inte får lindring av det abstinenssymtom de har svårast att klara. Det blir då desto viktigare med rådgivning och stöd.

I en annan studie hade patienter med posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) som fick rökavvänjning resultat i nivå med andra patientgrupper. Forskarna fann inte någon försämring i patienternas PTSD-symtom eller ökad depressivitet (93–94). 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, i nivå med patientgrupper utan psykisk sjukdom (95).

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 första veckan av abstinensfasen. Dessutom kan abstinenssymtomen i början bli starkare än hos personer utan ångestsjukdom. Det är bra om patienten får stöd i att förbereda sig för hur han/hon ska hantera de problem som eventuellt kan uppstå (96–97).

Depression

Alla, oavsett grad av depression, bör erbjudas hjälp att sluta röka. Patienter med aktuell eller tidigare depression kan behöva intensivt stöd (98–100). Resultatet vid studier av rökavvänjning för patienter med aktuell/tidigare depression skiljer sig generellt inte från vad som uppnås

UNIK STUDIE AV RÖKAVVÄNJNING PÅ EN PSYKIATRISK AKUTKLINIK

I en unik randomiserad vetenskaplig studie testade forskare i Kalifornien att erbjuda 224 rökande patienter vid en psykiatrisk akutklinik sluta röka-stöd (92). De hade många olika psykiatriska diagnoser, bl.a. depression, schizofreni och bipolär sjukdom och tre fjärdedelar hade aktiva självmordstankar. Ändå tackade så många som fyra av fem (80 %) ja till att delta! Samtliga erbjöds nikotinplåster eller nikotintuggummi under sin tid på kliniken. Dessutom erbjöds hälften av dem att vara med i ett datorstött sluta-röka-program där de fick träffa en rådgivare och erhöll ett sluta röka-material som var skräddarsytt för just den personen. Kontrollgruppen fick enbart nikotinläkemedel och en folder med sluta-röka-information.

Patienterna erbjöds också uppföljningskontakter tre och sex månader efter utskrivningen som ett stöd i processen att bli rökfria, den sista efter 18 månader. Då hade 20 % i behandlingsgruppen slutat röka och 7,7 % i kontrollgruppen. Det var färre i behandlingsgruppen som på nytt hade behövt sjukhusvård för sin psykiska sjukdom – 44 % jämfört med 56 % i kontrollgruppen.

– En viktig aspekt av den insats som gjordes var att vi inte utgick från att alla var redo att omedelbart sluta röka. Vi utgick från det läge de var i när vi började och arbetade tillsammans med dem över tid. När patienterna blev redo att sluta fanns vi där för dem, förklarar Judith Prochaska, forskaren som ledde studien.

i friska patientgrupper. Detta ska dock möjligen tolkas med viss försiktighet eftersom 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 (98,101). Hög grad av depressivitet vid rökstopp har ett samband med högre återfallsrisk och sämre resultat av rökavvänjningen (102). 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 (103). Det är av värde för patienten att stödet i rökavvänjningen även omfattar att hantera de depressiva symtomen (104). I en Cochrane-översikt rekommenderades särskilt bupropion till patienter med tidigare depression (104).

Det har 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 (105) medan andra tyder på att depressiva symtom och risken för en ny depression i regel antingen är opåverkade eller minskar (98, 103, 106). I en metaanalys kunde ses att patienter med återkommande depressioner hade en ökad risk för återinsjuknande i depression (107). 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. Det finns skäl att ge dessa patienter mycket stöd vid tobaksstopp. Ett misslyckat rökstopp kan leda till en försämring av de depressiva symtomen (108).

Schizofreni

Schizofrena patienter är ofta storrökare, starkt beroende och tycks också inhalera mer nikotin från varje cigarett (30). 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 storrökare kan minska sin konsumtion

betydligt (30, 63, 88). När det gäller patienter med schizofrena syndrom är det extra viktigt att patienten får stöd under en längre tid av 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 anhedoni⁸ (26, 86, 109–111). Enligt en systematisk översikt från Cochrane Collaboration är bupropion och vareniklin att föredra framför nikotinläkemedel för patientgruppen schizofrena på grund av högre effekt (63). Samtidigt menar vi att man bör iaktta en försiktighetsprincip när det gäller de receptbelagda läkemedel för denna patientgrupp, se faktaruta på sid. 17. Det finns få kontrollerade studier gällande dessa läkemedel på just patientgruppen schizofrena eftersom de större vetenskapliga studierna vanligen exkluderar psykiskt sjuka patienter, och de som finns omfattar små urval.

Oavsett läkemedel finns det många skäl att följa en person med diagnos schizofreni som slutar röka noga, bland annat på grund av en känd interaktion med neuroleptika, se nästa avsnitt. Patienten bör uppmanas att själv vara uppmärksam på sitt psykiatriska tillstånd. Generellt är risken för abstinens och återfall större, och det kan vara svårare att få patienten att fullfölja behandlingen och att ta ordinerade läkemedel (30, 88, 90–91). Nikotinabstinensen kan också bli svårare att uthärda bland annat på grund av att den ofta påminner om sjukdomssymptomen. Samtidigt kan det vara svårt att avgöra vad som är nikotinabstinens och vad som är ökning av sjukdomssymtom. Det är också känt att schizofrena i relativt hög utsträckning även missbrukar alkohol eller droger, vilket kan komplicera behandlingen (63). Det är viktigt att personalen förstår att flera återfall i rökningen är normalt, och kan förklara det för en patient som misslyckats vid ett rökstoppsförsök. Det finns alltså många skäl till att frågan om rökningen behöver vara på agendan kontinuerligt, oavsett om patienten befinner sig i ett stadium av låg eller hög beredskap för förändring eller har slutat och försöker vidmakthålla rökstoppet. En patient som skrivs ut från slutenvården bör erbjudas fortsatt stöd, bl.a. på grund av påverkan på neuroleptika-koncentrationen

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

i blodet av att sluta röka respektive av att återfalla, se nästa avsnitt. Det är förstås en fördel om patienten kan få fortsatt stöd av samma personal.

Patienter som går över till moderna neuroleptika⁹ tycks spontant reducera rökningen och har också större chans att lyckas när de försöker sluta röka, så enbart att byta läkemedel kan få en signifikant effekt på rökningen. Dokumentationerna gäller främst klopazin (Leponex, Clozapine), men vissa data talar för att det även kan gälla olanzapin (Olanzapin, Zyprexa) och risperidon (Risperidon, Risperdal) (90, 112–114).

Sammanfattningsvis bör patienter med schizofreni som slutar röka följas noga på grund av risken för nikotinabstinens, risken för biverkningar av vissa läkemedel för avvänjning, se sid. 17 samt interaktion med neuroleptika, se nästa avsnitt.

Rökning och interaktion med neuroleptika och andra läkemedel

Rökning ökar aktiviteten i leverns enzymsystem CYP1A2 som metaboliserar många neuroleptika, särskilt klopazin och 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 (115). 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 – de märker 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 (116–118). Den individuella variationen är dock stor. I en studie varierade koncentrationsökningen mellan 14% och 260% (119). Patienten kan i extremfall uppleva mycket kraftiga biverkningar av neuroleptika (som extrem trötthet, kramper, koma, stupor¹⁰, akatysi¹¹, akinesi¹²). Återfall i rökningen kan bli resultatet även vid mindre uttalade problem. Det rekommenderas att

"Att sluta röka försämrar inte det psykiatriska tillståndet utöver att rökstopp kan försämra det psykiska välbefinnandet och humöret hos alla som slutar röka under den akuta abstinensperioden på 2-3 veckor" (37).

plasmanivåerna mäts före rökstoppet, att medicineringen minskas med omkring 10% per dag under fyra dagar efter rökstoppet och att plasmanivån därefter kontrolleras igen (116, 120).

Vid återfall i rökning behöver doseringen av neuroleptika justeras upp igen. Patienter måste därför följas noga både i samband med planerade rökstopp, och när de i slutet tvångsvård inte kan eller får gå utomhus för att röka och därför reducerar rökningen abrupt. I det fall neuroleptika har minskats på grund av rökstopp måste patienten informeras om att dosen måste ökas igen om han/hon åter börjar röka. Att få veta att rökstopp sannolikt medför att dosen neuroleptika kan minskas är en motiverande faktor för många personer med schizofreni. Det är inte studerat om snusning påverkar neuroleptikoncentrationen i blodet.

Även opiater, barbiturater, bensodiazepiner och tricykliska antidepressiva läkemedel metaboliserar via CYP1A2, och de två senare kan ofta minskas med omkring 25% efter rökstopp (121). Waran och Teofyllin är två andra läkemedel som påverkas när kroppens metabolism, det vill säga nedbrytningsförmågan i levern, ändras (122). Det motiverar kontroll av läkemedlets koncentration i blodet vid rökstopp respektive återfall i rökning.

