



Statens
folkhälsoinstitut

Tobak och avvänjning

En faktskrift om tobakens skadeverkningar
och behovet av tobaksavvänjning

Tobak och avvänjning

En faktskrift om tobakens skadeverkningar
och behovet av tobaksavvänjning

FAKTAINSAMLING OCH MANUS: BARBRO HOLM IVARSSON, KONSULT, I SAMARBETE
MED CECILIA BIRGERSSON, STATENS FOLKHÄLSOINSTITUT.
I REDAKTIONSGRUPPEN: HANS GILLJAM, KAROLINSKA INSTITUTET, STOCKHOLM,
ÅSA LUNDQUIST OCH MARGARETHA HAGLUND, STATENS FOLKHÄLSOINSTITUT SAMT
GÖRAN BOËTHIUS, LÄKARE MOT TOBAK.
VI TACKAR ÄVEN MATHIAS JANSSON OCH MARGARETA PANTZAR, STATENS
FOLKHÄLSOINSTITUT, SAMT PAUL NORDGREN, KONSULT, FÖR VÄRDEFULLA BIDRAG.

© STATENS FOLKHÄLSOINSTITUT, ÖSTERSUND 2009, R 2009:17

REVIDERAD UPPLAGA 2009

ISSN:1651-8624

ISBN: 978-91-7257-654-4

FÖRFATTARE: BARBRO HOLM-IVARSSON

OMSLAGSFOTO: SANDRA PETTERSSON/FOTOGRAFTINA.SE

FOTO INLAGA: SANDRA PETTERSSON/FOTOGRAFTINA.SE (SID 15, 30, 36, 42, 52, 58, 64),

NETTAN OLIW (SID 74), © JENNY GAULITZ/JOHNÉR (SID 4).

GRAFISK PRODUKTION: SYRE

TRYCK: LENANDERS GRAFISKA, 2009

Innehåll

5	Förord	
6	Sammanfattning	
8	Summary	
11	1. Tobaksbruket och dess utveckling	
	Rökning	11
	Snus	12
	Blandbruk och totalt tobaksbruk	12
	Utvecklingstrender	13
17	2. Rökningen orsakar ohälsa och sjukdom	
	Hur farlig är rökningen?	17
	Hälsoförluster och sjukdomsbörda till följd av rökning	27
	Hälsovinster efter rökstopp	28
31	3. Samhällets kostnader för rökningen	
	Kostnader för tobaksrökningens medicinska skadeverkningar	31
	Vilka utgifter i de sociala trygghetssystemen förorsakar rökningen och vem betalar?	33
	Arbetskraftskostnader	34
	Privatekonomiska konsekvenser	35
37	4. Snusbruket och dess skadeeffekter	
	Snusbruket	37
	Vad är snus?	38
	Hälsoförluster av snus	38
	Snus och harm reduction-argumentet	40
43	5. Det breda och långsiktiga tobaksförebyggande arbetet	
	WHO:s ramkonvention om tobakskontroll	44
	Det svenska tobakspreventiva arbetet	45
	Vad satsas i dag på att minska tobaksbruket?	48
	Tobaksprevention i andra länder	50
53	6. Många vill sluta och behöver stöd	
	Svårt att bryta tobaksberoendet	54
	Rökarens kunskaper om rökningens faror	55
	Vårdpersonal viktig för att motivera	56

59	7. Utbudet av rådgivning och tobaksavvänjning	
	Tillgång till behandling av utbildade tobaksavvänjare	59
	Vårdpersonalens kunskaper och attityder	61
	Hinder för att arbeta med tobaksrådgivning	63
65	8. Metoder för rådgivning och avvänjning	
	Vården har goda möjligheter att hjälpa	65
	Olika rådgivnings- och avvänjningsmetoder	66
	Kostnadseffektivitet	72
75	9. Hur kan man organisera en effektiv tobaksavvänjning?	
	Styrformer och incitamentsystem	75
	Framgångsfaktorer för arbetet	77
	Arenor för rådgivning om tobak och avvänjning	80
	Förslag till hur landstinget kan organisera tobaksavvänjning	86
	Tobaksfri hälso- och sjukvård	88
	Tobaksavvänjning för landstingets egen personal	90
	Rekommendationer	92
93	Bilaga 1. Tobaksvanor och statistik	
102	Bilaga 2. Definitioner av nikotinberoende och nikotinabstinens	
103	Bilaga 3. Tillgången till tobaksavvänjning 2009	
104	Bilaga 4. Gör dina egna beräkningar – befolkningens tobaksbruk	
106	Bilaga 5. Gör dina egna beräkningar – anställdas rökning	
108	Bilaga 6. Kunskapssammanställningar, material, telefonstöd och webbsidor	
112	Referenser	

Förord

DET ÖVERGRIPANDE MÅLET för folkhälsoarbetet är att skapa förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen oberoende av geografisk hemvist, etnisk bakgrund, utbildningsnivå, ålder eller kön. Tobaksbruket utgör ett av de största folkhälsoproblemen. År 2009 rökte eller snusade en tredjedel av alla vuxna i vårt land och 2008 rökte nästan var tredje ungdom redan i årskurs nio. Rökningen dödar tusentals människor per år, skadar hundratusentals och kostar samhället 30 miljarder om året. Rökningen bidrar samtidigt till de stora sociala skillnader i dödlighet vi har i Sverige mellan olika grupper. Detta manifesteras i betydligt högre dödlighet på grund av orsaker som hade kunnat påverkas genom förebyggande eller behandlande insatser. Välutbildade och högavlönade grupper har tagit till sig informationen om tobakens risker och minskat sin rökning. I dag är det de människor som har det sämst ekonomiskt, har kortast utbildning och i övrigt lever under pressade förhållanden som röker mest. Hälso- och sjukvården har haft svårt att nå dessa grupper med adekvat rökavvänjningsstöd. I propositionen *En förnyad folkhälsopolitik 2008* framhåller regeringen att det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande perspektivet bör stärkas i hela hälso- och sjukvården och man vill ha en ”kraftsamling för rökavvänjning”. Samtidigt är det viktigt med en ökad samordning av det folkhälsoarbete mot olika riskfaktorer för ohälsa som riktas mot en viss målgrupp. Tobaksbruket kan enbart minskas effektivt med hjälp av breda åtgärdsprogram som omfattar många olika aktörer. Insatser behövs inom fler målområden än enbart mål 11 (alkohol, narkotika, dopning, tobak och spel). Både målområde 6 (en hälsofrämjande hälso- och sjukvård) och målområde 3 (barns och ungas uppväxtvillkor) bör därför inkludera åtgärder för att minska tobaksbruket. De mål för tobaksarbetet som regeringen har satt till 2014 är högt satta och kräver stora insatser. I denna skrift hävdas att det återstår mycket arbete innan vi kan säga att hälso- och sjukvården arbetar effektivt och evidensbaserat med rådgivning och behandling på tobaksområdet. Det är vår förhoppning att kunskapssammanställningen ska leda till utveckling och intensifierade insatser i landstingen och regionerna, samt inom många i dag outnyttjade arenor för rådgivning om tobak som psykiatrin, de kommunala omsorgerna och socialtjänsten.

Östersund, december 2009

Sarah Wamala

GENERALDIREKTÖR

Sammanfattning

TOBAKSBRUKET ÄR DEN ENSKILDA faktor som svarar för den största andelen av sjukdomsburden i vårt land och som varje år orsakar minst 6 600 människors förtida dödsfall, främst i hjärt-kärlsjukdom, cancer och lungsjukdomar. Denna skrift har huvudfokus på landstingens och regionernas (benämns fortsättningsvis landsting) arbete med tobaksprevention och i synnerhet med tobaksavvänjning. Tobaksavvänjning är en nyckelfaktor i det tobakspreventiva arbetet eftersom de flesta förtida dödsfall inom överskådlig tid kommer att inträffa bland redan etablerade rökare, som genom att sluta även kan vara goda förebilder för kommande generationer. Undersökningar från 2009 visar att mellan 56 och 73 procent av vårdcentralerna erbjuder tobaksavvänjning, men i allmänhet med mycket låg intensitet. Sexton av 21 landsting anser sig inte ha adekvata resurser för tobaksavvänjning. Samtidigt tillhör Sverige den majoritet av länder i världen som enligt *WHO:s ramkonvention om tobakskontroll* förbundit sig att aktivt erbjuda tobaksavvänjning och förhindra tobaksdebut. Mycket återstår att utveckla inom det förebyggande arbetet, och vi är långt från att nå de nationella delmål för tobaksprevention som satts upp av regeringen till 2014.

Av denna rapport framgår att det finns kända metoder för rökavvänjning som är kostnadseffektiva, lätta att lära, enkla att implementera i hälso- och sjukvården och som kan tiodubbla effekten jämfört med de arbetssätt som är vanliga i dag. Den vetenskapliga litteraturen visar att rökavvänjning, oavsett metod, är kostnadseffektiv. Metoderna kan tillämpas även på snusavvänjning. Målet är att minska tobaksbruket som helhet. Tobaksavvänjning av god kvalitet kan utan stora investeringar etableras i landsting och regioner. En förutsättning är att styrformer, avtal och ersättningssystem utformas så att de understödjer det tobaksförebyggande arbetet. Kostnaderna för sjukvård, sjukfrånvaro och produktionsbortfall på grund av rökrelaterade sjukdomar, som beräknas uppgå till 30 miljarder kronor per år, skulle därmed radikalt kunna sänkas.

Politiker, beslutsfattare och verksamhetschefer i landstingen behöver skapa ett tydligt åtgärdsprogram som omfattar

- att hälso- och sjukvårdspersonal rutinmässigt frågar om tobaksvanor och journalför svaren
- att hälso- och sjukvårdspersonal inom all verksamhet rutinmässigt erbjuder rådgivning om tobak till både friska och sjuka patienter

- att alla vårdenheter har en utbildad resursperson för tobaksavvänjning eller har avtal med en annan vårdhet som tar emot patienterna för behandling
- att underlätta för tandvården att avvänja sina egna patienter
- att aktivt marknadsföra den tobaksavvänjning som finns
- att verka för att beställar-, vårdvals- och ersättningssystem stödjer och stimulerar det förebyggande arbetet med tobaksavvänjning.

Summary

Tobacco and cessation treatment

A factual text on the harmful effects of tobacco and the need for cessation treatment

Tobacco use is the single factor responsible for the greatest part of the burden of disease in Sweden, and every year it causes a minimum of 6,600 premature deaths, primarily with heart- and lungdisease and cancer. The main focus of this report is tobacco prevention in the county councils, especially tobacco cessation treatment. Tobacco cessation treatment is considered a key factor in tobacco prevention due to the fact that most premature deaths over the foreseeable future will be among people who are smokers already. By quitting, these people can also become good role models for generations to come. But only 56–73 per cent of the primary care units offer tobacco cessation therapy, generally at a low level, and 16 out of 21 county councils estimate that their tobacco cessation service is currently undersized in 2009. At the same time, by ratifying the *WHO Framework Convention on Tobacco Control*, Sweden and a majority of countries around the world have assumed an obligation to actively offer tobacco cessation treatment to the population and to work to prevent young people from starting to use tobacco. A great deal of development still needs to be done, and we are far from reaching the tobacco prevention goals set by up the Swedish government for 2014.

This publication presents well-known methods for smoking cessation that are cost effective, easy to learn, easy to implement in healthcare and can provide a ten-fold improvement in their effects compared to the ways healthcare professionals are generally known to treat tobacco users today. The scientific literature confirms that all methods for smoking cessation treatment are cost-effective. The same methods can also be applied to cessation treatment for smokeless tobacco (snuff). The overall goal is to reduce the total use of tobacco. High quality tobacco cessation treatment can be established in the county councils without very large investments. But the management structure, steering documents and reimbursement systems must be in line with and support the work with tobacco prevention. The costs for healthcare, sick leave and lost productivity due to smoking-

related diseases, estimated at SEK 30 billion per year, could thereby be radically reduced.

Policy and decision-makers and managers in the county councils need to establish a plan for providing tobacco cessation services including:

- healthcare professionals routinely asking about tobacco use and noting the patient's tobacco habits in their medical records
- healthcare professionals in all units routinely offering advice about tobacco cessation to ill as well as healthy patients
- all healthcare units employing cessation therapists with adequate education or enter an agreement with another healthcare unit to accept patients for cessation treatment
- making it easier for dental care to provide cessation treatment to their own patients
- actively working to make the tobacco cessation services known to the public
- trying to align the county councils' systems for commissioning, providing and reimbursing different kinds of healthcare in order to facilitate and stimulate the development of tobacco cessation services.



2,4 MILJONER VUXNA
ANVÄNDER TOBAK

1. Tobaksbruket och dess utveckling

SAMMANFATTNING

Omkring 6 600 människor per år dör i vårt land på grund av rökning. 11 procent av männen och 13 procent av kvinnorna rökte varje dag 2009. Flera socialt utsatta grupper röker dock betydligt mer, medan gravida minskat rökningen mer än andra kvinnor. Samma år snusade 19 procent av männen och 4 procent av kvinnorna dagligen. Sammanlagt använder 2,4 miljoner vuxna i landet tobak. År 2008 var det 27 procent av pojkarna och 29 procent av flickorna i årskurs nio som använde tobak. Den passiva rökningen har minskat betydligt under senare år. Trenden är nedåtgående för både rökning och snusning.

RÖKNINGEN ÄR I DAG den största enskilda orsaken till sjukdom, lidande och förtida död i västvärlden, samtidigt som den ger upphov till stora kostnader för staten, landstingen, kommunerna, arbetsgivare och för rökaren själv. Över fem miljoner människor i världen dör varje år av sjukdomar orsakade av rökning. Eftersom antalet rökare i u-länderna ökar kraftigt väntas denna siffra stiga till över åtta miljoner 2030. Tobak beräknas redan 2015 döda dubbelt så många människor som hiv/aids och ett av tio dödsfall kommer då att kunna tillskrivas rökning (Mathers & Longcar, 2006). Socialstyrelsen har gjort beräkningar av risken i vårt land att dö på grund av egen rökning, och antalet personer uppskattas till omkring 6 400 per år (B. Haglund, Socialstyrelsen, personlig kommunikation 09-08-26). Ytterligare minst 200 om året dör på grund av att de exponeras för andras tobaksrök, så kallad passiv rökning (G. Pershagen, Karolinska institutet [KI], personlig kommunikation, 09-06-22). De sammanlagda dödsfallen är således omkring 6 600 människor, eller 18 per dag. Som en jämförelse kan nämnas att antalet döda i trafikolyckor de senaste tio åren uppgått till mellan 400 och 600 per år eller 1–2 dödade per dag (Vägverket, 2008).

Rökning

Enligt Nationella folkhälsoenkäten 2009 rökte av 11 procent männen och 13 procent av kvinnorna (16–84 år), totalt 13 procent. Ytterligare 13 procent av männen och 10 procent av kvinnorna uppgav sig röka då och då (Statens folkhälsoinstitut, 2009).

“Reversing this entirely preventable epidemic must now rank as a top priority for public health and for political leaders in every country of the world”.

DR MARGARET CHAN,
VÄRLDSHÄLSO-
ORGANISATIONENS
GENERALDIREKTÖR

DEFINITIONER AV TOBAKSBRUK

Rökning

I denna skrift används begreppet rökning för alla produkter där tobaksrök inhaleras. De fabrikstillverkade cigaretterna dominerar helt. Piprökningen, rökningen av egenrullade cigaretter, cigarill- och cigarrökningen minskar stadigt i Sverige och utgör numera endast några få procent av den totala rökningen. Rökning av vattenpipa är i Sverige en sentida kulturell vana som ökar, och som är viktig att beakta, även om kunskaperna om utbredning, skadeverkningar och behandling är begränsade eller saknas.

Rökfri tobak – snus

Snus är den helt dominerande formen av oral tobak i Sverige. Dock är svenskt snus ingen enhetlig produkt då både nikotinhalten och sammansättningen varierar mycket. Nikotinfritt snus är inte en tobaksprodukt och behandlas inte i denna skrift.

Majoriteten av dagligrökarna finns i åldersgruppen 45–64 år. Daglig rökning är vanligare bland personer i arbetaryrken, korttidsutbildade, arbetslösa, personer med sjukpenning eller sjukersättning och bland de socialt och ekonomiskt utsatta. I flera av dessa grupper är andelen dagligrökare över 25 procent. Mest röker studerande och arbetslösa (25 % respektive 24 %, 2009). Det är också mer än dubbelt så vanligt att ensamstående kvinnor med barn röker (23 %) jämfört med sammanboende kvinnor med barn (11 %) (Statistiska centralbyrån [SCB], 2009, Statens folkhälsoinstitut, 2009).

Bland gravida rökte 2007 17 procent av kvinnorna före graviditeten mot 5 procent i den senare delen av graviditeten (Socialstyrelsen, 2009).

År 2008 uppgav 22 procent av pojkarna och 28 procent av flickorna i årskurs nio att de rökte. Åtta procent av pojkarna och 11 procent av flickorna rökte dagligen eller nästan dagligen (Hvitfeldt & Nyström, 2009).

2009 uppgav 18 procent av männen och 15 procent av kvinnorna att de utsatts för passiv rökning i hemmet, på arbetet eller i andra inomhusmiljöer (Statens folkhälsoinstitut, 2009). Det finns tyvärr ingen aktuell mätning som speglar hur många barn i Sverige som utsatts för passiv rökning, 2003 var det 5 procent av barnen under 14 år som utsattes för passiv rökning i hemmet varje dag (Socialstyrelsen, 2005).