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

10. Stupor=extrem okontakthet och oförmåga att tala

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

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

Tobakspolicy

Se bilaga 5 för en rekommenderad tobakspolicy

Det är viktigt att psykiatriska sluten- och öppenvårdskliniker och behandlingshem – och även socialtjänsten – har en genomtänkt och väl känd tobakspolicy. Inriktningen bör vara att skapa en hälsofrämjande miljö som hjälper rökare och snusare att bli fria från tobak eller minska sitt tobaksbruk, och 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 erbjudande om 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 utomhus. Ett gott skäl är att även mycket låga nivåer av passiv rökning är skadliga, det finns ingen säker nivå (31). WHO:s Tobakskonvention har som mål att ingen ska behöva utsättas för passiv rökning – det ses som en mänsklig rättighet att

FRAMGÅNGSFAKTORER

- Reglerna för rökning och snusning är klara och tydliga
- Reglerna diskuteras ordentligt och förankras på alla nivåer både före införandet och efter
- Alla får gott om tid att ställa in sig på förändringen
- Patienter/klienter och anställda erbjuds hjälp att sluta med tobak i samband med att man inför mer restriktiva regler.

slippa utsättas för tobaksrök på arbetsplatsen (1). Enligt tobakslagen 8§ (1993:581) svarar arbetsgivaren för att en arbetstagare inte mot sin vilja utsätts för tobaksrök i den arbetslokal eller det liknande utrymme där han eller hon arbetar¹³. En regel om att rökning enbart är tillåten utomhus finns i alla landstings tobakspolicyer sedan många år. Om rökrum finns kvar under en övergångstid bör de vara stängda om natten, så att patienterna/klienterna vänjer sig vid att sova hela natten. Till personer som tvångsvårdas och inte kan gå ut och röka bör nikotinläkemedel erbjudas generöst, vilket tillämpas med framgång på många psykiatriska kliniker, se exempel från Skellefteå och Eksjö i avsnittet "Så gjorde vi", sid. 30–31.

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 ringarpå-vattnet-effekter. Personal bör aldrig röka eller snusa tillsammans med eller inför patienter, och det är inte heller bra att komma tillbaka från rast och lukta rök. Alla landsting och 75% av kommunerna har idag beslut om rökfri eller tobaksfri arbetstid (42–43). Det innebär att

13. Det finns platser där tobakslagen inte gäller. Det är bland annat privatbostäder, boendes egna rum i servicehus och de intagnas egna rum på kriminalvårdsanstalter. Personal inom hemsjukvård, hemtjänst och socialtjänst samt vårdare och personliga assistenter som arbetar där har alltså inte samma skydd som andra anställda mot att utsättas för passiv rökning. Däremot gäller arbetsmiljölagen som säger att arbetsgivaren ska vidta alla åtgärder som behövs för att förebygga att arbetstagaren utsätts för ohälsa (3 kap. 2§).

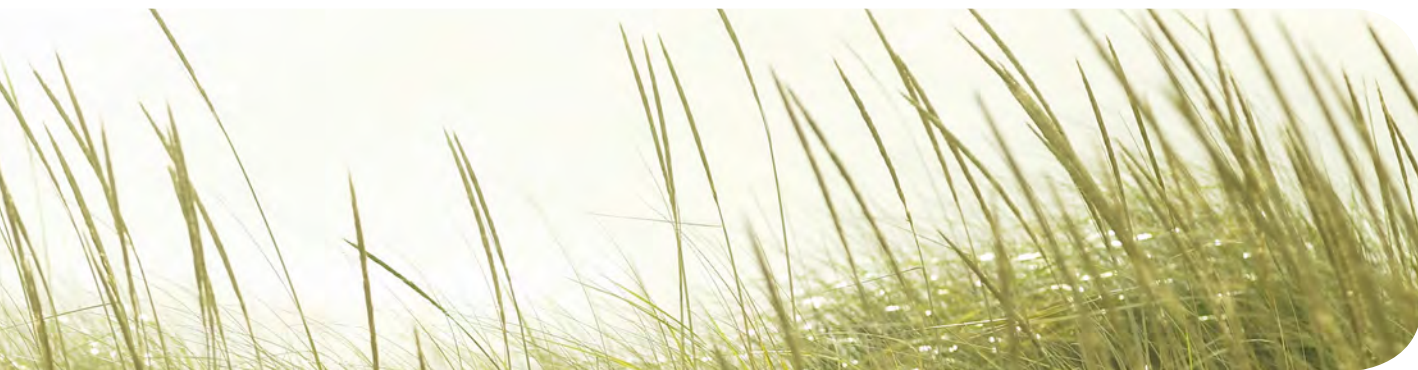
personal får röka (alternativt även snusa) enbart på lunchen (eller i vissa fall efter utstämpling) och då i regel klä om till privata kläder och lämna arbetsplatsen för att röka (snusa). Även utomhusarbete och transporter under arbetstid ska ingå. Det ska inte heller vara tillåtet att ta sig ett bloss på balkongen hemma hos en vårdtagare ens om personen själv röker på sin balkong.

Arbetsgivare bör uppmuntra personalen att sluta använda tobak och erbjuda tobaksavvänjning på generösa villkor. De egna levnadsvanorna har betydelse för om personalen tar upp dessa frågor eller inte med patienter/klienter. Det är svårt att ta upp frågan med trovärdighet med patienten/klienten om man själv röker, i synnerhet om patienten känner till detta.

En tobakspolicy bör införas med god framförhållning. Beslutet om en tobakspolicy bör tas av högsta ledningen. Gör alla – chefer, anställda (rökare likaväl som icke-rökare), fackliga organisationer, arbetsmiljöombud och brukarorganisationer eller brukarinflytande-samordnare – delaktiga i diskussionen så tidigt i processen som möjligt. Se till att alla chefer och anställda är väl informerade och vet vad som gäller. Att de anställda svarar på ett enhetligt sätt på patienternas/klienternas frågor är en nyckelfaktor för att lyckas utan att orsaka stor oro hos patienterna/klienterna. Slutligen bör man informera patienter/klienter i god tid, helst många månader i förväg. Tobaksfrågorna bör även ha en naturlig plats i arbetsmiljö- och chefsutbildningar och regelbundet diskuteras på arbetsplatsträffar och i utvecklingssamtal. Lyft fram att det inte handlar om att tvinga någon att sluta utan om när och var man får använda tobak, alltså att röka och snusa hänsynsfullt. Försök fånga upp reaktionerna – från både personal och patienter/klienter, tobaksanvändare respektive inte använder tobak – för att korrigera där det brister. Reglerna kan

”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 tände 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



"Alkoholberoende personer löper högre risk att dö på grund av rökrelaterade än alkoholrelaterade sjukdomar" (75)

behöva förbättras, kritik bemötas med sakliga argument och medarbetarna utbildas och stöddas. Läs mer i bilaga 5 samt i Folkhälsomyndighetens skrift *Tobaksfritt arbetsliv* (31).

Goda erfarenheter

Psykiatriska kliniker både i Sverige och i andra länder som infört en rökfri miljö har goda erfarenheter (30), se exempel från Sverige i avsnittet "Så gjorde vi", sid. 30 ff. 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. Psykiatri fick ett år extra på sig att implementera lagen. I en totalundersökning via enkät och intervju efteråt visade det sig att personalens farhågor om ökat våld, aggression och bränder inte besannades (123). Ingen enhet kunde ge exempel på ökade problem. Istället noterade flera att problemen hade minskat och den viktigaste förklaringen troddes vara att patienterna spenderade betydligt mer tid med personalen efter det att man hade tagit bort rökrummen. Tidigare satt klienterna i rökrummet en stor del av tiden och personalen gick sällan in där. Ett sjukhus rapporterade att antalet våldsincidenter hade halverats under året efter policyns införande (124). 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 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 – och psykiatriska kliniken var en av de första i Sverige som genomförde Rökfri psykiatri. Det innebar helt rökfri inomhusmiljö och rökfri arbetstid för personalen. En enkätundersökning i psykiatrien 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 klinikens rökande/

FÖRDELAR MED RÖKFRI PSYKIATRI

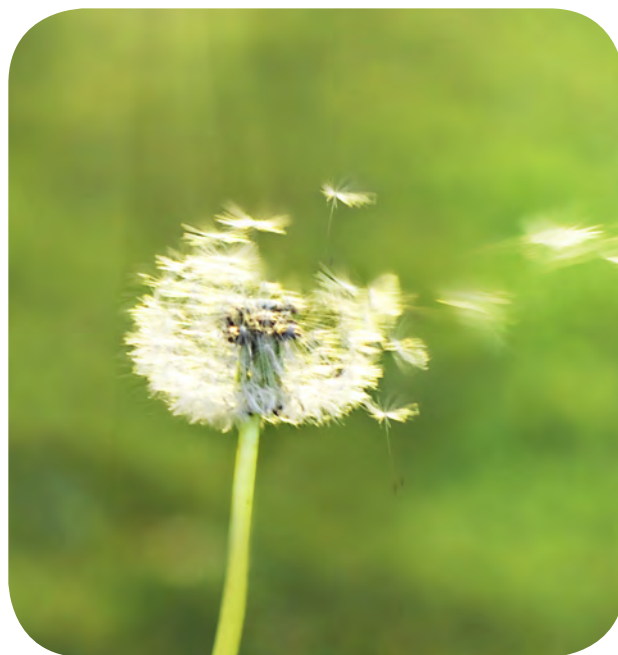
- Bättre vårdmiljö
- Ingen passiv rökning
- Patienter slutar röka
- De patienter som fortsätter röka röker mindre
- Patienterna får bättre hälsa
- Patienterna blir lugnare
- Patienterna sover bättre
- Patienterna får bättre ekonomi
- Patienterna får bättre självförtroende
- Bättre social samvaro
- Mindre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

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 (125). Läs mer i avsnittet "Så gjorde vi", sid. 30.