Snus

Det är i dag vanligare att män snusar än att de röker, och samtidigt snusar betydligt fler män än kvinnor. År 2009 snusade 19 procent av männen och 4 procent av kvinnorna dagligen. Ytterligare 6 procent av männen och 3 procent av kvinnorna uppgav sig snusa då och då. Framför allt är det kvinnor och män i åldrarna 16–44 år som snusar. Att snusa är också vanligare bland kvinnor och män med kort utbildning än bland dem med lång utbildning, även om de sociala skillnaderna är mindre uttalande än för rökningen. Det finns stora regionala skillnader och snusning är vanligast i norra Sverige (Statens folkhälsoinstitut, 2009).

Bland gravida snusade 2007 2,4 procent av kvinnorna före graviditeten och 0,3 procent i senare delen av graviditeten (Socialstyrelsen, 2009).

År 2008 uppgav 16 procent av pojkarna och 4 procent av flickorna i årskurs nio att de snusade. Nio procent av pojkarna men inga flickor snusade dagligen eller nästan dagligen (Hvitfeldt & Nyström, 2009).

Blandbruk och totalt tobaksbruk

Trots att andelen rökare har minskat i Sverige är fortfarande det totala tobaksbruket högt på grund av att männens snusbruk är så utbrett. Utöver detta tillkommer att många både röker och snusar, så kallat blandbruk, till exempel snusar dagligen och röker då och då. År 2009 använde 28 procent

av männen och 17 procent av kvinnorna tobak dagligen, sammanlagt 22 procent av befolkningen. Sammantaget betyder detta att det i dag finns fler än 900 000 dagligrökare och 820 000 dagligsnusare i Sverige, totalt blir det fler än 1,6 miljoner dagliga tobaksbrukare. Om man räknar in de 840 000 rökare och 300 000 snusare som använder tobak då och då är det totalt 29,5 procent av den vuxna befolkningen som använder tobak regelbundet, 2,4 miljoner personer beräknat på den vuxna befolkningen i Sverige (Statens folkhälsoinstitut, 2009). År 2008 var det 27 procent av pojkarna och 29 procent av flickorna i årskurs nio som använde tobak och i gymnasiet årskurs två drygt 40 procent för vardera könen (Hvitfeldt & Nyström, 2009).

Utvecklingstrender

Som mest har 50 procent av männen (1963) och 30 procent av kvinnorna rökt (1980). Därefter har andelen kvinnor och män som röker minskat med 0,5–1,0 procent per år ner till dagens internationellt sett låga nivåer. Svenska mäns rökning är bland de lägsta i världen. Svenska kvinnor röker mindre än kvinnor i de flesta europeiska länder, men mer än kvinnor i till exempel USA och Kanada. Bland kvinnor i Sverige minskar samtidigt rökningen mer bland yngre än bland äldre. Andelen gravida som röker har minskat ännu mer än bland kvinnor i övrigt och trenden är tydlig att minskningen fortsätter. Andelen vuxna som utsätts för miljötabaksrök – passiv rökning – har minskat kraftigt under åren sedan mitten av 1980-talet då de första begränsningarna infördes och den passiva rökningen förväntas fortsätta att minska.

Snusandet minskade fram till slutet av 1960-talet och ökade sedan kraftigt, men andelen snusare tycks ha kulminerat bland män och minskar successivt sedan 2005. Bland kvinnor har andelen snusare varit relativt konstant på en betydligt lägre nivå (SCB, 2009, Statens folkhälsoinstitut, 2009).

Sedan CAN:s skolmätningar inleddes 1979, har rökningen bland ungdomar minskat under kraftiga svängningar mellan olika år. Från 2005 har dock rökningen åter ökat bland pojkar, medan flickornas rökvanor har legat relativt konstant. Snusningen har de senaste åren minskat bland både pojkar och flickor (Hvitfeldt & Nyström, 2009).

Mer detaljerad statistik finns i bilaga 1.

Tabell 1. Procentandel tobaksbrukare.

Rökning	Män	Kvinnor
Vuxna 2009 (Statens folkhälsoinstitut, 2009)	11 % dagligen (ytterligare 13 % då och då)	13 % dagligen (ytterligare 10 % då och då)
Gravida 2007 (senare delen av graviditeten) (Socialstyrelsen, 2009)		5 % dagligen
Ungdomar 2008 åk 9 (Hvitfeldt & Nyström, 2009)	8 % dagligen/ nästan dagligen (22 % totalt)	11 % dagligen/ nästan dagligen (28 % totalt)

Snusning	Män	Kvinnor
Vuxna 2009 (Statens folkhälsoinstitut, 2009)	19 % dagligen (ytterligare 6 % då och då)	4 % dagligen (ytterligare 3 % då och då)
Gravida 2007 (senare delen av graviditeten) (Socialstyrelsen, 2009)		0,3 % dagligen
Ungdomar 2008 åk 9 (Hvitfeldt & Nyström, 2009)	9 % dagligen/ nästan dagligen (16 % totalt)	0 % dagligen/ nästan dagligen (4 % totalt)

Totalt tobaksbruk	Män	Kvinnor
Vuxna 2009 (Statens folkhälsoinstitut, 2009)	28 % dagligen	17 % dagligen
Ungdomar 2008 åk 9 (Hvitfeldt & Nyström, 2009)	27 % totalt	29 % totalt



VARANNAN DÖR AV SIN RÖKNING

ITEM: 10 T1332-08

QUANTITY PCS

N.W.: 5.5 KGS

G.W.: 7.5 KGS

SIZE: 65.0 x 40.0 x 20.0 CM

0040

2. Rökningen orsakar ohälsa och sjukdom

SAMMANFATTNING

Rökningen är den riskfaktor som står för den största andelen av den totala sjukdomsburden i Sverige näst efter högt blodtryck som i sig även har tobaksbruk som en riskfaktor. Varannan rökare dör i förtid av sin rökning och förlorar i genomsnitt tio år av sin förväntade livstid. Rökning ger upphov till ett 40-tal sjukdomar varav de viktigaste är hjärt-kärlsjukdomar, lungcancer och andra lungsjukdomar. Rökare löper även större risk att drabbas av depressioner. Passiv rökning innebär samma typ av hälsorisker. Att sluta röka ger mycket snabbt en tydlig förbättring av hälsan.

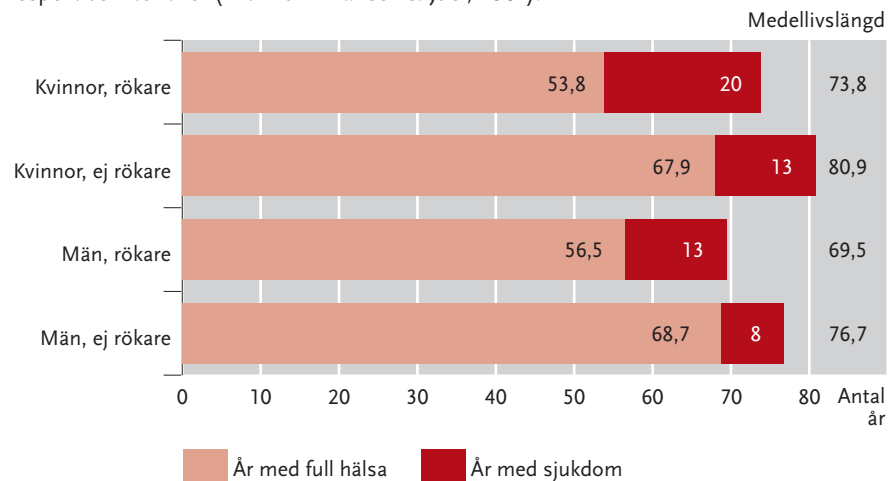
ÄNDA SEDAN MITTEN AV 1960-talet har sambandet mellan rökning och sjukdom varit känt och omkring 100 000 vetenskapliga undersökningar har publicerats om rökningens medicinska skadeverkningar. Röktobak har visat sig vara en ojämförligt hälsofarlig produkt som medför mycket stor risk för ohälsa och förtida död. Det finns ingen brytpunkt under vilken regelbundet röktobaksbruk kan sägas vara utan risk, så allt bruk betraktas som riskbruk. Även då och då-rökare och personer som exponeras för miljötobaksrök löper risk att bli sjuka. Den ofrivilliga – passiva – rökaren får i sig både den rök som rökaren inhalerar, filtrerar i sina lungor och sedan andas ut igen, och den så kallade sidoröken. Sidoröken innehåller, trots utspädningen i omgivande luft, särskilt höga halter av skadliga partiklar. Det ofödda fostret som exponeras för moderns tobaksrökning skadas genom att förbränningsprodukter, särskilt kolmonoxid, samlas i fosterkretsloppet (Statens folkhälsoinstitut, 2001).

Hur farlig är rökningen?

Cigarettröken innehåller drygt 4 000 kemiska ämnen. Höga doser nikotin, som är den beroendeframkallande substansen, når hjärnan inom 10–20 sekunder efter ett bloss från en cigarett. Nikotinet har en kärlsammandragande effekt men anses ändå spela en mindre roll i sjukdomsutvecklingen. Cigaretten innehåller kolmonoxid, som är det ämne som mest skadar hjärta och kärl, 90 kända cancerframkallande ämnen och många andra gifter som till exempel arsenik och vätecyanid (Deutsche Krebsforschungszentrum [DKFZ], 2009). Alla som röker skadas och rökningen har effekter över-

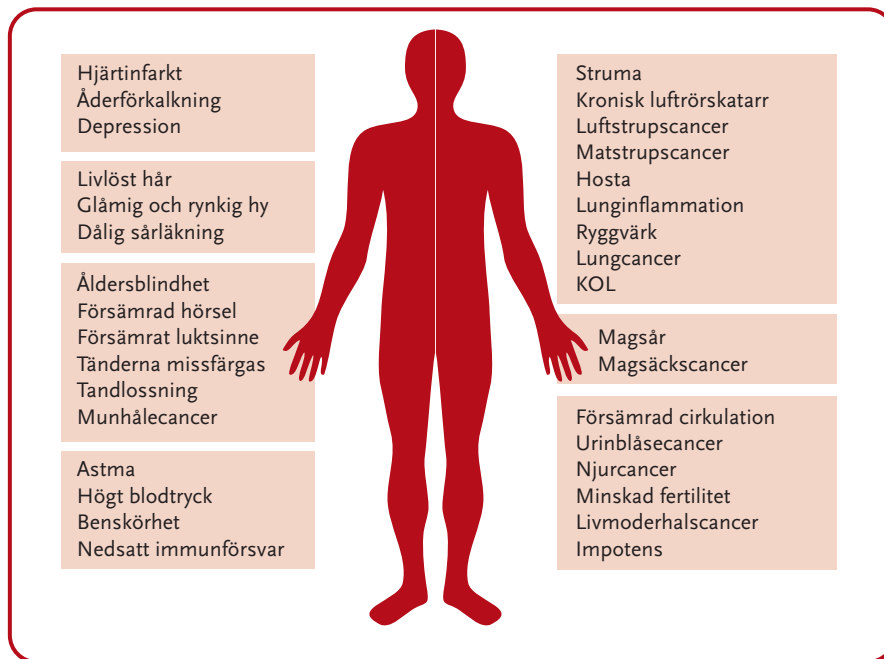
allt dit blodet och inandningsluften strömmar, det vill säga på i stort sett alla kroppens organsystem, men de flesta av sjukdomarna tar flera decennier att utveckla. Varannan rökare dör i förtid av sin rökning och förlorar i genomsnitt tio år av sin förväntade livstid (Doll, Peto, Boreham & Sutherland, 2004). Hälften, cirka 25 procent av rökarna, beräknas dö redan i åldern 35–69 år och förlorar då 20–25 levnadsår (The World Bank, 1999). Många rökare drabbas dessutom av ett mångårigt lidande i form av kroniska sjukdomar. I en dansk studie visades att rökaren har 5–7 fler år av upplevd ohälsa än icke-rökaren (Brønnum-Hansen & Juel, 2001). Rökaren har alltså små utsikter att behålla en god hälsa efter pensionen.

Figur 1. Livslängd och år med full hälsa respektive år med sjukdom för dem som röker respektive inte röker (Brønnum-Hansen & Juel, 2001).



Ett 40-tal sjukdomar, varav många är dödliga, har direkt samband med rökning (The Surgeon General, 2004). Cigaretten dödar sina offer i första hand genom hjärt-kärlsjukdomar, lungcancer och kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL). Det finns samtidigt indikationer på att lungcancer, och flera andra sjukdomar som beror på rökning, utvecklas snabbare hos kvinnor. Hormonella skillnader, mindre kroppsstorlek, mindre hjärta, trängre kranskärl och mindre volym lungvävnad hos kvinnor än hos män skulle kunna spela roll (Patel, Bach & Kris, 2004).

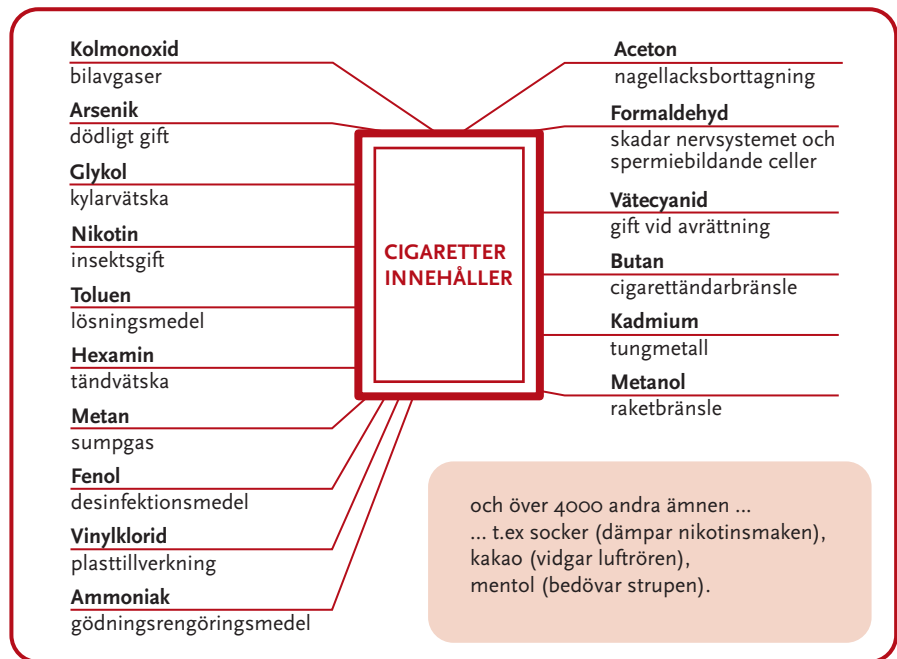
Figur 2. Några av de sjukdomar som rökning orsakar.



Det finns ett starkt samband mellan sjukdomsrisken och antalet cigaretter man rökt, antalet år man rökt och åldern för rökdebuten. Genomsnittsrökaren röker 11–13 cigaretter per dag (SCB, 2009). Även om storrökarna har den mest förhöjda sjukdomsrisken är måttlighetsrökarna så många fler att de flesta sjukdomsfallen ändå uppträder i den gruppen (Wilhelmsen & Rosengren, 2002). Som storrökare räknas de som röker 20 cigaretter per dag eller mer. Ungdomar röker i genomsnitt cirka sju cigaretter per dag (Hvitfeldt & Nyström, 2009).

Rökare som minskar antalet cigaretter per dag röker oftast de återstående desto intensivare, och riskerna minskar därför inte i proportion till det minskade antalet cigaretter. Femtio procents minskning av cigaretterna ger till exempel bara 25 procents minskning av risken för lungcancer (Pisinger & Godtfredsen, 2007). Det saknas säkra uppgifter om skadeverkningar av att röka bara ibland, men en studie fann att risken för förtida hjärt-kärlöd hos män som var då och då-rökare var förhöjd med 50 procent (Luoto, Uutela & Puska, 2002).

Figur 3. Ämnen som cigaretter innehåller.



Andra typer av inhaled tobak

Att röka pipa, cigarrer och egenrullade cigaretter medför samma risker som industritillverkade cigaretter (The Surgeon General, 2004). Filter och så kallade light-produkter ger heller inte mindre skador. Beteckningar som "light", "mild" och liknande får inte längre användas i Sverige eftersom de är vilseledande.

Kunskapen om vattenpiperökning är ännu så länge mycket begränsad. Innehållet i röken från en vattenpipa varierar beroende på vad man förbränner i pipan. Enligt WHO ingår det emellertid nästan alltid tobak i den variabla blandning som läggs i vattenpipan och förbränns. Följden blir att vattenpiperökare löper samma typ av hälsorisker som cigarettörökare, trots att röken passerar vatten innan den når rökarens lungor. Vattnet tar upp en del av nikotinet, och det kan vara en av anledningarna till att en vattenpipesession varar länge, eftersom det tar betydligt längre tid innan rökaren tillfredsställer sitt nikotinbehov. Under en typisk entimmes-session kan rökaren därför få i sig skadliga ämnen motsvarande 100–200 vanliga cigaretter (World Health Organization [WHO], 2005).

Rökning och hjärt-kärlsjukdomar

Hjärt-kärlsjukdom är den vanligaste dödsorsaken i vårt land, och drygt 20 procent av all hjärt-kärlsjukdom beräknas bero på rökning (WHO, 2002). Rökningen hör till de största riskfaktorerna för hjärt-kärlsjukdomar, till exempel

- åderförkalkning (ateroskleros)
- åderförkalkning av stora kroppspulsådern (aortaaneurysm)
- åderförkalkade kranskärl (kransartärsjukdom)
- slaganfall – stroke (cerebrovaskulär sjukdom)
- försämrad cirkulation i hjärtat som kan leda till hjärtinfarkt eller hjärtsvikt (ischemisk hjärtsjukdom)
- akuta rytmrubbningar i hjärtat.

Rökningen har enligt sammanställningar bedömts svara för 60 procent av livshotande åderförkalkning av stora kroppspulsådern (aortaaneurysm) och 40 procent av akuta rytmrubbningar i hjärtat med dödlig utgång. Vidare beror cirka 30 procent av all ischemisk hjärtsjukdom före 65 års ålder och 15 procent av alla fall efter 65 års ålder på rökning (The Surgeon General, 2004). Ju tidigare i livet skadan uppträder, desto oftare finns rökningen med som bidragande faktor. Fyra av fem som får hjärtinfarkt före 50 års ålder är rökare (Parish et al., 1995). Risken för hjärtinfarkt hos rökare anses i allmänhet vara 2–3 gånger större än hos icke-rökare, men man har uppmätt riskökningar på upp till 7 gånger hos både män och kvinnor, beroende på ålder (ju yngre, desto högre relativ risk) och antalet rökta cigaretter per dag (Teo et al., 2006). Även passiv rökning ökar risken för hjärtinfarkt.

Av det totala antalet dödsfall på grund av aktiv rökning, 6 400, uppskattas cirka 40 procent eller 2 500, ske i hjärt-kärlsjukdomar som ischemisk hjärtsjukdom och stroke (B. Haglund, Socialstyrelsen, personlig kommunikation 09-08-26).

Rökning och cancer

Cancer är den näst största dödsorsaken i Sverige (efter hjärt-kärlsjukdomar). Ett femtontal cancerformer har koppling till rökning, starkast är sambandet för cancer i lungorna, munhålan (oral cancer), luftstrupen (larynxcancer), matstrupen (oesophagus), urinblåsan, njurarna, magsäcken (ventrikelcancer), bukspottkörteln (pancreas) och livmoderhalsen (cervixcancer) (IARC, 2004). Det finns för närvarande inga bevis för att tobaksrökning skulle ha betydelse för vare sig insjuknande eller dödlighet i prostatacancer. En förhöjd risk för död i prostatacancer hos rökare jämfört med icke-rökare har påvisats i några få studier (Gong, Agalliu, Lin, Stanford & Kristal, 2008, Rohrmann et al., 2007). Emellertid såg man vare sig en ökande risk i proportion till stigande cigarettkonsumtion eller sådana skillnader mellan rökare, tidigare rökare respektive de som aldrig rökt som man är van att se för alla andra cancerformer där rökningen spelar roll. Det finns även studier som talar emot ett samband (Adami, et al., 1996, Doll, Peto, Boreham & Sutherland, 2005). Även frågan om det finns ett samband mellan rökning och bröstcancer är ännu så länge omtvistad.

En femtedel av alla cancerfall, eller cirka 10 000 cancerfall om året, beräknas bero på rökning – 90 procent av lungcancer, 50 procent av urinblåscancer och 25 procent av njurcancer. Lungcancer, en sjukdom med mycket hög dödlighet, står i Sverige för cirka 6 procent av all cancer. Lungcancer minskar i dag bland män, men ökar fortfarande bland kvinnor, vilket hänger samman med att det är yngre kvinnor som kraftigt minskat sin rökning, inte medelålders och äldre, och att det tar lång tid innan de ändrade rökmönstren bland yngre kvinnor visar sig i sjukdomsstatistiken (Cancerfonden & Socialstyrelsen, 2009). I dag dör fler kvinnor i lungcancer än i bröstcancer. Bland män är lungcancer den näst vanligaste cancerformen efter prostatacancer (Socialstyrelsen, 2009a). Även passiv rökning ökar risken för lungcancer, se sidan 25.

Av de 6 400 personer som dör på grund av aktiv rökning uppskattas omkring 40 procent eller 2 600, dö i cancer – lungcancer, cancer i mun, svalg, struphuvud och matstrupe (B. Haglund, Socialstyrelsen, personlig kommunikation 09-08-26).

Tabell 2. Tobaksrökning och risk för cancerdiagnos (IARC, 2004).

Cancerform	Riskökning (antal gånger jämfört med icke-rökare)
Lunga	15–30
Strupe	10
Munhåla	4–5
Öron, näsa, hals, alla typer	4–5
Urinvägar	3
Matstrupe, småcellig typ	2–5
Bukspottkörtel	2–4
Matstrupe, körteltyp	1,5–2,5
Bihålor	1,5–2,5
Magsäck	1,5–2,0
Lever	1,5–2,5
Njure	1,5–2,0
Livmoderhals	1,5–2,5
Leukemi, myeloisk (en typ av leukemi som främst drabbar vuxna)	1,5–2,0

Rökning och lungsjukdomar

Rökning är en avgörande faktor för uppkomst och försämring av astma och andra luftvägsbesvär, som är bland de vanligaste sjukskrivningsorsakerna i Sverige (Hjärt-Lungfonden, 2009). När det gäller kroniska lungsjukdomar bedöms 55–80 procent av fallen vara orsakade av rökning (The Surgeon General, 2004). *Kronisk bronkit* är en sjukdom som medför hosta och slembildning. Den utvecklas hos rökare ofta till en allvarligare form med tilltagande andnöd på grund av utveckling av *lungemfysem*, som innebär att lungvävnaden börjar brytas ned. Denna senare form har numera beteckningen *KOL* (*kroniskt obstruktiv lungsjukdom*). Den helt dominerande orsaken till KOL är rökning, och det enda som kan hejda förloppet är rökstopp. Antalet nya fall av KOL ökar för varje år framför allt bland kvinnor. I dag finns uppskattningsvis 500 000–700 000 KOL-sjuka i landet, och 150 000 av dem uppskattas ha svåra besvär (Socialstyrelsen, 2009a). Tyvärr visar undersökningar att kanske mer än hälften av de KOL-sjuka undgår upptäckt, dels på grund av att sjukdomens smygande förlopp och dels för att enkla andningsfunktionsmätningar görs alltför sällan (Lindberg & Lundbäck, 2007).

Av det totala antalet dödsfall på grund av aktiv rökning, 6 400, beräknas omkring 20 procent eller 1 300, bero på KOL (B. Haglund, Socialstyrelsen, personlig kommunikation 09-08-26).

Rökning och tandhälsa

I munnen är det lätt att tidigt se rökningens effekter. Till de lindrigare effekterna hör fickbildning i tandköttet, förändringar i slemhinnan och missfärgade tänder. Därefter följer inflammatoriska processer och skador på benvävnad med benförlust, fästeförlust och tandlossning. Dessa sjukdomsprocesser avstannar när man slutar röka. Den allvarligaste skadan i munhålan är cancer. Rökare har i genomsnitt fem gånger ökad risk att drabbas av svår tandlossning – parodontit (Bergström, 2004) och hela 90 procent av all svårsläkt tandlossning finner man hos rökare (MacFarlane, Herzberg, Wolff & Hardie, 1992). Tandlossning drabbar i dag cirka 10–15 procent av befolkningen och är i sig en folksjukdom (Papapanaou & Lindhe, 1997).

Rökning, stress och psykisk ohälsa

Generellt upplever rökare mer stress och negativa känslor än icke-rökare (Jorm et al., 1999). De akuta fysiska effekterna av rökning och nikotin liknar de som utlöses av stress. De flesta rökare uppger att det främsta skälet att röka är att rökningen lugnar dem (Kassel, Stroud & Paronis, 2003). Rökare röker som regel i stressiga situationer och upplever att det tar bort stress och hjälper till att reglera dåligt humör, men detta verkar vara mer illusion än verklighet. Den lugnande effekt man upplever när man röker beror på lindring av nikotinabstinens snarare än en direkt påverkan

MYT

Jag är för gammal för att sluta röka.

FAKTA

Det lönar sig att sluta röka även långt upp i åren. Rökstopp har odiskutabelt positiva effekter för hälsan. Fem år efter rökstoppet har till exempel rökaren samma risk för hjärtinfarkt som icke-rökaren. Risken halveras för lungcancer efter tio år och för cancer i matstrupe och munhåla efter fem år. Är man över 60 år kan man dock inte räkna med en total återhämtning hos hjärta, blodkärl och lungor, men man reducerar ändå risken att på grund av rökningen behöva dö i förtid eller leva handikappad (Burns, 2000).

MYT

Om jag slutar röka
får jag ett tråkigare liv.

FAKTA

Ju längre tid det gått sedan rökstoppet desto fler av ex-rökarna är lyckligare än medan de rökte, men även bland dem som nyligen slutat är majoriteten gladare än förut (Shahab & West, 2009).

på stress och negativa känslor (Parrott, 1998). Rökningen lindrar alltså den stress och de negativa känslor som nikotinberoendet och abstinensen gett upphov till, vilket betyder att själva rökningen i sig är en stressfaktor. Den som slutar blir gradvis mindre stressad. Rökstopp innebär oftast också bättre sömn, vilket bidrar till mindre stress (Jaehne, Loessl, Bárkai, Riemann & Hornyak, 2009).

Studier visar även att en rökare har upp till dubbelt så stor risk som en icke-rökare att drabbas av depression (Pasco et al., 2008). Att röka i tonåren ökar dessutom risken att drabbas av ångestsjukdomar, särskilt panikångest (Upadhyaya, Deas, Brady & Kruesi, 2002).

Rökning, alkohol och droger

Experimentella neurofysiologiska data tyder på att olika droger samverkar. En forskargrupp vid Institutionen för klinisk neurovetenskap på Sahlgrenska universitetssjukhuset i Göteborg anser sig ha funnit indikationer på att rökare löper ökad risk att utveckla alkoholproblem (Narahashi et al., 2001). Tobak och alkohol är även en kombination som förstärker riskerna för olika sjukdomar och förtidig död. Ett känt exempel på detta är den ökade risken för cancer i munhåla och strupe hos rökande alkoholister (Hashible et al., 2009).

Det finns data från USA som tyder på att rökning kan ha en ”gateway-effekt” också till missbruk av illegala droger; de som rökt använder i betydligt större utsträckning droger som till exempel heroin, kokain och marijuana (Lai, Lai, Page & McCoy, 2000).

Rökning, potens, fertilitet och graviditet

Rökning minskar fertiliteten hos både kvinnor och män (Bouyer et al., 2003, Seltzer, 2003). Risken för impotens är dessutom dubbelt så stor för rökare (Feldman et al., 2000).

Särskilt allvarlig är påverkan på fostret under graviditeten om modern röker: det ökar risken för dålig fostertillväxt, lägre födelsevikt, placentaavlossning, förtidig födsel, dödfödsel och plötslig spädbarnsdöd (The Surgeon General, 2004). Effekterna är tydliga under själva graviditeten men verkar också kunna orsaka senare problem, till exempel mindre lungkapacitet, astma, allergi (Cunningham, Dockery & Speizer, 1994, Goksor, Amark, Alm B, Gustafsson & Wennergren, 2007, Lannero, Pershagen, Wickman & Nordvall, 2006), ökad risk för uppmärksamhetsstörning (ADHD) (Rodriguez & Bohlin, 2005) och ökad risk för barnet att få cancer senare i livet (Pettersson et al., 2004).

Rökning och ett urval av andra sjukdomar

- Magkatarr och magsår. Risken att utveckla magsår ökar med nästan fyra gånger (Rosenstock, Jørgensen, Bonnevie & Andersen, 2003).
- Ryggvärk. Risken är 80 procent större för en rökare att uppleva ryggvärk (Skillgate, Vingård, Josephson, Holm & Alfredsson, 2009).
- Diabetes. Risken att få typ 2-diabetes ökar för en rökare med 60–140 procent beroende på hur hög konsumtionen är (Cho et al., 2009).
- Åldersblindhet. Skador på gula fläcken (maculadegeneration) är den vanligaste orsaken till åldersblindhet. Risken för skador ökar med allt från 2,5 gånger till mer än 5 gånger beroende på rökningens omfattning (Khan et al., 2006, Chakravarthy et al., 2007).
- Hörselnedsättning. Rökning ger 70 procents ökad risk för hörselnedsättning som härrör från nervsystemet (Cruickshanks et al., 1998).
- Giftstruma med ögonkomplikationer (Grave's disease) är 2–3 gånger vanligare hos rökare (Holm et al., 2005).
- Benskörhet. Rökare har ökad risk för benskörhet (osteoporos) som ofta leder till höftledsfraktur (Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU], 2003).
- Ledgångsreumatism. Rökare löper tre gånger högre risk än icke-rökare att drabbas av ledgångsreumatism (Costenbader & Karlson, 2006).
- Multipel skleros (MS). Rökare löper 60 procents högre risk än icke-rökare att drabbas av MS (Costenbader & Karlson, 2006).
- Crohnpatienter som slutar röka har ett gynnsammare sjukdomsförlopp än de som fortsätter (Cosnes, Beaugerie, Carbonnel & Gendre, 2001).
- Psoriasis. Rökare löper 80 procents högre risk än icke-rökare att drabbas av psoriasis (Setty, Curhan & Choi, 2007).
- Alzheimers sjukdom. Risken ökar, men det är för närvarande oklart hur stor man ska anse att den ökade risken är (Luchsinger et al., 2005).

Passiv rökning

Tobak som inhaleras (huvudrök) förbränns vid en högre temperatur än den som fyller rummet när cigaretten glöder (sidorök). På grund av detta har sidoröken högre koncentration av partiklar, vilket gör att den är ännu farligare än den rök som rökaren inhalerat (Statens folkhälsoinstitut, 2001). Passiv rökning är förknippat både med akuta besvär (i näsa, ögon, hals och luftvägar, särskilt hos astmatiker, allergiker och överkänsliga) och med långvarig hälsopåverkan (hjärtinfarkt, lungcancer och cancer i bihålorna) (The Ontario Tobacco Research Unit, 2001). Exponering för passiv rök

har oväntat stora och snabba effekter på hjärt-kärlsystemet. Blodplättarna och blodkärlens väggar visar en uttalad känslighet för ämnen i röken redan efter en halvtimmes exponering och effekterna är ofta 80–90 procent av effekterna vid aktiv rökning. Sådana laboratoriefynd kan förklara både den påtagliga riskökning vid passiv rökning som konstateras i epidemiologiska undersökningar, och den påvisade riskminskning som inträffar relativt snart sedan man infört rökfria miljöer, till exempel i restaurangvärlden (Barnoya & Glantz, 2005). Även kortvarig exponering för passiv rökning kan hos till exempel hjärt-kärlsjuka ge allvarliga besvär (Pechacek & Babb, 2004). Passiv rökning ökar risken för både lungcancer och hjärtinfarkt med 30 procent samt för KOL med 40–80 procent jämfört med den som inte exponerats (The Surgeon General, 2006). Vart fjärde fall av lungcancer bland icke-rökare i Sverige beräknas bero på passiv rökning (Cancerfonden & Socialstyrelsen, 2009).

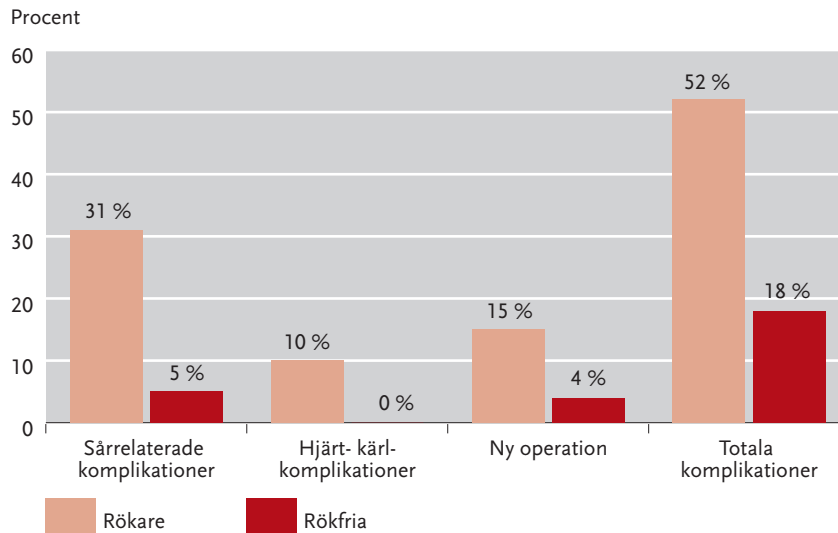
Genom vissa experimentella undersökningar har misstankar även väckts om att det kan finnas ett samband mellan passiv rökning och ökad risk för bröstcancer (The Surgeon General, 2006).

Barn är särskilt känsliga för skador om de utsätts för passiv rökning och har en förhöjd risk att drabbas av astma, bronkit och öroninflammation (Dybing & Sanner, 2002). Undersökningar har även visat att risken att barnet drabbas av allergi och astma ökar om modern utsätts för passiv rökning under graviditeten (Xepadaki et al., 2009).

Rökning och operationskomplikationer

Rökstopp minskar risken för komplikationer vid operationer, som hjärt-kärlkomplikationer och sårrelaterade komplikationer. Det kortar den genomsnittliga vårdtiden efter operation och minskar även risken för att en ny operation behöver utföras. Rökstopp 6–8 veckor före en knä- respektive höftplastikoperation minskade enligt en dansk studie den totala frekvensen av komplikationer radikalt från 52 till 18 %, de sårrelaterade komplikationerna (från 31 till 5 %), hjärt-kärlkomplikationerna (från 10 till 0 %) och risken för ny operation (från 15 till 4 %). Den genomsnittliga vårdtiden minskades dessutom med två dagar. Hälften av patienterna i behandlingsgruppen blev rökfria före det operativa ingreppet jämfört med några få i kontrollgruppen (Møller, Villebro, Pedersen & Tonnesen, 2002). I en senare svensk studie fick patienter hjälp att sluta röka fyra veckor före operationen (bräck, galla, höft- eller knäledsplastik) och fick då hälften så många komplikationer efter operationen som de som fortsatte röka. Trettio procent av patienterna var fortfarande rökfria ett år efter rökstoppet (Lindström, 2008). Dessa resultat talar för att rökavvänjning före kirurgiska ingrepp kan vara ett av de mest effektiva sätten att minska lidande och kostnader som överhuvudtaget går att införa i sjukvården.