Statens institutionsstyrelse har många intagna med alkohol- eller drogberoende och också psykiatrisk problematik på sina LVM och LVU-hem¹⁴. År 2009 antog man en tobakspolicy, Rökfritt SiS, som innebär att det inte är tillåtet att röka inomhus samt att personalen började tillämpa 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. Varje institution utbildade personal 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 (126).

Kriminalvården i Sverige införde 2008 Rökfri Kriminalvård med en liknande tobakspolicy som SiS. Skillnaden är att när intagna låses in på natten får de inte röka. Klienter kan erhålla kostnadsfria nikotinläkemedel under en period på maximalt tre månader om de deltar i strukturerad tobaksavvänjning, något som många anstalter och häkten kan erbjuda. Intresset för att sluta röka har visat sig vara stort. Omkring 9% av de intagna som var rökare, ca 350 personer, uppskattades ha slutat röka 1½ år efter införandet, liksom många i personalen. Syftet med att införa Rökfri Kriminalvård var att främja medarbetarnas och intagnas hälsa, öka arbetsplatsens attraktionskraft, minska brandriskerna och främja Kriminalvårdens satsningar på att minska bruket av narkotika (127).

I USA visade en stor undersökning att 40% av institutionerna i beroendevården erbjöd rökavvänjning så tidigt som 2004–2005 (128) och i delstaten New Jersey hade rökavvänjning och rökfria miljöer implementerats på samtliga institutioner 2006 (129).



"Jag tackar Kriminalvården för att jag blivit snusfri och lovar att inte återkomma. Den här voltan har stundtals varit ett stort mörker, men att bli nikotinfri är i alla fall ett ljust tecken."

EN KLIENT I KRIMINALVÅRDEN

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

Så gjorde vi - några vårdenheter berättar

SOCIALTJÄNST

Hälsoprojekt för klienter i socialpsykiatri på Södermalm

Södermalms Stadsdelsförvaltning har startat ett hälsoprojekt för klienter i socialpsykiatri. Det handlar om att stödja klienter till bättre vanor när det gäller tobak, mat och motion, framför allt personer med långvarig psykisk funktionsnedsättning i särskilda boenden. Flertalet av de boende röker och har så gjort i många år. En del har samtidigt övervikt och är stillasittande, har svårt att gå och så vidare. Södermalms Stadsdelsförvaltning har gjort en ensidig begränsning med att införa ett rökfritt boende, vilket innebär att de boende går ut för att röka. Det går bättre än man hade förväntat.

Inger-Marie blev erbjuden att delta i projektet och fick gå en diplomutbildning i tobaksavvänjning. Hon får klienter via sina kollegor samt genom att socialsekreterarna skickar beställningar på tobaksavvänjning. Möjligheten att få hjälp att sluta med tobak erbjuds alla klienter i eget boende som kommer i kontakt med Södermalms Stadsdelsförvaltnings socialtjänst. De som bor i särskilda boenden får samma erbjudande via personalen i boendet. Inger-Marie har en dag per vecka avsatt för denna insats. En broschyr med information om tobaksavvänjningen delas ut till unga vuxna, personer olika boendeformer, försöks- och träningslägenheter och finns tillgänglig på olika aktivitetscentra inom stadsdelen.

Inger-Marie kan göra hembesök, vilket är populärast, eller så kan klienterna komma till henne på arbetsplatsen. ”De som kommer har långvarig psykiatrisk problematik och har rökt väldigt länge”, säger Inger-Marie. Ofta tar första intervjun mer än en timme, så hon har börjat dela upp den i två tillfällen. De träffas en gång i veckan och kompletterar med sms/mobil-kontakt under veckan vid

krissituationer. Inger-Marie ber också klienten om tillåtelse att kontakta ansvariga i psykiatri, och det har hon hittills alltid fått. Gemensamt är att klienterna har mycket svårt att bryta vanor. Många är storkonsumenter som röker ett par paket per dag och mer. Då får de börja med att trappa ner, göra rökfria zoner och träna på att röka på balkongen istället för inne. Tyvärr röker de flesta inne, så bara att få dem att röka ute är en framgång. Inger-Marie har haft fem personer i rökavvänjning sedan diplomutbildningen för ett halvår sedan och har ytterligare tre klienter på gång. Det gäller att vara flexibel. Klienterna måste få komma när de vill och komma tillbaka igen efter uppehåll om de varit för sjuka för att arbeta med rökningen och till exempel haft ett psykotiskt skov. En svårt KOL-sjuk patient har slutat helt och flera personer har hållit upp månader – värdefulla erfarenheter även om de återfaller. För varje gång de försöker lär de sig ju något nytt. Många klienter har mycket dålig ekonomi och vad Inger-Marie önskar är att kunna ge dem ett startpaket med nikotinläkemedel, men så långt har man inte kommit än.

Källa: Inger-Marie Schyman, Södermalms stadsförvaltning, Sociala avdelningen, boendestöd, Stockholm, inger-marie.schyman@stockholm.se, 076-12 13 400, Kjell Skaraas, bitr. enhetschef, kjell.skaraas@stockholm.se, 08-508 12 569.

Rökning viktigt ämne vid budget- och skuldrådgivning

Budget- och skuldrådgivarens uppgift är att ge råd och stöd över privatekonomi. Budget- och skuldrådgivning finns enligt lag i alla kommuner i någon form. Elin Lemon i Härjedalens kommun berättar: – En person kommer till mig och säger ’Jag har inte råd att äta’ eller ’jag har inte råd att skjutsa mina barn till träning’. Vi räknar tillsammans ut vad det finns för ekonomiska tillgångar och utgifter. Jag har som rutin att diskutera

tobaken och fråga om de vill sluta, men de flesta svarar 'inte just nu'. Jag ser ju att det finns pengar i vad de lägger ut på tobak. Våldigt många kommer tillbaka och säger 'det där har jag tänkt på jag borde dra ner...' och har minskat på tobaksbruket när de sett vad det kostar. Även om det är marginella framsteg så får jag dem att reflektera. Det sätter igång någonting. Men frågan är superkänslig. Människor tar det lätt som en anklagelse bara att man tar upp frågan. Om någon vill sluta så kan de få hjälp med tobaksavvänjning i primärvården.

Så här säger Berit Stenström 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 gått här på skuldrådgivning, som dessutom hade astma. Hon valde rökning framför mat och försvarade det hela tiden med att 'det är klart att jag inte kan sluta röka när jag har det så här jobbigt med ekonomin'. Jag tog upp det varje gång vi sågs och försökte så ett frö. Vad jag kan göra är att få klienterna att tänka på det och kanske dra ner på tobaken. Jag undrar 'Är det verkligen värt att vara utan mat för att få röka och snusa?'

Källa: Elin Lemon, budget- och skuldrådgivare, Härjedalens kommun, Socialtjänsten, elin.lemon@herjedalen.se, 0680 177 90; Berit Stenström, budget- och skuldrådgivare, Fagersta kommun, Socialtjänsten, berit.stenstrom@fagersta.se, 0223-444 75.

BEROENDEVÅRD

Alkoholmottagningen rekommenderar rökstopp vid förändring av alkoholvanor

Riddargatan 1 – mottagningen för alkohol och hälsa – representerar ett nytänkande inom alkoholområdet. Behandlingsverksamheten är inriktad på dem som har alkoholproblem, men som beroendevården har haft svårt att nå. Det handlar om personer som dricker för mycket,

men som inte har andra sociala hjälpbehov. Klienten kan söka själv eller komma på remiss. Riddargatan 1 är också ett kunskapscentrum för utbildning och information inom alkoholområdet, och bedriver forskning och utveckling av nya behandlingsmetoder för alkoholproblem. Enheten tillhör Beroendecentrum Stockholm och Centrum för Psykiatrforskning och är knuten till Karolinska institutet.