Figur 4. Om rökavvänjning ingår som rutin i vårdprogrammet före en operation kan man räkna med betydligt färre komplikationer (Møller, Villebro, Pedersen & Tonnesen, 2002).

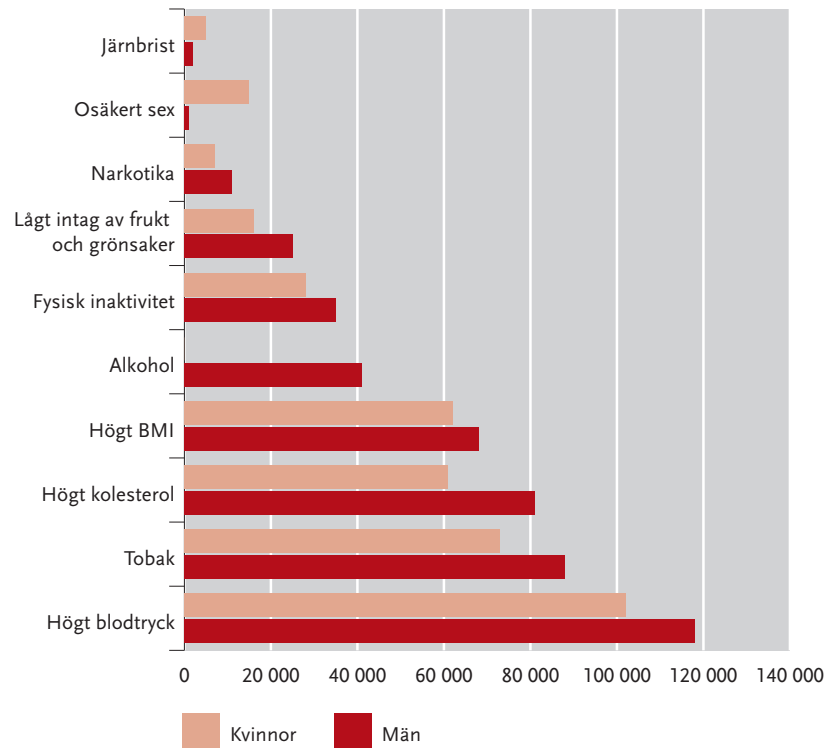


Hälsoförluster och sjukdomsbörda till följd av rökning

I DALY-kalkyler (DALY = Disability Adjusted Life Year) försöker man beräkna hur många fullt friska levnadsår som går förlorade för en befolkning på grund av sjukdom – antingen som följd av funktionsnedsättning eller på grund av förtida död. I det senare fallet beräknas antalet förlorade levnadsår i förhållande till en definierad standardiserad livslängd som är biologiskt maximal. Tillvägagångssättet innebär att effekterna av olika sjukdomar kan vägas mot varandra och mot förtida död, och att man kan jämföra länder, grupper och tidsperioder. Begreppet DALY har utvecklats av Världsbanken och WHO (The World Bank, 1993, Murray & Lopez, 1996). För Europa och andra länder med hög BNP och med hög förväntad livslängd vid födseln är rökning en av de mest betydelsefulla riskfaktorerna. Tobak som riskfaktor ligger på andra plats efter högt blodtryck. Det bör då noteras att tobaksbruk i sig är en riskfaktor för högt blodtryck (Agardh, Moradi & Allebeck, 2008).

DALY-kalkyler har gjorts också i vårt land. Utgående från 2003 beräknades rökning vara en riskfaktor för 58 olika sjukdomstillstånd resulterande i en sjukdomsbörda på totalt 88 074 DALY för män och 74 233 DALY för kvinnor, vilket motsvarar 9,6 procent av den totala sjukdomsbördan. Den troliga förklaringen till att sjukdomsbördan för kvinnorna är lägre än för män är att kvinnor generellt både börjat röka och slutat röka senare än männen, vilket medför att de rökrelaterade sjukdomarna utvecklas senare hos kvinnor (Agardh et al., 2008).

Figur 5. DALY för de tio största riskfaktorerna bland män och kvinnor. Bilden visar att om ingen rökte skulle exempelvis 10 procent av all sjuklighet försvinna (Agardh et al., 2008)¹.



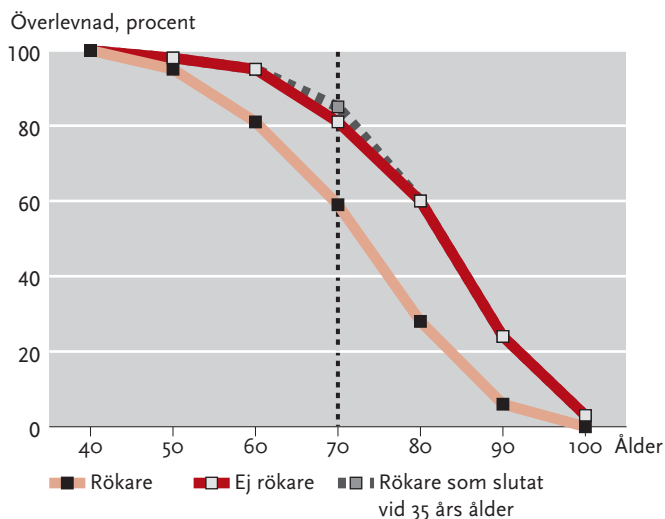
Det bör observeras att DALY-kalkyler inte mäter sjukdomsbördan i pengar, utan är ett av flera sätt att mäta sjukdomsbördan som hälsoförluster. Sjukdomar ger samtidigt stora ekonomiska konsekvenser, men det finns ingen entydig relation eller översättning mellan sjukdomsbördan som DALY och sjukdomsbördan i ekonomiska termer. En viss sjukdom eller en viss hälsorisk kan således ha olika andel av sjukdomsbördan, beroende på om denna mäts i hälsoförluster eller i pengar.

Hälsovinster efter rökstopp

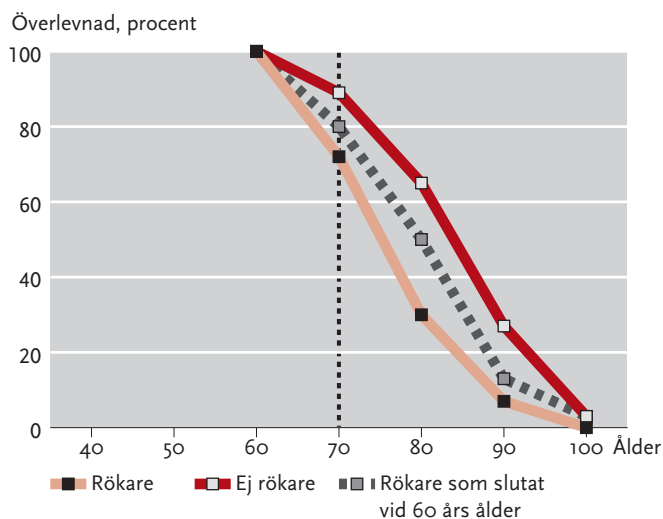
Att sluta röka ger vanligen mycket snabbt en tydlig förbättring av hälsan (The Surgeon General, 1990). I 50-årsuppföljningen av 34 000 brittiska läkare kunde överlevnaden hos dem som slutade vid olika åldrar jämföras med dem som fortsatte röka. Rökstopp upp till cirka 40 års ålder var oftast liktydigt med att personen fick samma livslängd som den som aldrig rök, och rökstopp så sent som i 60-årsåldern gav betydande hälsovinster, se figur 6 och 7 (Doll, Peto, Boreham & Sutherland, 2004).

1 För alkohol saknas sjukdomsbörda för kvinnor eftersom negativa effekter vägs upp av positiv effekt för hjärt-kärlsjukdom och diabetes. De positiva effekterna överväger dock enbart för den äldre delen av befolkningen.

Figur 6. Överlevnad om man slutar röka vid 35 års ålder, jämfört med den som fortsätter röka (Doll et al., 2004).



Figur 7. Överlevnad om man slutar röka vid 60 års ålder, jämfört med den som fortsätter röka (Doll et al., 2004).



Icke-rökare mår bättre än rökare, vilket ofta har att göra med rökningens effekter på hälsan. Bland de som aldrig rökt uppgår över 70 procent att de mår bra och bland dagligrökare mindre än 60 procent (Statens folkhälsoinstitut, 2009).

Tabell 3. Hälsovinster efter rökstopp – tid tills hälsan normaliseras (The Surgeon General, 1990).

Mellan 20 minuter och tre månader
Puls och blodtryck normaliserade inom 20 minuter
Kolmonoxidnivån i blodet normaliserad inom 12 timmar
Cirkulation, lungfunktion och sårhäkning förbättrade inom två veckor till tre månader
Mellan en månad och ett år
Lungfunktionen återställs
Risken för hjärtinfarkt halverad
Mellan fem och 15 år
Risken för slaganfall halverad inom fem år
Halverad risk för cancer i lungorna, munnen, luftstrupen, matstrupen, blåsan, livmoderhalsen och bukspottkörteln inom tio år
Risken för hjärtinfarkt densamma som för icke-rökarens inom 15 år

RÖKNINGEN KOSTAR SAMHÄLLET
MINST 30 MILJARDER ÅRLIGEN



3. Samhällets kostnader för rökningen

SAMMANFATTNING

Rökningen beräknas kosta samhället 30 miljarder kr per år för sjukvård, produktionsförluster och sjukfrånvaro, eller 6,7 % av de totala samhällsekonomiska kostnaderna för samtliga sjukdomar. En rökare är sjuk i genomsnitt 8 dagar mer per år. Dessa sjukdagar tillsammans med rökpauserna beräknas kosta arbetsgivaren i genomsnitt 45 000 kr per rökare och år. De privatekonomiska konsekvenserna för rökaren själv är även betydande; sammanlagt kostar cigaretterna cirka 12 000–20 000 kronor per år.

BERÄKNINGAR HAR GJORTS över rökningens kostnader för samhället. Tobaksrökningens medicinska skadeverkningar ger upphov till betydande hälsoförluster. Detta ökar hälso- och sjukvårdskostnaderna och minskar den totala produktionen av varor och tjänster i samhället (produktionsbortfall).

Kostnader för tobaksrökningens medicinska skadeverkningar

I en svensk studie från Centrum för hälsoekonomi i Lund 2004 beräknades sjukvårdskostnader och produktionsbortfall för ett antal sjukdomar som den epidemiologiska forskningen visat har ett säkerställt eller troligt samband med rökning av cigaretter (Bolin & Lindgren, 2004). Kostnader till följd av passiv rökning ingick inte. Studien gällde individer i åldrarna 35–84 år, och behandlade data från 2001. Någon senare studie med aktuella uppgifter finns inte tillgänglig.

Sjukvårdskostnader, förtidspensioneringar och dödlighet

Ungefär 7 000 svenskar beräknades ha dött som en följd av sin tobaksrökning under 2001, något som då motsvarade ungefär 90 000 förlorade levnadsår eller 12 000 arbetsår. Samma år förtidspensionerades 1 200 människor på grund av medicinska skadeeffekter av rökning, vilket innebar ungefär 4 500 förlorade arbetsår. Produktionsförlusterna beräknades till ett värde av cirka 6 miljarder kronor (Bolin & Lindgren, 2004). För sjukvården beräknades rökningen ha medfört 73 000 extra vårdtillfällen eller 570 000 extra vård dagar på sjukhus till en kostnad av cirka 1,6 miljarder

kronor. Till detta kom 400 miljoner för öppenvård och 200 miljoner för läkemedel. Enligt beräkningen kostade tobaksrökningens medicinska skadeverkningar – exklusive kostnader för produktionsbortfall på grund av sjukskrivningar – totalt ungefär 8,2 miljarder kronor 2001. Om 2009 års penningvärde hade gällt 2001, skulle produktionsförlusterna, exklusive sjukskrivningar, ha varit ungefär 6,8 miljarder och sjukvårdskostnaderna 2,5 miljarder kronor. Men tobaksrökningen har minskat trendmässigt de senaste åren, vilket gör att kostnaderna för tobaksrökningens medicinska skadeverkningar också har minskat trendmässigt. Antalet vårdtillfällen har minskat, men kostnaden per vård dag har stigit snabbare än den allmänna prisnivån. Det så kallade ohälsotalet har gått ner med 15 procent mellan 2001 och 2009 och detsamma gäller dödligheten i åldrarna 35-59 år, något som inte uppvägs av den högre dödligheten i åldrarna 60-64 år, vilket medför att produktionsförlusterna har blivit lägre. Mycket talar således för att kostnaderna för tobaksrökningens medicinska skadeverkningar har minskat sedan 2001, men detta kan inte avgöras utan en aktuell utredning.

Sjukfrånvaro

I en hälsoekonomisk studie från samma institution (Roberts, 2001) visades att en rökare i genomsnitt hade 8 dagars längre sjukskrivningstid per år än en person som aldrig rökt, och en före detta rökare hade 3 sjukskrivningsdagar mer. Beräkningen gjordes med uppgifter från 1988-1989. I en senare studie vid samma institution (Lundborg, 2007) bekräftades dessa resultat med uppgifter från 1988-1991. Arbetsgivarinträdet i sjukförsäkringen som trädde i kraft 1992 är skälet till varför de båda studierna inte omfattar 1992 eller tiden därefter. Sedan 1992 omfattar sjukskrivningsstatistiken inte längre de två första veckorna. Att använda senare års statistik skulle sannolikt underskatta rökningens inverkan på produktionen i den svenska ekonomin. Någon senare – och aktuell – studie finns därför inte att tillgå. I båda studierna ingick all sjukskrivning, inte bara sådan som var direkt föranledd av de sjukdomar som har ett säkerställt samband med rökning. I båda studierna kontrollerade man även för att personliga egenskaper hos rökaren, förutom själva rökningen, kan påverka sjukskrivningsbenägenheten och sjukskrivningstidens längd. Beroende på skillnader i tillgången på data, var kontrollfaktorerna något olika i de båda studierna, men i båda ingick kön, ålder, utbildning och hälsotillstånd.

Åtta dagars extra sjukfrånvaro beräknades kosta ungefär 18 miljarder kronor i produktionsbortfall 2001 (Roberts, 2001). Läger man till denna kostnad till ovanstående beräkningar, uppgick de beräknade kostnaderna för tobaksrökningens medicinska skadeverkningar till ungefär 26 miljarder 2001. Det motsvarade 6,7 procent av de totala samhällsekonomiska kostnaderna för sjukvård och produktionsbortfall för samtliga sjukdomar 2001 (Bolin & Lindgren, 2004).

Om 2009 års penningvärde hade gällt 2001, skulle kostnaderna för sjukvård och produktionsbortfall tillsammans ha uppgått till ungefär 30 miljarder, fördelat på sjukvårdskostnader 2,5 och produktionsförluster cirka 27,5 miljarder. Som tidigare påpekats talar dock mycket för att kostnaderna för tobaksrökningens medicinska skadeverkningar minskat sedan år 2001, men detta kan inte avgöras utan en aktuell utredning.

Specialberäkningar av kostnaderna för KOL

Kroniskt obstruktiv lungsjukdom KOL är en sjukdom som kommer smygande och ofta upptäcks sent. Många människor med lindrig eller medelsvår KOL vet därför ofta inte om att de drabbats. En svensk studie från Norrbotten rapporterar att av de undersökta patienterna hade bara en tredjedel av dem som drabbats av sjukdomen fått diagnosen tidigare. Två tredjedelar hade alltså aldrig fått diagnosen KOL. De odiagnostiserade fallen stod sammantaget för lika hög kostnad som de registrerade, diagnostiserade, fallen. I studien uppskattades samhällets kostnader för KOL 1999 till nio miljarder kronor per år. I 2009 års penningvärde och uppräknat med konsumentprisindex motsvarar det 10,5 miljarder kronor. Om man kan diagnostisera KOL och bromsa utvecklingen i tid via rökstopp, skulle det spara mycket lidande och pengar (Jansson et al., 2002, Lindström, Jönsson, Larsson & Lundbäck, 2001).

Kostnader för tandlossning

Kostnaderna för behandling av grav tandlossning – parodontit – beräknades 2002 till cirka 74 miljoner kronor per år, varav 90 procent, eller 66 miljoner kronor, anses bero på rökning (SOU 2002:53). I 2009 års penningvärde och uppräknat med konsumentprisindex motsvarar det 77 miljoner kronor.

Vilka utgifter i de sociala trygghetssystemen förorsakar rökningen och vem betalar?

I genomsnitt lever en rökare inte lika länge som en icke-rökare, ett faktum som bland annat innebär att pensionssystemets utgifter är lägre för en rökare. Men sjukfrånvaron är större, och i den mån den inte omfattas av arbetsgivareinträdet, blir därför det årliga antalet utbetalade sjukpenningdagar från Försäkringskassan större för en rökare. Liksom alla inkomstagare betalar rökaren inkomstskatt, moms och andra skatter och avgifter, exempelvis egenavgifter för hälso- och sjukvård, men dessutom betalarna rökarna tobaksskatt. Det är således inte helt lätt att avgöra om rökaren under sin livstid betalar mer eller mindre än de utgifter för rökningen som belastar de sociala trygghetssystemen.

En ambitiös analys, som visar att rökaren under sin livstid har kunnat få en inte obetydlig subvention av andra medborgare i Sverige, publicerades

VILKA OLIKA DELAR BESTÅR DE 30 MILJARDERNA AV?

- 2,5 miljarder beräknas utgöra sjukvårdskostnader, öppenvård, slutenvård och läkemedel.
- 6,8 miljarder beräknas utgöra produktionsförlust på grund av dödsfall och förtidspensioneringar.
- 21 miljarder kronor beräknas utgöra kostnader för sjukfrånvaro.
- Drygt 30 miljarder är den sammanlagda summan (30,3 miljarder).
- Totalt beräknas detta utgöra 6,7 procent av alla kostnader för sjukvård och produktionsbortfall.

2001 (Roberts, 2001). Den gjordes med uppgifter om rökare och icke-rökare utnyttjande av de sociala trygghetssystemen 1988-1989 och om deras bidrag till finansieringen i form av skatter och avgifter så som dessa såg ut i slutet av 1980-talet. Enligt studien belastades de sociala trygghetssystemen med cirka 830 000 kronor mer för en person som började röka vid 16 års ålder och som fortsatte att röka under hela sin livstid. Varken icke-rökarens utnyttjande av trygghetssystemen på grund av passiv rökning eller rökarens bidrag till finansieringen av detta ingick i analysen – inte minst på grund av svårigheterna att fastställa det senare. Studien beaktade följande trygghetssystem: hälso- och sjukvården (exklusive tandvård och läkemedel), äldreomsorgen, sjukförsäkringen, förtidspensioneringssystemet samt ålderspensionssystemet. Alla typer av skatter och avgifter ingick (inkomstskatter, moms, tobaksskatt, arbetsgivareavgifter osv). Man tog alltså hänsyn till att en rökare betalar tobaksskatt och att staten spar in ålderspension på grund av tidiga dödsfall.

Om 2009 års penningvärde hade gällt för 20 år sedan (1988/89), skulle den beräknade subventionen från icke-rökarna till rökarna ha uppgått till ungefär 1,3 miljoner kronor per person. Mycket har dock ändrats under de 20 åren, och vi har redan nämnt flera faktorer som på det hela taget minskar utgifterna och som rör hälso- och sjukvården, sjukförsäkringen, förtidspensioneringarna och dödligheten. Arbetsgivareinträdet i sjukförsäkringen år 1992 innebar även exempelvis att en stor del av kompensationen för inkomstbortfall vid sjukskrivning togs över av arbetsgivarna, varför Försäkringskassans utgifter minskade, även för rökarna. Hur mycket detta har minskat rökarnas extra utnyttjande av sjukförsäkringen, kan inte avgöras, men sannolikt inte helt obetydligt, eftersom de extra sjukskrivningsdagarna i stor utsträckning bestod av flera, kortare, sjukskrivningstider. Skatter och avgifter har också ändrats. Punktskatten på cigaretter har exempelvis höjts varje år, och statens totala inkomster av punktskatten har ökat snabbare än den allmänna prisnivån. Samtidigt har antalet rökare minskat, så varje rökare betalar därför betydligt mer i tobaksskatt i dag än för 10 eller 20 år sedan, mätt i dagens penningvärde.

Arbetskraftskostnader

Rökningen medför även betydande kostnader för arbetsgivaren. Man kan generellt beräkna att det tar minst 30 minuter per arbetsdag att röka. Det betyder ofta att rökaren tar fler pauser än arbetskamraterna, vilket lätt blir en källa till missnöje på arbetsplatserna.

Arbetskraftskostnaden för en röktimme ligger 2008 i genomsnitt på 282 kronor. Om man räknar att rökningen tar 30 minuter extra per arbetsdag blir totalkostnaden för röktid 31 300 kronor per rökare och år baserat på en nationell medellön på 25 800 kronor i månaden. Rökarens i genomsnitt åtta extra sjukdagar per år (Roberts, 2001) kostar samtidigt arbetsgivaren

13 700 kronor per rökare och år. Kostnader för vikarier, produktionsbortfall och rehabilitering tillkommer. I regel orsakar en person kostnader motsvarande minst dubbla lönen vid sjukdom.

Arbetsgivarens kostnad för rökningen kan således beräknas till sammanlagt 45 000 kronor per rökare och år² (P. Liukkonen, Stockholms universitet, personlig kommunikation, 09-06-28).

Privatekonomiska konsekvenser

Att röka ett paket cigaretter om dagen kostar 2009 omkring 16 000 kronor per år. Särskilt i de grupper som röker mest är det inte ovanligt att röka ett paket eller mer om dagen, även om genomsnittsrökaren som tidigare nämnts röker något mindre (11–13 cigaretter per dag till en kostnad av 9 000–10 500 kronor per år).

Till kostnaden för cigaretterna kommer en med åren ökande kostnad för rökrelaterad sjuklighet. Som vi tidigare har redogjort för har man beräknat sjukdagarna till åtta dagar fler per år (Roberts, 2001). För individen kostar åtta sjukdagar i genomsnitt cirka 3 000 kronor om de är en enda sammanhängande sjukfrånvaro (P. Liukkonen, Stockholms universitet, personlig kommunikation, 09-06-28). Om de delas upp på flera sjukfall blir de dyrare på grund av att fler karensdagar tillkommer.

Sammanlagt kostar rökningen alltså mellan 12 000–20 000 kronor per år för rökaren själv. Även snusning är mycket dyrt. En dosa kostar 2009 cirka 35–40 kronor och genomsnittssnusaren beräknas snusa en tredjedels dosa per dag till en kostnad av mellan 4 000 och 5 000 kronor per år.

2 Observera att produktionsbortfallet hos en arbetsgivare även ingår i beräkningen av det totala produktionsbortfallet i samhället.

A close-up photograph of an ice hockey player wearing a blue CCM helmet with a clear face shield and a green jersey. The player is looking slightly to the left with a focused expression. The background is a blurred indoor arena.

28 ÄMNEN I SNUS ÄR
CANCERFRAMKALLANDE

4. Snusbruket och dess skadeeffekter

SAMMANFATTNING

Snusbruket liksom blandbruket av cigaretter och snus är omfattande. Snus orsakar bland annat cancer i bukspottkörteln, ökar risken att dö i hjärtinfarkt och stroke, höjer blodtrycket och skadar munhälsan. Snus misstänks även orsaka cancer i matstrupen och magsäcken, metabolt syndrom, diabetes och graviditetskomplikationer. Att det är till största delen snusets förtjänst att svenska män minskat sin rökning kraftigt är en myt. Svenska kvinnor har slutat röka i nästan samma omfattning som män utan att gå över till snus. Det finns ingen vetenskaplig dokumentation för snus som rökavvänjningsmedel.

Snusbruket

Snus är en utpräglad svensk och manlig vana. Snusförsäljning är sedan 1992 inte tillåten i EU men Sverige fick vid EU-inträdet 1995 ett permanent undantag från snusförbudet. Kommersiell snustillverkning har en 200-årig tradition i Sverige. När cigaretterna introducerades i stor skala efter andra världskriget minskade snusbruket kraftigt för att nå en bottennivå mot slutet av 1960-talet. De framgångsrika marknadsföringskampanjer som då genomfördes ledde till att snusbruket ökade stadigt fram till början av 2000-talet då snusandet hos svenska män tycks ha nått sin kulmen. En bit in på 2000-talet ökade kvinnornas snusbruk något, men ökningen tycks ha avstannat. Daglig snusning har minskat bland svenska män från 22 procent 2004 till 19 procent 2009 och under samma tid endast ökat marginellt bland kvinnor, från 3 till 4 procent (Statens folkhälsoinstitut, 2009). Även bland ungdomar är den aktuella trenden nedåtgående.

Blandbruk

Många tror att snusare främst består av tidigare rökare, och att snusare inte röker. Enligt sammanvägda data från den nationella folkhälsoenkäten, Hälsa på lika villkor 2004–2007, stämmer inte detta. Nästan hälften av dagens snusare har aldrig rökt. Blandbruket är också mycket omfattande. En tredjedel av snusarna röker även dagligen (11 %) eller då och då (24 %). Snusarna är alltså dagligrökare i ungefär lika stor utsträckning som män i allmänhet och då- och då-rökare i nästan dubbelt så stor

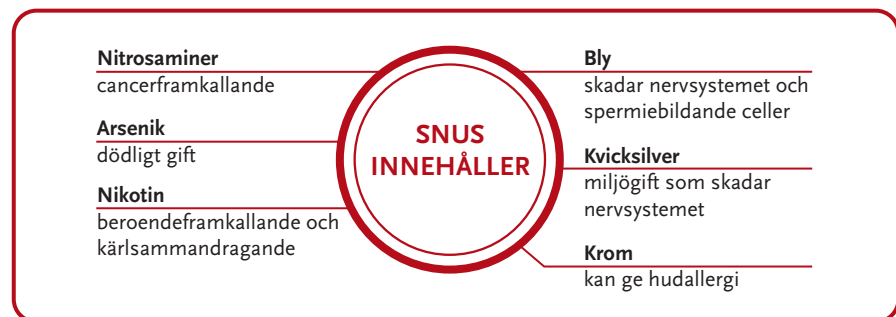
utsträckning (män i allmänhet dagligrökning 11 % och då- och då- rökning 13 %) (Statens folkhälsoinstitut, 2009). De största andelarna snusare återfinns ibland yngre män och en liknande socioekonomisk snedfördelning ses som vid rökning, det vill säga de korttidsutbildade snusar mest.

Vad är snus?

Snus består av finmalen tobak med olika tillsatsämnen som påverkar konsistens, fuktighet och smak. Det finns i dag fler än 150 snussorter med olika innehåll och det konsumeras mer portionssnus än lössnus.

Nikotinet från snuset tas huvudsakligen upp genom slemhinnan i munnen (även delvis i mag-tarm-kanalen då man sväljer nikotin). Men upptaget sker långsammare än vid cigarettökning, och nikotinkoncentrationen i blodet når maximal nivå inom 30 minuter (European Commission, 2008). Snusarens halt av nikotin i blodet varierar med olika sorter, men är generellt sett jämförbar med rökarens. Nikotinhalten håller sig dock jämnare genom att snuset ger en mer kontinuerlig tillförsel av nikotin än cigaretter. Genomsnittssnusaren använder 12 portioner snus per dag och har snus i munnen under 12 timmar (Digard, Errington, Richter & McAdam, 2009). Den uttalade nikotinexponeringen under en stor del av dygnet utgör en stressfaktor för snusarens hjärta och blodkärl. Hjärtat får slå 15 000–30 000 fler slag per dygn och blodtrycket höjs med 5–10 millimeter kvicksilver (European Commission, 2008, Bolinder, 1997).

Figur 8. Några av ämnena som snus innehåller.



Hälsoförluster av snus

Snusets skadliga effekter jämförs ofta med rökningens, men en sådan jämförelse blir skev då få saker är så hälsofarliga som rökning. Jämförelsen är även från folkhälsosynpunkt irrelevant. Effekterna och hälsoriskerna för snusaren bör jämföras med att inte alls använda någon form av tobak. Snus innehåller nikotin och är beroendeframkallande på samma sätt som cigarettökning (European Commission, 2008). Sammanlagt innehåller

snus över 3 000 olika ämnen som är skadliga för hälsan varav minst 28 är cancerframkallande. Mest känt är de cancerframkallande ämnen som kallas tobaksspecifika nitrosaminer (European Commission, 2008). Den vetenskapliga forskningen om snusets effekter på hälsan är ännu så länge ofullständig jämfört med forskningen om rökning.

Statens folkhälsoinstitut gav 2005 ut rapporten *Hälsorisker med svenskt snus*, där forskare vid Karolinska institutet bland annat drog slutsatsen att svenskt snus är cancerframkallande (Cnattingius et al., 2005). WHO:s cancerforskningsinstitut IARC har också bedömt snus vara cancerframkallande (IARC, 2007). Samma slutsats drog en vetenskaplig kommitté som gjorde en samlad bedömning av kunskapsläget på EU-kommissionens uppdrag 2008 (European Commission, 2008). Tillsammans med de senaste publicerade resultaten av svensk forskning kan läget nu sammanfattas på följande sätt:

Snusning ökar risken för

- cancer i bukspottkörteln (Cnattingius et al., 2005)
- dödlig hjärtinfarkt, dödlig stroke (Cnattingius et al., 2005, Hergens, 2007, Bofetta & Straif, 2009)
- förhöjt blodtryck (Cnattingius et al., 2005, Hergens, 2007)
- permanenta och reparable munslemhinneförändringar (Cnattingius et al., 2005).

Vissa indikationer finns även på att snusning ökar risken för

- cancer i matstrupen och magsäcken (Luo et al., 2007, Zendehdel et al., 2008, Bofetta, Hecht, Gupta & Straif, 2008)
- metabolt syndrom, en rubbning i ämnesomsättningen som leder till fetma, högt blodtryck, höga blodfetter, diabetes och hjärt-/kärlsjukdom (Norberg, Stenlund, Lindahl, Boman & Weinehall, 2006)
- diabetes typ 2 (Persson et al., 2000)
- havandeskapsförgiftning hos gravida, förtida förlossning och reducerad födelsevikt hos barnet (England, Levine, Klebanoff, Yu & Cnattingius, 2003).

En norsk studie tyder även på att snusare löper större risk att skadas under träning. Skador i muskler, leder, ligament, senor samt ryggsmärtor visades vara vanligare bland snusare än bland icke-snusare och rökare (Heir & Eide, 1997).

Innan fynden har bekräftats av flera forskare är det emellertid svårt att yttra sig med någon säkerhet om de närmast ovan beskrivna sambanden.

Men det finns anledning att inta samma restriktiva hållning gentemot snus som Världshälsoorganisation, EU-kommissionen och en rad forskare.

Några hälsoekonomiska analyser har ännu inte gjort beträffande snus.

Snusning, ungdomar och alkohol

En svensk studie som följt en kohort på nästan 3 000 ungdomar från 11 till 18 år har försökt undersöka om det finns en så kallad "gateway effekt", det vill säga om snusbruk hos unga ökar risken att de senare börjar röka. Forskarna drog slutsatsen att högst 6 procent av dem som rökte vid 18 års ålder teoretiskt kunde antas inte ha blivit rökare om de inte först hade börjat snusa (Galanti, Rosendal, Post & Gilljam H, 2001, Galanti, Rosendal & Wickholm, 2008). Nikotinanvändning kan som vi diskuterade i kapitel två öppna vägen för ett ökat alkoholdrickande. Studier av ovan nämnda ungdomskohort visade även att de ungdomar som snusar mest är de som också alkoholberusar sig mest, mer än de som enbart röker. Bland pojkar i årskurs nio i grundskolan var det 14 procent bland de tobaksfria som ofta brukade dricka stora mängder alkohol. Sådant omfattande drickande var betydligt vanligare (49 %) bland de pojkar som rökte. Bland snusarna var det ännu vanligare (60 %) och av de pojkar som både rökte och snusade rapporterade hela 69 procent att det var vanligt att de drack mycket alkohol (Rosendahl, Galanti, Gilljam & Ahlbom, 2003, Wickholm, Galanti, Söder & Gilljam, 2003).

Snus och harm reduction-argumentet

Ibland hävdas att snusning bör rekommenderas som ett mindre skadligt sätt att underhålla nikotinberoendet hos rökare som "inte kan eller vill sluta", så kallad harm reduction. Ett annat argument är att det till största delen skulle vara snusningens förtjänst att tobaksrökning bland svenska män är låg jämfört med internationella nivåer. Men tvärtom kan det hävdas att Sverige alltid haft en lägre andel rökare än omvärlden och att det omfattande tobaksförebyggande arbetet, tillsammans med en kulturell tradition hos svenska män att använda snus, är det som huvudsakligen kan förklara den minskade rökningen, något som även EU-kommissionens expertkommitté fann troligt (European Commission, 2008). Myten om snusets starka positiva inverkan på svenska rökvanor motsägs också av data från folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor*. Den visar att fyra av tio snusare faktiskt har börjat sitt tobaksbruk med snus och att nästan lika många fortsätter med ett blandbruk (Statens folkhälsoinstitut, 2009). Högst 5–6 procent av de svenska männen uppskattas ha haft hjälp av snus i sitt rökslut. Svenska kvinnor har slutat röka i nästan samma omfattning som män utan att gå över till snus (Statens folkhälsoinstitut, 2009, European Commission, 2008). Slutligen visar utvecklingen i stater där man satsat mer medvetet

på breda förebyggande åtgärder, bland andra Kanada och Australien, att rökningen kan nedbringas under den svenska nivån utan hjälp av snus.

Det är samtidigt viktigt att förstå den huvudsakliga bakgrunden till harm reduction-debatten. Begreppet harm reduction kopplat till tobak har främst blivit myntat av tobaksindustrin (McKee & Gilmore, 2007). De flesta cigarettproducenter har nämligen förstått att deras produkter har en dyster framtid och går därför nu in på den rökfria marknaden i stor omfattning för att behålla inkomster och kunder. Tillverkarnas argument att det är ”hjälp till manliga rökare” man önskar tillhandahålla rimmar dåligt med en produktutveckling och marknadsföring som tydligt riktar in sig mot ungdomar och kvinnor.

Att snusning är mindre hälsoskadlig än rökning är inte kontroversiellt. Men oavsett hur mycket mindre skadlig snusning bedöms vara har den ändå så allvarliga dokumenterade ohälsoeffekter att den ska betraktas som en olämplig ersättning för rökning. Den enda framkomliga vägen för att minska rökningen är det breda arbete som omfattar många aktörer, strategier och målgrupper och som beskrivs i kommande kapitel.