Det vi gör på tobaksområdet är följande:

1. Alla nya patienter får frågor om tobak.
2. De som röker får frågan om de vill sluta och om de behöver hjälp med det.
3. De får veta att nikotinet försvårar deras försök att få kontroll över drickandet.
4. De som vill sluta röka får information om receptfria alternativ och de som vill ha receptbelagda läkemedel får recept.
5. Vi informerar om Sluta-Röka-Linjen.
6. Vi delar ut ett faktablad om rökning och alkohol till patienterna (se bilaga 4).

Jag tycker vi kan göra mer för våra patienter som röker eller snusar. Vi har sökt medel för att förstärka våra insatser med andra levnadsvanor.

Källa: Sven Andréasson, professor och överläkare på mottagningen, sven.andreasson@sl.se, www.riddargatan1.se.

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 hit 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 MI och nikotinplåster. Periodvis har alla klienter varit "på tåget" och slutat, men ibland är det bara någon enstaka. 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 Väddö HVB-hem, svenolof@waxthuset.se, 0175-31000.

PSYKIATRI

Skellefteå Lasarett var tidigt ute med rökfri psykiatri

Slutenvården i Skellefteå genomförde rökfri psykiatri redan 2003, som en av de första i Sverige. 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 tider¹⁵. 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 stött 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

15. 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.

från en del rökande patienter. De nya rutinerna ledde till att många patienter rökte radikalt mycket mindre och ett antal patienter till och med slutade 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. Numera 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 inte 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: Rolf Stenvall, tidigare biträdande verksamhetschef på Psykiatriska kliniken, Skellefteå Lasarett, numera verksamhetschef i Psykiatrin länsgemensamt Öjebyn, rolf.stenvall@nll.se, 0911-76872, 072-7077544.

Eksjö tog initiativet i psykiatrin 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 psykiatrin (som inkluderar rättspsykiatrin). 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 psykiatrin ar-

rangerades 2006, men intresset var svagt. År 2008 tog klinikchefen för slutenvården på Högländssjukhuset i Eksjö, Bo-Kenneth Knutsson, initiativ till en förändring. Han sökte efter goda exempel, 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; Högländssjukhuset, Värnamo Sjukhus samt 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 psykiatrin 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 i stort sett 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 halvtimme 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. Det finns inga inhägnader i Eksjö. Däremot röks det på inhägnade innergårdar och balkonger i Jönköping. Någon enstaka patient som har trotsat rutinerna har därmed hanterats i Jönköping.

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 med patienterna. Om patienter eller personal vill ha rökavvänjning finns det en tobaksavvänjare på varje sjukhus som tar emot. Senare har det genomförts nya utbildningsdagar för psykiatrin på varje sjukhus om motiverande samtal om tobak och tobaksavvänjning.

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

Källor: Bo-Kenneth Knutsson, verksamhetschef, Psykiatriska kliniken, Eksjö, bo-kenneth.knutsson@rjl.se, 0381- 356 42, 070- 38 356 42, Mattias Jonsson, Folkhälsoenheten, landstinget i Jönköpings län, mattias.jonsson@rjl.se, 036 - 32 41 89

Personalens motstånd störst

På Kungälv's Sjukhus hade man inom psykiatrin till en början ett "undantag" från landstingets policy om rökfritt. Jag menade när jag kom dit som överläkare att självklart måste policyn kunna genomföras även i psykiatrin. Det fanns mer motstånd hos personalen än hos patienterna. De trodde inte att patienterna 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 under en längre tid. När rökrummen 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's sjukhus, nu medicinsk rådgivare samt projektansvarig Utvecklingsplan Psykiatri, Regionkansliet Västra Götaland, ingela.heimann@vgregion.se, 0727-40 94 70.



Gävleborg har implementerat rökavvänjning i hela vuxenpsykiatri

Gävleborg har arbetat med hälsosamtal i primärvården för 40-åringar i 10 år. Detta har skett inom ramen för Hjärt-kärlprogrammet, utformat efter förebild av det som numera kallas Västerbottens Hälsoprogram. Syftet är att upptäcka när patienter har riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom och metabolt syndrom. Vi pratar mycket rökning, kost och motion. Sedan flera år har hälsosamtal enligt hjärt-kärlprogrammet implementerats inom vuxenpsykiatri i Region Gävleborg. *Vi arbetar för en jämlik hälsa. Alla måste få möjlighet att få sina ohälsosaker kartlagda.* Rökning är en av de viktigaste ohälsosaker i befolkningen och inom psykiatri är det många patienter som röker. Detta, i kombination med andra riskfaktorer, gör det mycket angeläget att erbjuda stöd till tobaksavvänjning för psykiatriens personer.

Jag har drivit rökavvänjningsverksamheten på psykosavdelningens öppenvård i sex år och har hälsosamtal med alla om tobak, kost och motion. Det är intressant att se att de motiverade patienterna kan lyckas sluta röka trots sin psykossjukdom. Under åren jag arbetat med tobaksavvänjning har jag träffat på ett stort antal patienter som har en önskan att bli tobaksfria. Alla lyckas inte med ett totalt stopp, men det är en stor vinst för personen om konsumtionen minskar. Vissa personer behöver mera tid och avslutar, för att återkomma senare. Vad gäller nikotinläkemedel så får patienterna betala dessa själva och det kan vara en del svårigheter att motivera till det, då det är mycket kostsamt. Vi arbetar nu med att ta fram argument till ledningen för att kunna erbjuda patienterna fria nikotinläkemedel under en begränsad tid.

Min erfarenhet utifrån mitt arbete som tobaksavvänjare under åren är att det generellt tar längre tid att sluta röka för de med psykisk ohälsa, med fler återfall på vägen, samt att de behöver mer stöd. De som slutar röka verkar komma igång bättre med bra mat och motion efter rökstoppet, då jag jobbar även med det. Det kan bli en sund ersättning för tobak. En man har börjat både löpträna och äta nyttigt. En annan person som jag var kontaktperson för ville sluta röka på sitt eget sätt, och han klarade det också. 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 vi märker är att många har behov att komma på återbesök bara för att bli bekräftade i att de klarar av att sluta. Och det har visat sig att om motivationen finns, så finns även förmågan.

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

Tobaksavvänjning med framgång i Växjö allmänpsykiatri

Det hörs på Aleksandar att han brinner för tobaksavvänjning. När han började på allmänpsykiatriska mottagningen som arbetsterapeut för två år sedan uppmärksammade han det stora behovet av tobaksavvänjning för patienterna. Många röker väldigt mycket. Att erbjudas tobaksavvänjning borde vara normalt inom psykiatri, menade Aleksandar, och när han såg ett erbjudande från landstinget om diplomutbildning i tobaksavvänjning så

svarade han direkt. Och på den vägen är det. Han arbetar nu med avvänjning, främst i grupp. Till första gruppen anmälde sig 10, men till första gruppträffen kom det tre personer – 2 rökare och 1 snusare. Alla slutade med tobak. En av rökarna återföll efter 6 månader, medan den andra rökaren samt snusaren fortfarande var tobaksfria vid 12-månaders-uppföljningen. Andra gruppen bestod av tre rökare och en av dem var fortfarande rökfri vid 6-månaders-uppföljningen medan de andra två lyckades hålla sig rökfria i en vecka respektive 4 dagar och för båda var det längsta uppehållet någonsin. Nu är Aleksandar i gång sin tredje grupp, med fyra rökare. Dessemellan har han gjort några individuella avvänjningar, för han vill inte att människor ska få vänta för länge på att en grupp ska starta. Just nu håller han på att avsluta en individuell behandling med en patient med diagnos ”Reaktion på svår stress – ospecifierad”, som har rökt i 50 år och nu är rökfri sedan nästan 2 månader.

Aleksandar arbetar i enlighet med läroboken ”Stödja patienter att sluta röka och snusa” och använder också motiverande samtal MI. Patienterna får en förberedelse, rekommenderas använda läkemedel – i första hand nikotinläkemedel – och Aleksandar fokuserar på att patienterna ska arbeta med att ändra sina vanor. Alla i en grupp har samma rökstoppsdag. Första veckan efter rökstoppet träffas gruppen två gånger, och sedan en gång i veckan och så glesar det ut. Täta uppföljningar anser dock både Aleksandar och patienterna är viktigt, så han tar kontakt med patienterna 3, 4, 5, 6, 9 och 12 månader efter rökstopp. Det blir gärna ett grupptryck, på gott och ont. Exempelvis använde alla i första gruppen nikotinläkemedel, men ingen i den nuvarande gruppen. Två var emot nikotinläkemedel och fick de andra med sig. När det gäller receptbelagda läkemedel upplevs det som ett hinder för patienten att han eller hon måste träffa läkare. Generellt föreligger även en större risk för biverkningar, så nikotinläkemedel är enklare på många sätt.