Snus är ingen rökavvänjningsprodukt

Det finns ingen kontrollerad vetenskaplig studie på användning av snus som ett medel för att sluta röka och snus är således ingen evidensbaserad rökavvänjningsmetod (European Commission, 2008). De flesta som använder snus för att sluta röka (minst 2/3) kommer att bli beroende av snus, det vill säga de kommer att behålla och kanske förstärka sitt nikotinberoende (European Commission, 2008). Hälso- och sjukvårdens verksamhet grundas på flera viktiga etiska principer, till exempel försiktighetsprincipen och att inte skada. Enligt försiktighetsprincipen går det inte att rekommendera en produkt – snus – som inte är tillförlitligt utforskad. Det skulle strida mot principen om att inte skada att rekommendera en cancerframkallande produkt som ett ”hälsosammare alternativ” till rökning. I internationella och nationella dokument, kunskapssammanställningar och rekommendationer behandlas snus som ett beroendeframkallande och skadligt bruk som människor rekommenderas att sluta med och som hälso- och sjukvården bör hjälpa till att avvänja människor ifrån. För rökavvänjning finns effektiva evidensbaserade metoder, se kapitel 8.

Nikotinfritt snus är inte en tobaksprodukt. Om detta har någon roll i tillvänjning eller avvänjning är inte utforskat, och inte heller om det har någon skadlig inverkan på hälsan.

MYT

Snus är ett effektivt rökavvänjningsmedel.

FAKTA

Den som slutar röka med ”hjälp” av snus riskerar att behålla och kanske förstärka sitt nikotinberoende. Snus orsakar allvarliga sjukdomar och ska inte rekommenderas som rökavvänjningsmedel.

DET ÄR ALDRIG FÖR SENT
ATT SLUTA MED TOBAK



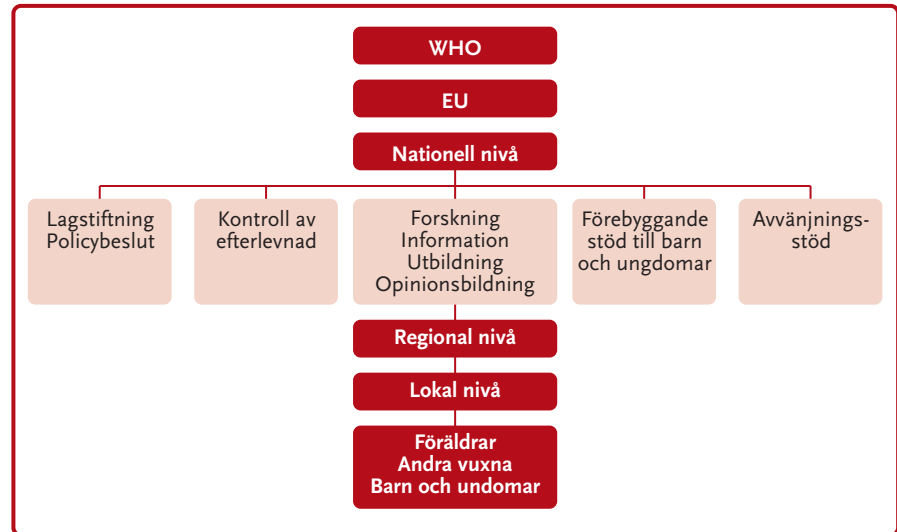
5. Det breda och långsiktiga tobaksförebyggande arbetet

SAMMANFATTNING

Tobakens skadeverkningar kan minskas bara genom ett brett arbete som omfattar många aktörer, strategier och målgrupper. Regeringens folkhälsomål för tobak till 2014 är högt ställda. Bedömningen är att det kommer att vara svårt att nå målen med dagens nivå på arbetet och med aktuella ekonomiska satsningar. Tobaksavvänjning är en nyckelfaktor i det tobaksförebyggande arbetet eftersom de flesta förtida dödsfall inom överskådlig tid kommer att inträffa bland personer som röker redan i dag. WHO:s ramkonvention om tobakskontroll bör få större genomslag i det svenska arbetet.

DET FINNS I DAG internationellt och nationellt en stark enighet om hur det tobakspreventiva arbetet ska bedrivas och om olika metoders effektivitet. Tobakens skadeverkningar kan minskas bara genom ett brett arbete som omfattar många strategier och målgrupper. Tobakspolitiken bör inriktas på åtgärder för att minska såväl efterfrågan på som tillgången till tobak genom att påverka de viktigaste bakomliggande bestämningsfaktorerna för tobaksbruk: pris, tillgänglighet och social acceptans. Arbetet måste samtidigt bedrivas av aktörer på flera olika nivåer i samhället – staten, landsting, kommuner, företag och frivilligorganisationer – och syfta till att påverka benägenheten både till tobaksdebut bland ungdomar och till att sluta med tobak. För att arbetet ska bli effektivt krävs en kombination av åtgärder, exempelvis information, utbildning, skyddande och begränsande lagstiftning, en aktiv prispolitik, minskad tillgänglighet, opinionsbildning, rökfria miljöer och målgruppsanpassad tobaksavvänjning. Det här är insatser som alla påverkar den sociala acceptansen och samhällets normer kring tobak.

Figur 9. Det tobakspreventiva arbetet måste vara brett och innehålla insatser på många nivåer.



WHO:s ramkonvention om tobakskontroll

På tobaksområdet förekommer i dag ett omfattande internationellt samarbete inom EU och genom WHO. WHO rekommenderar till exempel alla världens länder att ha ett brett och omfattande långsiktigt program under strategisk nationell ledning. Detta manifesteras i *WHO:s ramkonvention om tobakskontroll* som trädde i kraft i februari 2003 (WHO, 2003). Sverige anslöt sig till ramkonventionen i juli 2005. Syftet är att stimulera världens länder att samarbeta för att skydda kommande generationer från tobakens hälsomässiga, sociala, ekonomiska och miljömässiga skadeverkningar och för att stoppa tobaksindustrins inflytande på hälsopolitiken. Tobakskonventionen har samma status som andra internationella konventioner, till exempel konventionen om mänskliga rättigheter och barnkonventionen. Att vi anslutit oss till tobakskonventionen innebär att Sverige förbundit sig att anpassa sina egna lagar efter dess krav.

Tobakskonventionen innehåller totalt 38 så kallade artiklar.

- Artiklarna 6–14 syftar till att minska efterfrågan på tobak
- Artiklarna 15–17 handlar om att begränsa tillgången på tobak
- Andra artiklar innehåller övergripande åtgärder och institutionella frågor, till exempel hur samarbetet mellan olika länder ska gå till.

Bland de viktigaste artiklarna kan nämnas

- Artikel 6. Priser och skatter
- Artikel 8. Skydd mot passiv rökning
- Artikel 12. Utbildning, information och allmän upplysning
- Artikel 13. Tobaksreklam, marknadsföring och sponsring
- Artikel 14. Tobaksavvänjning
- Artiklarna 20, 22 och 26 framhåller bland annat vikten av omfattande epidemiologisk bevakning och att tillräckliga och kontinuerliga resurser avsätts till arbetet
- Artikel 4.2.d slår fast att länderna alltid ska ta genus i beaktande när man utarbetar strategier för tobakskontroll
- Artikel 5.2.a berör vikten av att varje land inrättar, alternativt förstärker, och finansierar en nationell samordnande funktion för tobakskontroll
- Artikel 5.3 avhandlar hur tobakspreventionen ska skyddas mot tobaksindustrins inflytande.

Artikel 14 om tobaksavvänjning understryker behovet av att länderna utvecklar sina insatser för tobaksavvänjning, till exempel att man ställer diagnos på patienter samt att man försöker göra tobaksavvänjning och läkemedel för avvänjning lättillgängliga.

Ett omfattande arbete pågår för att omsätta tobakskonventionen i praktisk handling inom och mellan anslutna länder. Detta arbete innebär bland annat att utarbeta *riktlinjer och protokoll* för hur konventionens artiklar kan tolkas. Till exempel håller en arbetsgrupp på att formulera riktlinjer för artikel 14 om tobaksavvänjning och ett förslag ska presenteras i slutet av 2010.

Det är nu mycket viktigt att tobakskonventionen kan börja fungera som stöd för det tobaksförebyggande arbetet i Sverige både på nationell, regional och lokal nivå. Läs mer om tobakskonventionen i Statens folkhälsoinstituts rapport *Tobakskonventionen* (Statens folkhälsoinstitut, 2009b).

Det svenska tobakspreventiva arbetet

Arbetet i Sverige är ett exempel där ett brett åtgärdsprogram har legat bakom ett framgångsrikt arbete med att minska tobaksbruket. Sverige var också det enda land i Europa som nådde WHO:s målsättning för 2000 med högst 20 procent dagligrökare; Sverige har nu 13 procent dagligrökare, lägst i EU (European Commission, 2006). Men totalkonsumtionen av tobak är fortfarande hög på grund av snusbruket (29,5 %), och ligger på samma nivå eller högre än många andra länder, till exempel Kanada.

Det nationella arbetet med tobak vilar i enlighet med internationella rekommendationer på fyra grundpelare:

- Lagstiftning och andra regleringsåtgärder (inklusive en aktiv prispolitik) samt information om och tillsyn av reglerna.
- Opinionsbildning, massmediekampanjer och kunskapsspridning som stödjer och förklarar tobakspolitiken.
- Information och utbildning om tobak som ett reguljärt inslag i många verksamheter, till exempel inom skol- och utbildningsväsendet samt hälso- och sjukvården. Hela befolkningen inklusive personer med svaga kunskaper i svenska språket måste kunna nås av information.
- Tillgång till rådgivning, tobaksavvänjning och läkemedel för avvänjning.

I den svenska tobakspreventiva strategin är den nationella telefonlinjen Sluta röka-linjen och webbplatsen Tobaksfakta (www.tobaksfakta.se) strategiskt viktiga delar. Det breda svenska åtgärdsprogrammet innehåller även andra framgångsfaktorer, till exempel de frivilliga organisationernas arbete med information och opinionsbildning, specifika program riktade till kvinnor (inklusive gravida) och en god samordning av aktiviteter genom väl utvecklade nätverk bestående av nyckelpersoner inom statliga myndigheter, länsstyrelser, landsting, kommuner och frivilligorganisationer.

Folkhälsomålen

Minskat tobaksbruk är en av våra viktigaste folkhälsofrågor. I folkhälso-propositionen 2002/03:35 tydliggörs att ett övergripande mål för folkhäl-sopolitiken är att skapa samhälliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa för hela befolkningen. Detta förnyades i den senaste folkhälsopropo-sitionen *En förnyad folkhälsopolitik* 2007/08:110. Målområde 11 handlar om tobak, alkohol och droger (Prop. 2002/03:35). Till skillnad från alko-hol och narkotika som har nationella handlingsplaner har tobaksområdet fyra delmål.

Regeringen anger följande delmål för minskat tobaksbruk:

- 1 En tobaksfri livsstart från 2014.
- 2 En halvering till 2014 av antalet ungdomar under 18 år som börjar röka eller snusa.
- 3 En halvering till 2014 av andelen rökare bland de grupper som röker mest.
- 4 Ingen ska ofrivilligt utsättas för rök i sin omgivning.

Dessa mål är högt satta. Men som jämförelse kan nämnas att i trafiken arbetar man med en nollvision (Vägverket, 2008a), och regeringen har 2009 slagit fast som etappmål att dödligheten i trafiken ska halveras till 2020, vilket innebär högst 220 personer per år (Prop 2008/09:93). Som tidigare nämnts dör i Sverige fortfarande omkring 6 600 personer per år i förtid av tobaksbruk.

Långt kvar till delmålen

Statens folkhälsoinstitut har gjort uppskattningar som visar att vi har långt kvar till att nå delmålen 2014, vilket redovisas i tabell 4. Uppskattningen bygger på en jämförelse av statistik från 2004, det år man började arbeta med målen, med den senaste tillgängliga statistiken, främst från 2009. Det är med det tredje delmålet som arbetet har kommit längst, vilket till stor del beror på att andelen kvinnor som röker varje dag har minskat med 6 procentenheter sedan 2004. Att bara 16 procent kan anses vara avklarat i det första delmålet om en tobaksfri livsstart förklaras delvis med att den tillgängliga statistiken för detta delmål är från 2007, medan statistiken för övriga delmål är från 2009.

Statens folkhälsoinstituts bedömning är att det kommer att vara mycket svårt att nå målen till 2014 med dagens nivå på det tobakspreventiva arbetet trots den extra satsning som regeringen har gjort genom att tilldela Statens folkhälsoinstitut extra resurser för ett Nationellt Tobaksuppdrag under perioden 2008–2010³.

Tabell 4. Statens folkhälsoinstituts bedömning av hur mycket av folkhälsomålen för tobak som har uppnåtts 2009.

Delmål	Bedömning av måluppfyllelse 2009
En tobaksfri livsstart från 2014.	17 procent har uppnåtts
En halvering till 2014 av antalet ungdomar under 18 år som börjar röka eller snusa.	19 procent har uppnåtts
En halvering till år 2014 av andelen rökare bland de grupper som röker mest.	41 procent har uppnåtts
Ingen ska ofrivilligt utsättas för rök i sin omgivning.	32 procent har uppnåtts

3 Enligt regeringsbeslut S2008/7699/FH (delvis) och S2008/4702/FH (slutlig), läs mer www.fhi.se.

MYT

Det viktiga för att komma tillrätta med rökningen och snuset är att hindra ungdomarna från att börja.

FAKTA

En av de viktigaste bestämningsfaktorerna för tobaksbruk är social acceptans. Tobaksavvänjning för vuxna är således en mycket viktig del av det åtgärds paket som behövs för att hindra ungdomar att börja, eftersom vuxnas beteende utgör modell för ungdomars beteende när de ska göra sitt inträde i vuxenlivet.

Tobaksavvänjning en nyckelfaktor

Det är således viktigt att tobakspreventionen innehåller många komponenter som ger en synergieffekt. Samtidigt är bedömningen att tillgången till tobaksavvänjning är en central faktor för att man ska lyckas pressa ner den rökrelaterade dödligheten signifikant inom överskådlig tid, vilket också Nationella folkhälsokommittén lyft fram (SBU, 1998, The Word Bank, 1999, SOU 2000:91). I SBU-rapporten *Metoder för rökavvänjning* slår man fast att rökavvänjning kommer att vara den viktigaste komponenten i arbetet för att minska den rökningssrelaterade dödligheten under de kommande decennierna, eftersom de flesta förtida dödsfall kommer att inträffa bland personer som röker redan i dag (SBU, 1998). Att påverka barn och ungdomar att aldrig börja röka kan också rädda många liv och förbättra folkhälsan, och det är därför en viktig del av tobakspreventionen. Men resultatet av arbetet kommer att märkas först under andra halvan av det här seklet, eftersom det krävs flera decenniers exponering innan de skadliga effekterna blir uppenbara (WHO, 2003a). Det är samtidigt det breda tobakspreventiva arbetet som visat sig ha effekt på ungas tobaksbruk snarare än specifika informationsåtgärder riktade till de unga själva. Det är även viktigt att utveckla en effektiv snusavvänjning om vi på allvar ska kunna minska det totala tobaksbruket i Sverige. Erfarenheten visar också att det förebyggande arbetet med barn och unga inte får påtaglig effekt så länge en stor andel vuxna är negativa förebilder genom sitt tobaksbruk. Det är även viktigt att vuxna är tydliga med att *uttrycka* sin negativa inställning till tobak, och undersökningar har något förvånande visat att rökande ungdomar själva förväntar sig att vuxna ska ingripa mot deras rökning (Nilsson, 2009).

Vad satsas i dag på att minska tobaksbruket?

År 2007 beräknas den svenska sjukvården ha kostat 278 miljarder kronor (Socialstyrelsen, 2009b). Tobaksskadorna svarar för minst 1,3 procent av sjukvårdskostnaderna, av Bolin & Lindgren beräknade till minst 2,5 miljarder (Bolin & Lindgren, 2004). Eftersom det finns kostnadseffektiva sätt att minska tobaksskadorna, vore det naturligt att man satsade ordentligt med hälso- och sjukvårdsresurser på det förebyggande arbetet. Så är det tyvärr inte. De tobakspreventiva och avvänjande insatserna i landstingen kan 2009 beräknas motsvara högst 43 miljoner kronor, mindre än en fjärdedels promille av sjukvårdskostnaderna (278 miljarder) (Statens folkhälsoinstitut, 2009a). Av dessa 43 miljoner var sammanlagt mindre än 10 miljoner kronor öronmärkta medel för tobaksprevention i fem landsting och resten löner till samordnare av tobaksprevention i landstingen och tobaksavvänjare på vårdcentraler och sjukhus. En undersökning av landstingens tobakspreventiva arbete 2009 finns att ta del av i rapporten *På väg mot ett Tobaksfritt Landsting* (Statens folkhälsoinstitut, 2009a). Samma

undersökning har även gjorts 2002, 2004 och 2006 (Bjugård 2002, 2005, Holm Ivarsson, 2006).