Tobaksavvänjningen riktar sig till allmänpsykiatriska patienter och de diagnoser patienterna i tobaksavvänjningsgrupperna har haft är emotionellt instabil personlighet, bipolär sjukdom, anpassningsstörning, blandade ångest- och depressionstillstånd, dissociativt syndrom (ospecifierat), ADHD – men ej schizofreni/psykosjukdomar. Rekrytering sker genom att personalen på mottagningen kan skicka internremiss till Aleksandar. Han har informerat sina arbetskamrater på arbetsplatsträffar och genom mail

och satt upp anslag för patienterna på flera ställen på mottagningen. Alla bör ge enkla råd om rökning, fråga om patienten vill sluta och erbjuda honom eller henne tobaksavvänjning.

Aleksandar har även nyligen fått ett uppdrag att sammankalla och leda arbetet med att utveckla det förebyggande hälsoarbetet inom allmänpsykiatri. En grupp på åtta personer ska utarbeta mallar för kartläggning av livssituation och hälsa samt utveckla hur riktade åtgärder kan kopplas till kartläggningen, som FaR och AUDIT. Nu finns goda förhoppningar att kunna uppmärksamma behovet av och erbjuda åtgärder gällande levnadsvanor hos patienter med specialistpsykiatrisk sjukdom.

Källa: Aleksandar Drazic, Allmänpsykiatriska mottagningen Växjö, aleksandar.drazic@kronoberg.se 0470-586089.

Hälsomottagningen Södertälje för dem med särskilda svårigheter

Hälsomottagningen i Södertälje är en specialistmottagning för levnadsvanor och en av flera i Stockholms län. Upptagningsområdet är hela länet. 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 ospecifierad schizofreni

gick hos mig, för rökavvänjning efter en hjärtinfarkt, på remiss från vårdcentralen. Hon hade 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 köpte sedan inga egna cigaretter, men kunde ibland plocka fimpar och ta emot en cigarett om hon blev bjuden. Patienten fortsatte att komma en gång per månad för återfallsprevention under en längre tid, 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 stod 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 abstinensbesvär. 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. Efter drygt 1 år fimpade hon från cirka 5 cigaretter om dagen med hjälp av nikotinplåster. Jag träffade henne då ungefär en 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 bensodiazepiner 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 rädslor, 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 psykossjukdom, 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 hälsomottagning kan man få hjälp med alla dessa livsstilsfaktorer av ett team som samverkar kring patienten. Teamet består av läkare, dietist, kurator, psykolog, distriktssköterska, hälsopedagog. 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 kick, 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 Asperger, 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,
Hälsomottagningen Södertälje, ulla.ljung-lennartsson@sll.se,
08-123 671 42.



BILAGA 1

Definitioner av nikotinberoende och nikotinabstinens

DSM 5¹⁶, ett internationellt klassifikationssystem för psykiska störningar, betecknar tobaksberoende som en beroendesjukdom som orsakas av en psychoaktiv substans (substansberoende) (38). I ICD-10¹⁷, WHO:s internationella klassifikationssystem för sjukdomar, faller tobaksberoende och nikotinabstinens under rubriken Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av tobak, sjukdomskod F 17.2 respektive 17.3 (39).

Kriterierna för tobaksberoende enligt DSM-5

Ett problematiskt mönster av tobaksbruk som leder till kliniskt signifikant funktionsnedsättning eller lidande, vilket visar sig i minst två av följande under en 12-månadersperiod:

7. Tobak intas ofta i större mängd eller under en längre period än vad som avsågs.
8. Det finns en varaktig önskan om eller misslyckade försök att begränsa eller kontrollera tobaksbruket.
9. Mycket tid ägnas åt att försöka anskaffa eller använda tobak.
10. Nikotinsug, eller en stark önskan eller längtan efter att använda tobak.
11. Upprepat tobaksbruk vilket leder till att personen misslyckas med att fullgöra sina åligganden på arbetet, i skolan eller i hemmet (t.ex. stör arbetet).
12. Fortsatt tobaksbruk trots ständiga eller återkommande problem av social eller mellanmänsklig natur orsakade eller förvärrade av effekterna av tobak (t.ex. gräl med anledning av tobaksbruket).
13. Viktiga sociala aktiviteter, yrkes- eller fritidsaktiviteter, överges eller minskas på grund av tobaksbruket.
14. Upprepat tobaksbruk i situationer där det medför betydande risker för fysisk skada (t.ex. sängrökning).

15. Tobaksbruket fortgår trots vetskap om bestående eller återkommande fysiska eller psykiska besvär som sannolikt orsakats eller förvärrats av tobak.

16. Tolerans, definierat som endera av följande:

- (a) Ett behov av påtagligt ökad mängd av tobak för att uppnå önskad effekt.
- (b) Påtagligt minskad effekt vid fortsatt bruk av oförändrad mängd tobak.

17. Abstinens, vilket visar sig i endera av följande:

- (a) Ett abstinenssyndrom som är typiskt för tobak (se nedan).
- (b) Tobak (eller en liknande substans, såsom nikotin) används i syfte att lindra eller undvika abstinenssymtom.

Kriterierna för tobaksabstinens enligt DSM-5

- A. Personen har dagligen använt tobak under åtminstone flera veckors tid.
- B. Personen har abrupt upphört med eller minskat omfattningen av tobaksbruket, vilket inom 24 timmar åtföljts av minst fyra av följande tecken eller symtom.
 - Irritation, frustration eller argsinhet.
 - Ångest.
 - Koncentrationssvårigheter.
 - Ökad aptit.
 - Rastlöshet.
 - Nedstämdhet.
 - Sömnsvårigheter.

Tecknen eller symtomen orsakar kliniskt signifikant lidande eller försämrad funktion socialt, i arbete, eller inom andra viktiga funktionsområden.

16. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5 (38)

17. International Classification of Diseases ICD-10 (39)

BILAGA 2

Läkemedel för rökavvänjning

För snusavvänjning saknas ännu så länge tydlig evidens för att rekommendera läkemedel. Viss evidens finns för vareniklin och erfarenheten är att många har haft nytta av nikotinläkemedel för att lindra abstinensen.

Produkt	Dosering	Behandlings-period	Vanliga biverkningar (övrigt se FASS)	Positivt	Negativt	Övrigt
Nikotinplåster 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 sömnstörningar/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 tillvänningsrisk	Stillar inte det orala behovet.	Placera plåstret på ett nytt ställe varje dag.
Nikotintuggummi 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.	Sämré effekt vid kyla. Vanan med att föra något till munnen upprätthålls.	Är ett plastmunstycke som man suger på.
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.
Munhålepulver 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.			Preparatet är nytt och få erfarenheter finns ännu.

Tabellen fortsätter på nästa sida.

Produkt	Dosering	Behandlings-period	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-behandlings-slut: 1 mg x 2	12 veckor. En extra 12 veckors-behandling med 1 mg x 2 kan övervägas.	Illamående, sömnstörning och förändrade drömmar.	Minskar lusten att röka. Bör tas tillsammans med mat. Påverkar inte cytokrom P450. Ingen känd interaktion med andra läkemedel. <i>Viss evidens finns för att läkemedlet kan användas vid snus-avvänjning.</i>	Biverkan illamående. Behandlingen ska avbrytas om agitation, nedstämdhet eller förändringar av patientens beteende av betydelse observeras (se FASS). Uppföljning viktigt Har ett biverkningspektrum som man ska ha i åtanke om man förskriver det till psykiskt sköra personer (se sid. 16–17).	Receptbelagt <i>Andrahandsmedel.</i> Ingår i högkostnads-skyddet om det ges tillsammans med motiverande stöd.
Bupropion (Zyban, Bupropion Paranova) 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	Insomningsproblem, illamående och muntorrhet. Det finns även rapporter om krampor.	Minskar lusten att röka. Om full dos ger biverkan kan enbart morgondos ge tillräcklig behandlingseffekt.	För att minska sömnproblem ta inte kväldsdosen för sent. Uppföljning viktigt Har ett biverkningspektrum som man ska ha i åtanke om man förskriver det till psykiskt sköra personer (se sid. 16–17).	Receptbelagt <i>Andrahandsmedel.</i> Ingår i högkostnads-skyddet om det ges tillsammans med motiverande stöd.

Sluta röka och snusa – gör så här

Det viktigaste för att lyckas är motivationen. Varför vill du sluta? Vad vill du vinna? Vill du bli friskare, fräschare och lugnare? Eller vill du ha pengarna till annat? Slutar du med tobak får du allt detta och mycket mer.

Förbered dig och planera

1. Halva framgången ligger i att planera sitt tobaksstopp. Om du bestämmer dig idag för ett stopp-datum 1–4 veckor fram i tiden har du större chanser att klara det.
2. Använd förberedelse tiden till att bryta vanor. Rök bara utomhus eller på en särskild rökplats inne. Du som snusar kan prova att låta munnen vara tom ibland. Om du använder lös-snus kan du byta till pås-snus. Fundera ut allt som kan hjälpa dig att lyckas.
3. Om du röker mer än ett paket cigaretter eller snusar mer än en dosa per dag är det bra att trappa ner lite innan du slutar. Sedan slutar du helt på stoppdagen.