Staten har genom Statens folkhälsoinstitut sedan 1992 i genomsnitt satsat cirka 14 miljoner kronor per år på det nationella arbetet för att minska tobaksbruket. Regeringen utökade budgeten till 30 miljoner kronor per år genom tobaksuppdraget 2002–2005 (sammanlagt 90 miljoner kronor), och under åren 2008–2010 satsas återigen 23 miljoner kronor per år (sammanlagt 69 miljoner) på ett nytt nationellt tobaksuppdrag. Till detta kommer det årliga bidraget på fem miljoner till Sluta röka-linjen och sex miljoner till de ideella organisationer som verkar på tobaksområdet. Men det är betydligt mindre än vad som satsas på att bekämpa andra droger och på att minska dödligheten i trafiken. Åren 2008–2010 satsas sammanlagt 237 miljoner kronor per år på att minska användningen av alkohol, narkotika och dopning (Prop. 2007/08:110). Dessutom tillkommer cirka 60 miljoner under två år på implementeringen av Socialstyrelsens riktlinjer för missbruks- och beroendevården (G. Brännström, Sveriges kommuner och landsting [SKL], personlig kommunikation, 09-08-13). För bättre trafiksäkerhet satsas årligen drygt fem miljarder (U. Magnusson, personlig kommunikation, Vägverket, 09-07-07).

Att använda skatteinstrumentet aktivt

Till de viktigaste åtgärderna som Världsbanken rekommenderar regeringar att genomföra för att begränsa tobaksbruket hör ökad tobaksskatt. Enligt Världsbankens analyser medför en tioprocentig prishöjning på cigaretter att konsumtionen bland vuxna minskar med i genomsnitt 4 procent i utvecklade länder, och ännu mer i utvecklingsländer. Låginkomsttagare och ungdomar tycks samtidigt vara särskilt priskänsliga (The World Bank, 1999). Det antas bero på att om en relativt större del av den totala inkomsten används till tobak känns en prishöjning mer i plånboken. Det betyder att höjd tobaksskatt inte bara minskar tobakskonsumtionen bland dem som fortsätter att röka eller snusa, det minskar också i hög grad antalet personer som använder tobak genom att färre börjar.

Över 50 procent av priset på cigaretter är skatt.⁴ Tobaksskatten förväntas enligt regeringens budget för 2009 ge intäkter på knappt 11 miljarder kronor. WHO rekommenderar att alla länder undersöker möjligheterna att avsätta en del av tobaksskatten till tobakspreventivt arbete (WHO, 1988). En procent (1 %) av tobaksskatten i Sverige skulle ge 110 miljoner kronor per år till det tobakspreventiva arbetet, eller cirka 70 kronor per dagligkonsument av tobak över 15 år. Även ungdomar står för en ansenlig del av de statliga intäkterna samtidigt som ungdomar under 18 år enligt lag inte

4 Skatten är 23,84 kronor på ett paket cigaretter som kostar 45 kronor i butik (31 öre x antal + 39,2 % x detaljhandelspriset), (Retrieved from <http://www.skatteverket.se/skatter/punktskatter/alkohol.4.18e1b10334e8bc8000505.html>).

MYT

**Höjd tobaksskatt
påverkar inte rökarna.**

FAKTA

Priset är en av de viktigaste påverkansfaktorerna vi har när det gäller tobaksbruket. Höjd skatt gör att färre börjar och fler slutar. Mest påverkar prishöjningar ungdomar och låginkomsttagare. Prishöjningar på tobak bidrar alltså paradoxalt nog till ökad jämlikhet i hälsa.

ska kunna handla tobak. Om man skulle satsa en procent av tobaksskatten på att hjälpa de uppskattningsvis omkring 170 000 ungdomar i åldern 15–17 år som använder tobak i Sverige skulle det bli drygt 600 kronor per ungdom som kunde användas till skyddsåtgärder, satsningar som skulle kunna ses som allmänt drogpreventiva med hänsyn till den kunskap vi har idag om sambandet mellan nikotin och användande av andra droger. Tolv europeiska länder tillämpar i dag system med öronmärkta skattepengar till tobaksprevention (WHO, 2007).

Skattehöjningar på tobak får alltså flera tobakspreventiva effekter, dels direkt genom att färre börjar och fler slutar eller minskar sin konsumtion, dels indirekt genom att ge utrymme för ett mångsidigt, storskaligt och uthålligt statligt tobakspreventivt program. I en rapport från USA:s så kallade Surgeon General, *Reducing Tobacco Use*, slår man fast att man med en tillräcklig finansiering kan halvera tobaksrökningen bland vuxna och ungdomar på tio år i USA, bara genom att använda de metoder som redan finns (The Surgeon General, 2000).

Tobaksprevention i andra länder

Trots det faktum att det finns en miljard rökare i världen och att tobaken dödar fem miljoner människor per år finns det enligt en rapport från WHO fortfarande stora brister i genomförandet av en effektiv tobakspolitik i alla världens länder (WHO, 2008).

Rapporten visade att regeringarna i världen tar in 500 gånger mer i tobaksskatt än de satsar på tobaksförebyggande åtgärder, och det gäller även Sverige som satsat mindre än en procent av tobaksskatten per år som mest. Endast fyra procent av länderna använder skatteinstrumentet optimalt för att minska tobaksbruket, och Sverige är ej ibland dessa länder. Nittiofem procent av världens länder har ännu ej infört varningsmärkning som täcker minst 50 % av fram- och baksidorna av tobaksförpackningarna och innehåller bilder. Bara nio procent av länderna bedömdes dessutom ha en fullt utbyggd tobaksavvänjning; Sverige var inte ett av dem. Ett område där Sverige ligger bra till jämfört med många andra länder är arbetet för att skydda befolkningen från passiv rökning genom lagstiftning, men det finns mycket mer att göra även inom detta område. Fortfarande 2009 utsätts 18 procent av männen och 15 procent av kvinnorna för passiv rökning i hemmet, på arbetet eller i andra inomhusmiljöer (Statens folkhälsoinstitut, 2009).

I en annan studie av tobaksavvänjningsutbudet i 36 olika utvecklade länder och utvecklingsländer bedömdes Storbritannien ha den bästa nivån på tobaksavvänjning. Kartläggningen omfattade även policyer, som till exempel om man har en nationell ansvarig för avvänjning, tillgängligheten till avvänjning och hjälpmedel samt ersättningssystem för såväl behandling som hjälpmedel. Sverige hamnade i undersökningen på nittonde plats,

både Norge och Finland låg bättre till (Danmark och Island ingick inte i undersökningen) (Raw, Regan, Rigotti & McNeill, 2009).

Europa och de breda åtgärdsprogrammen

Storbritannien är ett av de länder i Europa som hittills satsat mest på breda åtgärdsprogram där tobaksavvänjning ingår som en del. Enligt en studie 2006 (Joossens & Raw, 2007) hade Storbritannien tillsammans med Island Europas effektivaste tobakspolitik. Sverige hamnade på sjätte plats. Sedan dess har Storbritannien ytterligare skärpt sin tobakspolitik genom att införa rökfria arbetsplatser och bilder som förstärkare i varningstexterna på cigarettpaketen. Storbritannien låg särskilt bra till när det gällde tobaksskatter och förbud mot tobaksreklam samt stöd till människor som vill sluta röka. Storbritannien var också det enda land som satsade mer än en euro per capita och år på tobaksprevention. Andra länder i Europa med en väl utvecklad tobakspolitik är Island, Irland och Norge.

Exempel från USA

Många delstater i USA har varit också mycket offensiva och framgångsrika i sin tobaksprevention. I de amerikanska delstaterna Arizona, Kalifornien, Massachusetts och Oregon sjönk tobakskonsumtionen med över 40 procent under åren 1990–2000 jämfört med 20 procent i landet i sin helhet. Det berodde till stor del på framgångsrika satsningar på tobaksprevention som kampanjer i teve, radio och tryckta medier, program i skolorna och rökavvänjning i olika former. Vidare satsade man på skärpt övervakning av försäljningen till ungdom och ökad tillsyn av offentliga miljöer där rökförbud råder (Farrelly, Pechacek & Chaloupka, 2003).



70 % VILL SLUTA RÖKA,
45 % VILL SLUTA SNUSA

6. Många vill sluta och behöver stöd

SAMMANFATTNING

Man beräknar att minst 70 procent av rökarna och närmare hälften av snusarna vill sluta. Men nikotinberoendet är starkt och återfallsrisken hög. Trots det lyckas de flesta till slut utan att ha haft kontakt med vården. Ungefär var tredje tobaksbrukare skulle dock vilja ha stöd, men många vet inte att det finns hjälp att få. Patienter behöver bli mer medvetna om tobakens påverkan på hälsan och sjukvårdspersonal har en viktig roll när det gäller att informera om detta. Lokal marknadsföring av avvänjningsstöd är en nyckelfaktor i detta arbete.

DE FLESTA VUXNA som i dag röker och uppemot hälften av snusarna vill sluta. Olika undersökningar tyder på att andelen som vill sluta röka ligger mellan 70 och 84 procent. I en undersökning som gjordes bland EU:s medlemsländer 1998 låg Sverige med 84 procent högst i Europa när det gäller viljan att sluta röka (Fagerstrom, Boyle, Kunze & Zatonski, 2001).

Några svenska befolkningsundersökningar av viljan att sluta med tobak har visat att

- 72 procent av rökarna i Skåne ville sluta 2008 (E. Bengtsson, Socialmedicinska enheten, Region Skåne, personlig kommunikation, 09-09-02)
- 75 procent av rökarna och 40 procent av snusarna i Östergötland ville sluta 2006 (Folkhälsovetenskapligt centrum, Östergötland, 2007)
- 70 procent av rökarna och 35–55 procent av snusarna i Norrland och Västra Götaland ville sluta 2003 (Västernorrlands, Jämtlands, Västerbottens & Norrbottens län, 2003, Västra Götalandsregionen, 2003).

Det kan alltså vara fler än 600 000 personer i Sverige som vill sluta röka (70 %) och ytterligare drygt 350 000 som vill sluta snusa (45 %). På basis främst av undersökningar initierade av läkemedelsindustrin bland rökare och deras köp av nikotinläkemedel, kan man uppskatta att minst 25–40 procent av rökarna försöker sluta varje år, vilket motsvarar cirka 225 000–350 000 personer (J. Grytberg, Pfizer, personlig kommunikation 04-01-01, Svenska

GÖR DINA EGNA BERÄKNINGAR

I bilaga 4 kan du räkna ut hur många rökare och snusare i ditt län som kan uppskattas vilja sluta, hur många som vill ha stöd att sluta och vad det kostar att hjälpa dem.

Gallup, 2003). Återfallsrisken är hög (SBU, 1998), men de flesta lyckas efter flera försök vanligen under lång tid. Åren 2004–2008 har 200 000 personer slutat röka, alltså i genomsnitt cirka 40 000 per år (Statens folkhälsoinstitut, 2009).

Många vill ha hjälp att sluta

Att lyckas sluta röka och snusa är för många svårt, och många önskar också professionell hjälp. De ovan refererade befolkningsstudierna från Norrland och Västra Götaland 2003 visade att av dem som vill sluta, önskade cirka 36 procent av rökarna och 30 procent av snusarna få hjälp och i Skåne 2008 ville 45 procent av rökarna ha stöd för att sluta (E. Bengtsson, Socialmedicinska enheten, Region Skåne, personlig kommunikation, 09-09-02, Västernorrlands, Jämtlands, Västerbottens & Norrbottens län, 2003, Västra Götalandsregionen, 2003). När man tillfrågade primärvårds-patienter på plats i Södertälje (2003) var det till och med så många som 73 procent av rökarna som var intresserade av professionell rökavvänjning om den erbjöds, varav 38 procent omedelbart (Mjörnheim, Fagerström, Hermanson & Raak, 2003). Men i Norrlandsundersökningen var det bara 2 procent som uppgav att de använt rådgivning som hjälp vid rökstopps-försök (Västernorrlands, Jämtlands, Västerbottens & Norrbottens län, 2003).

Om man generaliserar befolkningsstudierna till att gälla hela landet kan det vara omkring var tredje av dem som vill sluta, eller cirka 200 000 rökare och 100 000 snusare, som vill ha hjälp. Men de flesta som slutar gör det på egen hand, omkring 85 procent av rökarna tros göra sina rökslutarförsök utan kontakt med vården (H. Gilljam, Karolinska institutet, personlig kommunikation, 09-09-04). Många vet inte att man kan söka professionell hjälp på till exempel vårdcentralen eller ringa Sluta röka-linjen. I en opinionsundersökning 2009 svarade endast 65 procent av både rökare och icke-rökare att de vet var man kan få hjälp att sluta röka (Novus opinion, 2009).

Samtidigt upplever många tobaksavvänjare att efterfrågan på hjälp med avvänjning från patienter är låg. Därför är landstingets marknadsföring av tobaksavvänjning en nyckelfaktor. En ökad lokal marknadsföring av Sluta röka-linjen är också mycket viktig. Det är mycket viktigt att rökare och snusare hittar det stöd de behöver eftersom tobaksavvänjare med enkla och kostnadseffektiva insatser kan hjälpa till att påtagligt öka chansen att lyckas sluta röka och snusa (läs mer i kapitel 8-9).

Svårt att bryta tobaksberoendet

För alla är det inte så lätt att sluta utan hjälp. Nationella Folkhälsokommittén betonade i sitt betänkande *Hälsa på lika villkor* (SOU 2000:91) att tobaksbruk inte är följden av en frivillig konsumtionsvana, utan att nikotin är en

drog som ger snabb tillvänjning. Därför måste man tillämpa ett drogpolitiskt synsätt i folkhälsoarbetet.

Rökare återfaller vanligen till sin rökning flera gånger, och rökning betecknas av WHO som en kronisk återfallssjukdom (WHO, 2003a). I genomsnitt räknar man med att det kan behövas minst 3–4 försök innan man lyckas sluta röka för gott (SBU, 1998). Samma sak gäller snusare som försöker sluta (European Commission, 2008). Orsaken är att nikotin ger ett mycket starkt fysiologiskt och psykologiskt beroende. Både nikotinberoende och nikotinabstinens räknas i dag som sjukdom. I de internationella klassifikationssystemen för sjukdomar (American Psychiatric Association [APA], 1994, Socialstyrelsen, 1997) klassas nikotinberoende som en psykisk störning orsakad av att en kemisk så kallad psykoaktiv substans sätter hjärnans belöningssystem ur balans, diagnos F17. Det innebär att man måste tillföra drogen – nikotinet – kontinuerligt för att vara i balans och fungera optimalt. Uteblir nikotintillförseln får man abstinenssymtom med koncentrationssvårigheter, humörsvägningar och oro som framträdande drag (APA, 1994). De flesta upplevda fördelar med att röka kommer i verkligheten från den befrielse från nikotinabstinens som inträder varje gång man tar en cigarett (Parrot, 1998, Royal College of Physicians of London, 2000). Definitioner av nikotinberoende och nikotinabstinens enligt de internationella sjukdomsklassifikationssystemen ICD10 och DSM IV finns i bilaga 2.

Det fysiologiska beroendet kan mätas med den så kallade Fagerströmskalan (Heatherton, Kozlowski, Frecker & Fagerstrom, 1991). Mängden rökta cigaretter per dag och tiden från det att man vaknar till att man tar sin första cigarett på morgonen anses vara särskilt viktiga indikatorer på graden av nikotinberoende. Starkt beroende rökare har som regel svårare att sluta, kan behöva mer stöd och har större nytta av läkemedel för rökavvänjning.

Men beroendet har också psykologiska och sociala sidor. Att röka är ett inlärt mönster. Många röker till exempel när de talar i telefon, efter midagen eller med vännerna. För andra fungerar cigaretten som sällskap eller tröst i svåra situationer. För många som slutar röka kan saknaden efter cigaretten i sådana situationer bli långt svårare och ta mycket längre tid att hantera än det fysiska beroendet.

Rökarens kunskaper om rökningens faror

Den viktigaste faktorn för att vara motiverad att sluta röka är för vuxna oro för hälsan, och erfarenheten är att detta ofta är den viktigaste motivationsfaktorn även för snusare (Boyle et al., 2000). Det är lätt att förledas att tro att rökarna redan vet allt de behöver om rökningens skadlighet för hälsan och sambandet mellan rökning och olika symtom, och att den vetskapen ska få som följd att man automatiskt slutar. Två svenska

MYT

**Patienten slutar
väl när hon vill!**

FAKTA

För många rökare och snusare är det mycket svårt att sluta. Många rökare som aldrig tidigare försökt sluta blir förvånade när de upptäcker hur besvärligt det kan vara. Att sluta röka har mer karaktär av en process än en enstaka händelse. De flesta som lyckas sluta för gott har flera försök bakom sig, och på grund av att de försöker många gånger lyckas de flesta till slut.

Att bli en ex-tobaksbrukare innebär

- en period på omkring en månad när kroppen ställer om sig till att fungera utan nikotinet
- att lära sig att hantera situationer och sinnesstämningar utan att ta till tobak
- att utveckla ett synsätt att tobaken inte är någonting att ha.

MYT

Rökare vet redan
varför de ska sluta.

FAKTA

Studier visar att det finns brister i rökarens kunskap om hur rökningen skadar, men framför allt är det sambandet mellan de egna kroppsliga besvären och rökningen som är svår att ta till sig eftersom beroendet ofta också för med sig förnekelse.

undersökningar bland primärvårdspatienter 2002–2003 visade att 70–80 procent ansåg rökning vara en betydelsefull faktor som påverkar hälsan (Andréasson & Graffman, 2002, Mjörnheim et al., 2003). Det var alltså runt 20 procent som behövde bli mer medvetna om rökningens negativa inverkan på hälsan. Att det fortfarande är så tyder den tidigare refererade opinionsundersökningen från 2009 på (Novus opinion, 2009). Bara 82 procent av dem som svarade trodde att rökning påverkar dödligheten i hög eller ganska hög utsträckning, bara 77 procent trodde att rökning påverkar sjukvårdskostnaderna och bara 62 procent trodde att rökning påverkar sjukskrivningarna i hög eller ganska hög utsträckning.