På stoppdagen – sluta helt!

1. Kasta allt som påminner om tobak. Ta inte ett enda bloss/en enda snusprilla.
2. Alla besvär du kan uppleva efter rök/snusstoppet går över bara du håller ut. Det vanligaste är att känna sig på dåligt humör, rastlös, orolig och okoncentrerad. Du kan tycka att allt känns trist under en tid. Besvären är normala, och tecken på att kroppen håller på och reparerar sig.
3. De första veckorna efter tobaksstoppet är det viktigt att äta ordentligt för att må så bra som möjligt – tre mål mat och mellanmål. Men tänk på vad du äter om du är rädd att gå upp i vikt. Drick mer vatten än vanligt – vid nikotinsug hjälper ett glas. Rör på dig så mycket du kan.

Det finns hjälp att få

1. Läkemedel lindrar abstinensbesvär och nikotinsug och ökar chansen att lyckas sluta. Nikotinläkemedel finns som plåster, tuggummi, tablett, spray, munpulver och inhalator. Det är viktigt att följa bruksanvisningen och 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-Röka-Linjen 020-84 00 00, www.slutarokalinjen.org.
3. Behöver du personlig tobaksavvänjning, fråga i på din vård- eller hälsocentral.

Till dig som är psykiskt skör

1. Även om du är psykiskt skör eller har en psykisk sjukdom kan du sluta röka och snusa. 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 de första veckorna kan naturligtvis vara jobbiga, och du kan behöva be om extra stöd.
2. Det är viktigt att prova ut ett bra läkemedel för tobaksavvänjning. En bra kombination är att ha nikotinplåster som bas och ta t.ex. nikotintuggummi, tablett eller inhalator som tillägg vid behov.
3. Dosen av vissa mediciner kan ofta sänkas när man 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.



Rökstopp när du förändrar dina alkoholvanor

Forskning visar att om du slutar röka samtidigt som du förändrar dina alkoholvanor har du större chans att lyckas!

Det är egentligen logiskt eftersom alkohol och nikotin är starkt förknippade med varandra rent biokemiskt, bl.a. påverkar de samma belöningscentrum i hjärnan och tycks förstärka varandras positiva effekter och mildra varandras negativa effekter. Om du har rökt väldigt mycket i samband med alkoholkonsumtion så kan blotta åsynen av en cigarett utlösa ett alkoholsug.

Så varför inte passa på att sluta röka samtidigt som du förändrar dina alkoholvanor?

Du tänker förändra dina alkoholvanor! Då har du större chans att lyckas om du samtidigt slutar röka. Det finns några enkla tips och råd som kan underlätta för dig.

Om du vill sluta röka kan du göra så här:

1. Fimpa gärna när du går till sängs på kvällen innan rökstoppsdagen (= samma dag som du bestämt dig för att förändra dina alkoholvanor). Kasta allt som har att göra med rökningen, tändare, askfat m.m.
2. Det är inte säkert att du får nikotinabstinens - alla får inte det. För att förebygga abstinens använd gärna nikotinläkemedel som finns att köpa receptfritt på apoteket. Den bästa kombinationen är att ha ett 16-timmars-plåster och att ta t.ex. tuggummi, tablett eller munspray när du behöver något extra. Nikotinläkemedel lindrar abstinensbesvär – som rastlöshet, okoncentration, nedstämdhet och dåligt humör – och ökar chansen att lyckas. Nikotinabstinens brukar klinga av inom ett par veckor.

3. Tänk i förväg ut några röksugsknep som passar dig. Blir det riktigt besvärligt, ta dig till ett ställe där du aldrig rökt, till exempel träningslokalen, bion, duschen eller sängen!
4. Ät ordentligt och regelbundet den första tiden. Att känna sug efter mat är vanligt efter ett rökstopp och kan förväxlas med både rök- och alkoholsug.
5. Det är bra att vara fysiskt aktiv och röra på sig mer än vanligt.
6. Tänk i förväg ut vilka situationer som kan utlösa rök-begär. För varje situation, tänk igenom vad du kan göra för att komma undan eller hantera begäret. Suget är ofta som en rullande våg, det kommer – når en topp – och klingar av, vanligtvis inom en kort stund. Om du hittar sätt att "rida på vågen" så går den snabbt över.
7. Mer stöd och hjälp:
 - Kostnadsfri hjälp per telefon av specialutbildad personal för att sluta röka och snusa finns på Sluta-Röka-Linjen 020-84 00 00, www.slutarokalinjen.org.
 - Två app:ar för rökavvänjning är Rökfri (se 1177.se) och Fimpaaa! (se umo.se)
 - Läs mer om tobaksavvänjning på www.psykologermottobak.org

BILAGA 5

Rekommenderad tobakspolicy

Tobakspolicy diskuteras även på sid. 24–27.

Personalens tobaksvanor, avvänjningsstöd och kompetens

För personal gäller att

- rökning (alternativt även 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
- nattpersonal som röker och som ej kan lämna arbetsplatsen under ett arbetspass erbjuds nikotinläkemedel
- tobaksfritt patientmöte tillämpas, dvs. att rökning eller 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 ej köpa tobak till patienter/klienter.

Patientens tobaksbehov är en omvårdnadsfråga

- Alla patienter/klienter bör tillfrågas om tobaksvanor och informeras om vilka regler som gäller för tobaksbruk på enheten.
- Alla patienter/klienter bör rekommenderas sluta med tobak.
- Alla patienter/klienter bör rutinmässigt få enkla råd om tobak och erbjudas tobaksavvänjning.
- Det bör finnas personal som är särskilt utbildad och kan erbjuda tobaksavvänjning.

- Vårdenheter som ej har egen tobaksavvänjare bör kunna remittera/hänvisa patienterna till tobaksavvänjning.
- Patienter/klienter som kan gå ut bör hänvisas till att röka på särskilt anvisad plats utomhus.
- Patienter i slutenvård bör utan kostnad få läkemedel för tobaksavvänjning efter behov.
- Rökrum bör avvecklas, och patienter/klienter som inte kan gå ut bör få nikotinläkemedel generöst.
- Rökrum som eventuellt finns kvar under en övergångstid bör vara stängda nattetid.

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 krav 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).

BILAGA 6

Telefonrådgivning, webbplatser, material, utbildning, handledning

Telefonrådgivning och handledning

Sluta-Röka-Linjen 020-84 00 00, www.slutarokalinjen.se.

Ger råd och stöd kostnadsfritt till dem som vill sluta röka eller snusa samt handledning till professionella som vill stödja andra. Visitkort med ställ samt små affischer med Sluta-Röka-Linjens logga och telefonnummer att sätta upp i väntrum exempelvis kan beställas kostnadsfritt via <http://slutarokalinjen.se/broschyrer/>. Där kan man också utan kostnad ladda ner de fem olika broschyrer som beskriver rökstoppets olika faser.

Apoteket ger råd om läkemedel på 0771-450 450.

Webbplatser

www.folkhalsomyndigheten.se – Folkhälsomyndighetens webbplats. Material, statistik och samordnare för tobaksprevention inom landsting och länsstyrelser.

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

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

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

App:ar

Rökfri – Internetprogram och app för att sluta röka, se rokfri.1177.se

Fimpaaa! – Sluta-röka-app för ungdomar, se umo.se

Utbildning

Psykologer mot Tobak, Läkare mot Tobak, Sjuksköterskor mot Tobak och Tandvård mot Tobak hjälper till att anordna föredrag och utbildningar.

Kontakt: info@ymtkansli.org; www.tobaccoorhealthsweden.org

Material, kunskapssammanställningar, böcker

Allt material finns även på www.psykologermottobak.org

Denna manual kan beställas från Yrkesföreningar mot Tobaks kansli, info@ymtkansli.org eller laddas ner från hemsidan ovan.

Självhjälpsfolder: Bli fri från cigaretter och snus (för vuxna), Några råd till dig som är ung och bestämt dig för att sluta röka och snusa (för ungdomar). Folkhälsomyndigheten.

Enkla råd om tobak. 2013. En utbildningsfilm och folder från Socialstyrelsen. Kan laddas ner från Socialstyrelsens hemsida.

Rådgivning om tobak. 2011. Informationsfolder från Folkhälsomyndigheten.

Holm Ivarsson B. *Fimpa dig fri*. En enkel självhjälpsbok för att sluta röka och snusa. Reviderad 2014. Gothia Fortbildning.

Vägen till ett tobaksfritt liv. Ett enkelt självhjälpshäfte. Reviderat 2014. Läkare mot Tobak. Yrkesföreningar mot Tobaks kansli.

Information på invandarspråk. Se www.psykologermottobak.org

Holm Ivarsson B. *MI Motiverande samtal. Praktisk handbok för hälso- och sjukvården*. 2 uppl. 2013. Gothia Fortbildning

Holm Ivarsson B, Ortiz, L & Wirbing P. *MI Motiverande samtal. Praktisk handbok i socialt arbete*. 2 uppl. 2013. Gothia Fortbildning.

Holm Ivarsson B, Hjalmarson A & Pantzar M. *Stödja patienter att sluta röka och snusa*. En lärobok i tobaksavvänjning. 2012. Studentlitteratur.

Pantzar, M. *Tobaksfritt liv. Funderat på att sluta? En självhjälpbok*. Till boken finns en handledning för professionella. Reviderad 2011. Liber förlag.

Holm Ivarsson B. *Sluta röka och snusa på 4 veckor*. En självhjälpbok för att sluta röka och snusa. 2008. Bonnier Fakta.

Holm Ivarsson B. *Sjukdomsförebyggande metoder. Samtal om levnadsvanor i vården*. En lärobok som bl.a. innehåller en utbildningsfilm i rökavvänjning. 2014. Natur & Kultur.

Referenser

1. Statens folkhälsoinstitut. (2009) *Tobakskonventionen – världens första folkhälsokonvention och hur den kan stimulera det tobaksförebyggande arbetet i Sverige*. Rapport 2009:04. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.
2. Folkhälsomyndigheten. *Nationella folkhälsoenkäten: hälsa på lika villkor*.
3. SCB.2003. Funktionshindrade 1988–1999. Hämtat 2010-10-04 från http://www.scb.se/Pages/PublishingCalendarViewInfo_____259923.aspx?PublObjId=1836
4. 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.
5. 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.
6. 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.
7. A. Philipsson, Landstinget Gävleborg, personlig kommunikation 2010-11-01.
8. Urban Osby, Karolinska Institutet, personlig kommunikation 2013-05-24.
9. Socialstyrelsen (2014). *Registeruppgifter om tobaksrökningens skadeverkningar*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtat 2014-03-01 från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2014/2014-3-4>.
10. Lindén K, Sandin A-S. *Brandsäkerhetsinformation från räddningstjänsten till allmänheten – en väg till färre antal bostadsbränder*. D-uppsats. Luleå Tekniska Universitet 2009.
11. Statens folkhälsoinstitut. (2009) *Tobak och avvänjning*. Rapport 2009:17. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.
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. Wahlbeck K, Westman J, Nordentoft M, Gissler M, Laursen TM. Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders. *Br J Psychiatry*. 2011 Dec;199(6):453–8. doi: 10.1192/bjp.bp.110.085100. Epub 2011 May 18
15. Laursen TM, Wahlbeck K, Hällgren J, Westman J, Ösby U et al. Life Expectancy and Death by Diseases of the Circulatory System in Patients with Bipolar Disorder or Schizophrenia in the Nordic Countries. *PLoS One*. 2013; 8(6): e67133. Published online 2013 Jun 24. doi: 10.1371/journal.pone.0067133
16. Socialstyrelsen. (2011) *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder. Tobak, alkohol, fysisk aktivitet och matvanor – stöd för styrning och ledning*. 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. 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.
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. Royal College of Physicians. (2013) *Smoking and Mental Health*. London: RCP.
23. 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.
24. 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.
25. Parrott A. C. Nesbitt's Paradox resolved? Stress and arousal modulation during cigarette smoking. *Addiction*. 1998 Jan;93(1), 27–39.
26. Taylor, G., McNeill, A., Girling, A. et al. (2014). Change in mental health after smoking cessation: systematic review and meta-analysis. *BMJ*, febr., 13, 348:g1151. doi: 10.1136/bmj.g1151.
27. West R, Brown J, shahab L, Pophrel S & Owen L. (2015) How much improvement in mental health can be expected when people stop smoking? Findings from a national survey. *Smoking in Britain*. University College London.
28. Hajek P, Taylor T, McRobbie H. The effect of stopping smoking on perceived stress levels. *Addiction*. 2010 Aug;105(8):1466–71.
29. 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.
30. Rütther T, Bobes J, De Hert M, Svensson TH, Mann K, Batra A, Gorwood P, Möller HJ; European Psychiatric Association. EPA guidance on tobacco dependence and strategies for smoking cessation in people with mental illness. *Eur Psychiatry*. 2014 Feb;29(2):65–82. doi: 10.1016/j.eurpsy.2013.11.002. Epub 2014 Jan 30.
31. Statens folkhälsoinstitut. (2010) *Tobaksfritt Arbetsliv*. Rapport 2010:17. Östersund: Statens folkhälsoinstitut
32. Socialstyrelsen. (2010) *Inkomster och utgifter för vissa personer 20–64 år med funktionsnedsättningar – Specialbearbetning av SCB:s undersökning HEK*. www.socialstyrelsen.se
33. 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.
34. McRobbie H, Bullen C, Hartmann-Boyce J, Hajek P. Electronic cigarettes for smoking cessation and reduction. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;12:CD010216. doi: 10.1002/14651858.CD010216.pub2. Epub 2014 Dec 17.
35. Glantz S. Meta-analysis of all available population studies continues to show smokers who use e-cigs less likely to quit smoking, 15 Mar 2015. <http://tobacco.ucsf.edu/metaanalysis-all-available-population-studies-continues-show-smokers-who-use-e-cigs-less-likely-quit-smoking>.
36. Grana R, Benowitz N, Glantz SA: E-cigarettes: a scientific review. *Circulation* 2014, 129:1972–1986.
37. Prochaska JJ. Quitting smoking is associated with long term improvements in mood. *BMJ*. 2014 Feb 17;348:g1562. doi: 10.1136/bmj.g1562.
38. American Psychiatric Association 2013. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*. 5th Edition. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013.
39. World Health Organization 2003. *International Classification of Diseases*. 10th Edition. WHO, 2003.
40. Fagerström K. Determinants of tobacco use and renaming the FTND to the Fagerstrom Test for Cigarette Dependence. *Nicotine Tob Res*. 2012;14(1):75–78.
41. 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_scenihhr/docs/scenihhr_o_013.pdf
42. Statens folkhälsoinstitut. (2010) *På väg mot ett tobaksfritt landsting*. R 2010:02. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.
43. Hämtat 2015-05-31 från www.tobaksfakta.org
44. 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.
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. Folkesundhed København. (2010) *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.

47. Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing. Preparing people for change*. 3 uppl. The Guilford Press; 2012. Svensk översättning: *Motiverande Samtal*. Natur och Kultur. 2013.
48. 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.
49. Lai DT, Cahill K, Qin Y, Tang JL. Motivational interviewing for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010 Jan 20;(1):CD006936. doi: 10.1002/14651858.CD006936.pub2.
50. Holm Ivarsson B, Hjalmarson A & Pantzar M. (2012). *Stödja patienter att sluta röka och snusa. En lärobok*. Lund: Studentlitteratur.
51. Wallström M, Bolinder G, Hasséus 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.
52. 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
53. Läkemedelsverket. (2000). *Läkemedelsmonografi Zyban*. Stockholm:Läkemedelsverket.
54. Läkemedelsverket. (2006). *Läkemedelsmonografi Champix*. Stockholm:Läkemedelsverket.
55. 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.
56. 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.
57. 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.
58. 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.
59. 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.
60. Fagerström K, Gilljam H, Metcalfe M, Tonstad S, Mes-sig M. Stopping smokeless tobacco with varenicline: randomised double blind placebo controlled trial. *BMJ*. 2010 Dec 6;341:c6549. doi: 10.1136/bmj.c6549.
61. 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.
62. Schmølker L. (2005). *En litteraturgennemgang af undersøgelser af langtidsbrug af nikotinsubstitution. A review of the evidence for long-term use of nicotine replacement therapy (NRT)*. Köpen-hamn: Det sundhedsvidenskabelige fakultet. Køben-havns universitet.
63. 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.
64. van der Meer RM, Willemsen MC, Smit F, Cuijpers P. Smoking cessation interventions for smokers with current or past depression. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Aug 21;8:CD006102. doi: 10.1002/14651858.CD006102.pub2.
65. 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.
66. Tonstad S & Els C. Varenicline: Smoking Cessation in Patients with Medical and Psychiatric Comorbidity. *Clinical Medicine Insights: Therapeutics* 2010;2 681-695.
67. 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.
68. Harrison-Woolrych M. Mental health effects of varenicline. *BMJ*. 2015 Mar 17;350:h1168. doi: 10.1136/bmj.h1168.
69. Molero Y, Lichtenstein P, Zetterqvist J, Gumpert CH, Fazel S. Varenicline and risk of psychiatric conditions, suicidal behaviour, criminal offending, and transport accidents and offences: population based cohort study. *BMJ*. 2015 Jun 2;350:h2388. doi: 10.1136/bmj.h2388.
70. Socialstyrelsen. Hämtat 2015-05-31 från <http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2013-1>
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 alcoholnicotine 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. Norberg M, Malmberg G, Ng N, Broström G. (2015). Use of moist smokeless tobacco (snus) and the risk of development of alcohol dependence: A cohort study in a middle-aged population in Sweden. *Drug Alcohol Depend.* 2015 Feb 9. pii: S0376-8716(15)00077-0. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2015.01.042. [Epub ahead of print]
75. Hurt RD, Offord KP, Croghan IT, Gomez-Dahl L, Kottke TE, Morse RM, et al. Mortality following inpatient addictions treatment. Role of tobacco use in a community-based cohort. *JAMA* 1996;275(14):1097-103.
76. Apollonio D, Philipps RLB. Interventions for tobacco use cessation in people in treatment for or recovery from substance abuse. *Cochrane Database Syst Rev* 2012.
77. Hughes JR, Kalman D. Do smokers with alcohol problems have more difficulty quitting? *Drug Alcohol Depend.* 2006 Apr 28;82(2):91-102..
78. 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.
79. Nieva G, Ortega LL, Mondon S, Ballbè M, Gual A. Simultaneous versus delayed treatment of tobacco dependence in alcohol-dependent outpatients. *Eur Addict Res.* 2011;17(1):1-9. doi: 10.1159/000321256. Epub 2010 Sep 25.
80. Tsoh JY, Chi FW, Mertens JR, Weisner CM. Stopping smoking during first year of substance use treatment predicted 9-year alcohol and drug treatment outcomes. *Drug Alcohol Depend.* 2011 Apr 1;114(2-3):110-8. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2010.09.008. Epub 2010 Nov 2.
81. 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.
82. Heffner JL et al. Predicting alcohol misuser's readiness and ability to quit smoking: A critical review. *Alcohol & Alcoholism.* 2007. 42(3); 186-95.
83. Lemon SC, Friedmann PD, Stein MD. The impact of smoking cessation on drug abuse treatment outcome. *Addict Behav.* 2003 Sep;28(7):1323-31.
84. 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.
85. 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.
86. Banham L, Gilbody S. Smoking cessation in severe mental illness: what works? *Addiction.* 2010 Jul;105(7):1176-89.
87. Prochaska JJ. Quitting smoking is associated with long term improvements in mood. *BMJ.* 2014 Feb 17;348:g1562. doi: 10.1136/bmj.g1562.
88. 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.
89. 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
90. Ziedonis DM, Williams JM. Management of Smoking in People With Psychiatric Disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2003; 16(3):305-315.
91. 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.
92. Prochaska JJ, Hall SE, Delucchi K, Hall SM. Efficacy of initiating tobacco dependence treatment in inpatient psychiatry: a randomized controlled trial. *Am J Public Health.* 2014 Aug;104(8):1557-65. doi: 10.2105/AJPH.2013.301403. Epub 2013 Aug 15.
93. 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.
94. 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.

95. 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.
96. 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.
97. West R, Hajek P. What happens to anxiety levels on giving up smoking? *Am J Psychiatry.* 1997; 154: 1589-
98. 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.
99. 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.
100. 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.
101. Kisely S, Campbell LA. Use of Smoking Cessation Therapies in Individuals with Psychiatric Illness. *CNS Drugs.* 2008. 22(4):263-73.
102. 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.
103. 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.
104. van der Meer RM, Willemsen MC, Smit F, Cuijpers P. Smoking cessation interventions for smokers with current or past depression. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013 Aug 21;8:CD006102. doi: 10.1002/14651858.CD006102.pub2.
105. Hughes JR. Depression during tobacco abstinence. *Nicotine Tob Res.* 2007 Apr;9(4):443-6. Review.
106. 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.
107. 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.
108. Berlin I, Chen H, Covey LS. Depressive mood, suicide ideation and anxiety in smokers who do and smokers who do not manage to stop smoking after a target quit day. *Addiction.* 2010 Dec;105(12):2209-16. doi: 10.1111/j.1360-0443.2010.03109.x. Epub 2010 Sep 15
109. 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.
110. 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.
111. 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.
112. 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.
113. Prochaska RM, Ihsna N, Thompson D. A comparison of smoking behaviours between patients treated with clozapine and depot neuroleptics. *Int Clin Psychopharmacol.* 2001; 16:291-294.
114. 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.

115. 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.
116. 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.
117. Lowe EJ, Ackman ML. Impact of tobacco smoking cessation on stable clozapine or olanzapine treatment. *Ann Pharmacother*. 2010 Apr;44(4):727-32. doi: 10.1345/aph.1M398. Epub 2010 Mar 16
118. N. Jessen. Klinisk Farmakologisk Enhed, Århus Universitetshospital, personlig kommunikation 2009-12-14.
119. Meyer JM. Individual changes in clozapine levels after smoking cessation: results and a predictive model. *J Clin Psychopharmacol*. 2001 Dec;21(6):569-74.
120. 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.
121. 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.
122. 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.
123. 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.
124. Hitchen L. Psychiatric patients less violent when smoking restricted. *BMJ*. 2008 Jul 8;337:a735. doi: 10.1136/bmj.a735.
125. R. Stenvall, Skellefteå psykiatri, Landstinget Västerbotten, personlig kommunikation 2011-01-12.
126. M. Wihlborg, Statens institutionsstyrelse, personlig kommunikation, 2010-11-01.
127. A-C. Älgevik och Kristina Molin, Kriminalvården, personlig kommunikation, 2010-11-02 samt 2015-06-17.
128. 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.
129. 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.

BILAGA 8

Personer och organisationer som medverkat i skriften

DENNA KUNSKAPSSAMMANSTÄLLNING har skrivits av **Barbro Holm Ivarsson**, konsult och Psykologer mot Tobak, barbro.holm-ivarsson@telia.com, 0734-408451, www.psykologermottobak.org.

FÖLJANDE PERSONER inom Yrkesföreningar mot Tobak har gett värdefulla bidrag och synpunkter.

Natasha Anderberg, Avonova Hälsa, samt Psykologer mot Tobak (1 uppl.).

Hans Gilljam, Karolinska Institutet samt Läkare mot Tobak (1 och 2 uppl.).

Agneta Hjalmarson, konsult, samt Psykologer mot Tobak (1 och 2 uppl.).

Matz Larsson, Tobakspreventiva enheten, Universitets-sjukhuset Örebro, samt Läkare mot Tobak (1 uppl.).

Ulla Lennartsson, Hälsmottagningen Södertälje, Stockholms Läns Landsting samt Sjuksköterskor mot Tobak (1 uppl.).

Lena Lundh, Akademiskt Primärvårdscentrum, Stockholms Läns Landsting samt Sjuksköterskor mot Tobak (1 och 2 uppl.).

Margareta Pantzar, konsult, samt Psykologer mot Tobak (1:a uppl.).

Ann Post, Stockholms Läns Landsting samt Sjuksköterskor mot Tobak (1 uppl.).

Lena Sjöberg, Folkvandvården Hageby, samt Tandvård mot Tobak (1 uppl.).

Katarina Törnqvist, psykiatriska öppenvårdsavdelningen, Rosenlunds Sjukhus och Sjuksköterskor mot Tobak (1 uppl.).

ETT SÄRSKILT STORT tack riktas till

Ingela Heimann, psykiater, medicinsk rådgivare samt projekt-ansvarig Utvecklingsplan Psykiatri, Regionkansliet Västra Götaland, för värdefulla synpunkter på första upplagan av skriften,

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" samt

Pia Røjdeby, brukarinflytande-samordnare i psykiatrin, Landstinget i Uppsala län, för viktiga synpunkter till kapitlet om tobakspolicy.

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

DENNA KUNSKAPSSAMMANSTÄLLNING har producerats med bidrag från Folkhälsomyndigheten.

SLUTA-RÖKA-LINJEN



RING 020-84 00 00
www.slutarokalinjen.org

Bland personer med psykisk sjukdom, alkoholberoende 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. Rökstopp har en mängd positiva effekter. Personer - såväl med som utan psykisk sjukdom - som slutar röka rapporterar minskad depressivitet, ångest och stress, mer positiva känslor, radikalt bättre ekonomi och signifikant ökad livskvalitet.

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 människor att sluta med tobak. Samtidigt är det viktigt att varje vårdenhet har en genomtänkt och väl känd tobakspolicy. Inriktningen bör vara att skapa en hälsofrämjande miljö som stödjer människor att bli fria från tobak och skyddar dem som inte använder tobak.

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

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

Telefon: 08-669 81 58

E-post: info@ymtkansli.org

Webbsidor: www.tobaccoorhealthsweden.org,
www.psykologermottobak.org, www.doctorsagainsttobacco.org,
www.sjukskoterskormottobak.se, www.tandvardmottobak.org



**LÄKARE
mot
TOBAK**