Vårdpersonal viktig för att motivera

Men även om man är medveten om att rökning är farligt är det inte säkert att det leder till att man slutar. Det är nämligen vanligt att man – trots kunskap om riskerna – inte upplever hotet mot hälsan personligt. Förnekelsen kan vara stark när det gäller beroendesjukdomar. Det är också värt att notera att många felaktigt tror att det främst är nikotinet som orsakar sjukdomar (Boyle et al., 2000). Tvärtom är det huvudsakligen andra substanser i cigarettröken som skadar hälsan.

Vårdpersonal har därför en viktig funktion för att öka rökarens och snusares motivation att sluta på grund av vårdens kunskap och anseende att vara den instans som kan förklara sambandet mellan levnadsvanor och hälsa. Det kan ha avgörande betydelse att personal inom vården frågar om tobaksvanor, informerar om kopplingen mellan rökningen och snusningen och just den sjukdom patienten söker för och därmed ökar patientens motivation att sluta med tobak. De som ringer Sluta röka-linjen efter rekommendation från vårdpersonal har 3,5 gånger större möjlighet att lyckas med sitt tobaksstopp, vilket starkt talar för att hälso- och sjukvårdspersonal har en viktig roll för motivationen (Helgason et al., 2004). Att trots förekomsten av en tobaksrelaterad sjukdom underlåta att ta upp frågan om tobak är inte försvarbart och kan av patienten tolkas som att det är ofarligt att fortsätta.

De flesta patienter är även positiva till att läkare tar upp frågan om rökning. I en enkätundersökning till svenska primärvårdspatienter 2002 tyckte 70–90 procent av rökarna att detta var viktigt (Andréasson & Graffman, 2002). Utländska studier tyder också på att tillfredsställelsen med besöket hos läkaren ökar om patienten får frågor om rökning, och i relevanta fall råd om rökavvänjning. Det gäller både patienter som är beredda att sluta och patienter som inte tidigare tänkt på att sluta (Barzilai, Goodwin, Zyzanski & Stange, 2001, Solberg, Boyle, Davidson, Magnan & Carlson, 2001). I Sveriges kommuner och landstings undersökning *Vårdbarometern 2008* uppgav 90 procent av patienterna som besökt en vårdcentral under 2008 att man var positiv till att hälso- och sjukvården

tar upp livsstilsfrågor med dem, men bara 30 procent uppger att det gjorts (SKL, 2009a). Det finns även tidigare undersökningar som visar att det finns en diskrepans mellan det antal patienter som ser det som positivt att diskutera levnadsvanor med sjukvårdspersonal och det antal som får detta (Johansson, Berndtsen & Åkerlind, 2005, Socialstyrelsen, 2009b).

Hälso- och sjukvården har en stor kontaktyta mot svenska folket. Under ett år har nästan alla vuxna svenskar varit på ett apotek och 40 procent på en vårdcentral och 85 procent besöker tandvården minst vartannat år (SBU, 1998, Socialstyrelsen, 2006). Tillsammans med ett stort förtroendekapital i hälsofrågor ger det personal inom hälso- och sjukvården, tandvården och på apotek unika möjligheter till positiv påverkan på motivationen att sluta med tobak. I *Vårdbarometern 2008* svarade 10 procent att de ändrat sin livsstil på grund av de råd de fått av hälso- och sjukvårdspersonal (SKL, 2009a).

MYT

Patienterna tycker inte om att man frågar dem om deras tobaksvanor.

FAKTA

Studier visar att tillfredsställelsen med besöket ökar om patienten får frågor om rökning och i relevanta fall råd om rökavvänjning. De flesta är beredda på att få frågor om sin livsstil, eftersom man vet att levnadsvanor har starkt samband med många sjukdomar (Barzilai et al., 2001, Andréasson & Graffman, 2002).



TOBAKSAVVÄNJNING SPARAR
LIV OCH PENGAR

7. Utbudet av rådgivning och tobaksavvänjning

SAMMANFATTNING

Mellan 56 och 73 procent av vårdcentralerna erbjuder tobaksavvänjning, men i allmänhet med mycket låg intensitet. Bara fem landsting av 21 anser att man har helt adekvata resurser för patienternas behov av avvänjningsstöd och lika många anser att en adekvat del av personalen har utbildning i sådant stöd. Endast 17 procent av familjeläkarna och 10 procent av distrikts-sköterskorna anser att det lokala behovet av tobaksavvänjning är helt tillgodosett. Professionerna i hälso- och sjukvården bedömer rådgivning om tobak som viktigt, men upplever sig inte så effektiva eller kunniga.

ENLIGT HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSLAGEN (§ 2) ska patienter få individuellt anpassad information om sin hälsa och upplysningar om metoder för att förebygga sjukdom och skada och alla medborgare har lika rätt till vård och behandling (SFS 1982:763). Det är primärvården som i första hand har ansvaret för förebyggande arbete (§ 5), något som även understrukits av flera utredningar om hälso- och sjukvården (Nationella folkhälsokommittén, 2000, SOU 1997:119).

Tillgång till behandling av utbildade tobaksavvänjare

Statens folkhälsoinstitut har 2009 undersökt landstingens arbete med tobaksavvänjning, vilket redovisas i rapporten *På väg mot ett Tobaksfritt Landsting* (Statens folkhälsoinstitut, 2009a). Enligt en enkätundersökning 2009 som landstingen själva genomfört uppger 73 procent av de svarande vårdcentralerna att de har en egen resurs för tobaksavvänjning. Spridningen är dock mycket stor, från 35 procent i Västmanland till 100 procent i Kalmar, se bilaga 3. Ytterligare omkring 14 procent av vårdcentralerna uppger att de istället har ett samarbete med annan vårdenhet, som tar emot deras patienter för tobaksavvänjning. Siffrorna kan innebära en överskattning då vårdcentralernas svarsfrekvens i flera landsting var låg. De vårdcentraler som svarat att de har tobaksavvänjning (521) utgör endast 56 procent av det totala antalet vårdcentraler i Sverige (931). Den sanna siffran torde alltså ligga någonstans mellan 56 och 73 procent. Hur det ser ut i praktiken är dock på många sätt oklart. Tobaksavvänjarna på

vårdcentralerna uppges endast arbeta i genomsnitt 2 timmar per vecka med tobaksavvänjning och de avvänjer i genomsnitt 23 patienter per år, eller sammanlagt cirka 12 000 personer per år. På många håll är aktiviteten låg, och det är ett känt problem att många utbildade tobaksavvänjare i praktiken inte får särskilt stort utrymme för sitt arbete. Man har ofta svårt att behålla kontinuitet i tobaksavvänjningen, vilket innebär att verksamheten kan läggas ner vid semestrar, barnledighet och när tobaksavvänjaren byter jobb. Vi vet heller inte hur de samarbeten som finns fungerar, hur aktivt patienterna slussas till den vårdenhets man har överenskommelse med, eller hur effektivt dessa andra vårdenheter tar emot patienterna. Få landsting har ett väl fungerande rapporterings- och uppföljningssystem för tobaksavvänjning (Statens folkhälsoinstitut, 2009a).

Enligt kartläggningen av landstingens tobakspreventiva arbete 2009 uppges även

- endast två av 21 landsting att det *stämmer helt* att patienter tillfrågas om tobaksvanor vid alla typer av besök
- endast tre landsting att det *stämmer helt* att patienter erbjuds avvänjningsstöd
- endast fem landsting att det *stämmer helt* att man har adekvata resurser för patienternas behov av avvänjningsstöd
- sjutton landsting att man har personal med överbryggande ansvar för avvänjningsfunktionen
- femton landsting att man har en planering för hur avvänjningsstödet långsiktigt ska upprätthållas (Statens folkhälsoinstitut, 2009a).

Femtiotre procent av sjukhusen saknar tobaksavvänjning i den egna verksamheten (Statens folkhälsoinstitut, 2009a). Hjärt- och Lungsjukas Riksförbunds undersökning 2008 av vilka erbjudanden i fråga om rehabilitering och sekundärprevention patienter med hjärtsjukdom har fått efter det akuta omhändertagandet, visar att nästan 20 procent av Sveriges sjukhus saknade tobaksavvänjningsverksamhet i anslutning till hjärtkliniken trots starka rekommendationer i Socialstyrelsens riktlinjer för hjärtsjukvården (Socialstyrelsen, 2008, P. Johansson, Hjärt-Lungsjukas riksförbund, personlig kommunikation, 09-09-03).

Statens folkhälsoinstituts riskbruksprojekt frågade 2009 även olika grupper av professionella om de ansåg att det lokala behovet av tobaksavvänjning var tillgodosett. Störst andel allmänläkare som ansåg att behovet var *tillgodosett* fanns i Kalmar (91 %) och lägst andel i Dalarna (35 %). Bland distriktssköterskorna var det störst andel som ansåg att det var tillgodosett på Gotland (90 %) och lägst andel i Dalarna (35 %) medan bland barnmorskorna var det störst andel som ansåg det i Jönköping (96 %) och lägst i Gävleborg (28 %) och bland BVC-sjuksköterskor störst andel i

Jönköping (91 %) och lägst i Värmland (23 %). De lokala variationerna var mycket stora, se bilaga 3 (Statens folkhälsoinstitut, 2009c). Sammantaget ansåg fyra av tio läkare och distriktssköterskor att behovet av tobaksavvänjning var större än tillgången.

Se bilaga 3 hur många procent av vårdcentralerna i de olika landstingen som har egen tobaksavvänjning och hur många professionella som anser att det lokala behovet av tobaksavvänjning är tillgodosett.

Vårdpersonalens kunskaper och attityder

Nittiotre procent allmänläkare och 80 procent distriktssköterskor uppger att de *alltid eller ofta diskuterar rökvanor med patienter* (Statens folkhälsoinstitut, 2009c). En tobaksvaneundersökning från Vårdförbundet till sina medlemmar visar att de egna levnadsvanorna har stor betydelse. Det är mer än dubbelt så vanligt att fråga sina patienter om rökvanor om man själv inte röker (55 %) jämfört med om man själv är dagligrökare (24 %) (Vårdförbundet, 2006).

Det finns en stor enighet i vården om att det är viktigt att identifiera riskbeteenden i och att ge råd. Hundra procent av barnmorskorna i mödravården, 99 procent allmänläkare, 98 procent distriktssköterskor och 97–100 procent sjuksköterskor inom barnhälsovården tycker detta är *mycket eller ganska viktigt* när det gäller rökning. (Statens folkhälsoinstitut, 2009c).

Kunskaper och effektivitet

Nittiotvå procent av allmänläkarna, 73 procent av distriktssköterskorna och 92 procent av sjuksköterskorna inom barnhälsovården uppfattar sig som *mycket eller ganska kunniga* i rådgivning om rökning (Statens folkhälsoinstitut, 2009c).

Samtidigt anser 67 procent av allmänläkarna och 50 procent av distriktssköterskorna att de är *mycket eller ganska effektiva* när det gäller att åstadkomma beteendeförändring hos patienterna i fråga om rökning (Statens folkhälsoinstitut, 2009c).

I tabell 5 redovisar vi vilken typ av stöd olika professioner i vården brukar ge rökare (Statens folkhälsoinstitut, 2009c).

MYT

Jag kan inte hjälpa någon att sluta röka eller snusa. Jag har ingen utbildning eller erfarenhet inom området!

FAKTA

Att ställa den enkla frågan "Röker eller snusar du – vill du ha hjälp att sluta?" till patienten är en intervention som markerar frågans betydelse, signalerar samhällets syn på tobak och har bevisad effekt. Därefter kan man remittera dem som vill sluta till tobaksavvänjare i primärvården eller till Sluta röka-linjen, 020-84 00 00.

Tabell 5. Typer av stöd läkare, distriktssköterskor, barnmorskor i mödravården och BVC-sjuksköterskor alltid eller ofta brukar erbjuda rökare (Statens folkhälsoinstitut, 2009c).

	Allmänläkare (procent som alltid eller ofta)	Distriktssköterskor (procent som alltid eller ofta)	Barnmorskor i mödravården (procent som alltid eller ofta)	Sjuksköterskor i barnhälsovården (procent som alltid eller ofta)
Överlämnar skriftligt material	15	35	53	37
Ger enkla råd	86	67	89	50
Ger information om passiv rökning och om hur barnet skyddas			64	80
Ger råd om läkemedel för avvänjning	57	40		
Erbjuder återbesök för uppföljning	33	32		
Bedömer motivation och diskuterar ett eventuellt stopp			92	59
Erbjuder tobaksavvänjning			55	36
Hänvisar till tobaksavvänjare på samma enhet	55	56	40	39
Hänvisar till extern tobaksavvänjare	5	10	15	5
Hänvisar till Sluta röka-linjen	20	26		

Den som vill orientera sig om vilka tobaksavvänjare som finns i ett län kan besöka webbplatsen www.tobaksfakta.org. Landstingen har personal som ansvarar för att uppdatera den lokala informationen där.

Sluta röka-linjen

Hjälp via den nationella Sluta röka-linjen 020-84 00 00 är öppen för alla, där kan patienter kostnadsfritt få rådgivning och behandling för att sluta röka och snusa per telefon av utbildade tobaksavvänjare. Sluta röka-linjen journalför samtalen så att man kan följa kunden. Man arbetar proaktivt om kunden så önskar, det vill säga linjens personal ringer upp kunden efter överenskommelse. Det pågår även ett kontinuerligt arbete med kvalitetssäkring av verksamheten. Sluta röka-linjen når i dagsläget alldeles för få. År 2008 tog man emot drygt 14 000 samtal varav cirka 60 procent utvecklades till längre behandlingssamtal (M. Rankka, KI, personlig kommunikation 09-10-01). Antalet samtal till Sluta röka-linjen står i relation till den generella tobakspreventiva aktivitetsnivån i landet – när de tobakspreventiva och massmediala insatserna i samhället i stort är intensivare så ökar även antalet samtal och tvärtom. Som mest har Sluta röka-linjen haft 25 000 samtal på ett år, i samband med aktiviteterna i det nationella tobaksuppdraget 2002–2005. Linjen fyller en viktig funktion som ett alternativ och som ett komplement till det stöd och den behandling som

hälso- och sjukvårdspersonal kan ge. Men det är viktigt att poängtera att det finns en stor grupp rökare som behöver mer hjälp än vad en telefonlinje av naturliga skäl kan ge. Dessa patienter försöker linjepersonalen hänvisa vidare. Linjepersonal hanterar också kostnadsfritt hälso- och sjukvårdspersonal i frågor om tobaksavvänjning. Kvinnor tycks vara mer benägna att söka professionell hjälp än män; två tredjedelar av dem som ringer till Sluta röka-linjen är kvinnor (M. Rankka, KI, personlig kommunikation, 09-10-01, Zhu, Melcer, Sun, Rosbrook & Pierce JP, 2000).

Hinder för att arbeta med tobaksrådgivning

De främsta hindren som hälso- och sjukvårdspersonal brukar ange för att man inte alltid tar upp tobaksfrågan och ger avvänjningsstöd listas nedan. Ett av de vanligaste svaren är *”det är inte min roll”* (Helgason & Lund, 2002, Bjugård, 2003, Vårdförbundet, 2006, Statens folkhälsoinstitut, 2009a). Vanliga hinder:

- ”Det är inte min roll”
- Tids-, resurs- och personalbrist
- Tobaksförebyggande arbete är inte prioriterat av arbetsledningen
- Brist på beställningar från politiker och beställare, oklart uppdrag
- Osäkerhet om den egna kunskapen och kompetensen
- Det finns inte någon tobaksavvänjning att erbjuda
- Upplevd brist på efterfrågan från patienterna
- Man vet inte vart man ska remittera patienten för tobaksavvänjning
- Man tror att patienten kan känna sig kränkt av att man frågar
- Ointresse från personal att arbeta med frågan
- Samarbetsproblem med andra professioner när det gäller förebyggande arbete i primärvården.

MYT

Det finns ingen tid för att ta upp frågan om rökning. Vi är redan så stressade.

FAKTA

Redan en kort rådgivning på fem minuter eller mindre är tillräcklig för att fördubbla antalet som slutar röka (SBU, 1998). Det viktigaste är att det blir klart för patienten att rökning är farligt för hälsan, hur sambandet ser ut mellan rökning och den åkomma de söker vård för samt att ge erbjudande om tobaksavvänjning. Denna enkla rådgivning bör kunna få plats inom ramen för det vardagliga patientarbetet.

TIODUBBLAD CHANS TILL
LYCKAT RÖKSTOPP



8. Metoder för rådgivning och avvänjning

SAMMANFATTNING

Det finns effektiva metoder för rökavvänjning som är enkla att lära och som kan tiodubbla möjligheten att lyckas. Grundläggande är att systematiskt utnyttja de löpande patientkontakterna för att ge en kort rådgivning. Bäst resultat når man med kvalificerad rådgivning och tobaksavvänjning när man även kompletterar rådgivningen med läkemedel. Sluta röka-linjen är ett komplement till sjukvårdens rådgivning. All form av rökavvänjning är mycket kostnadseffektiv. Samma metoder kan användas vid rådgivning och avvänjning av snusare.

DE FLESTA SOM har slutat röka och snusa har gjort det på egen hand efter att ha påverkats av budskap om tobakens farlighet och hur man kan sluta från medier, vänner eller hälso- och sjukvårdspersonal. Normerna i samhället påverkar i hög grad tobaksbrukares allmänna benägenhet att sluta. Det är därför angeläget att utbyggnaden av tobaksavvänjningsstöd kompletteras med befolkningsinriktade insatser för att stimulera attityder och efterfrågan på tobaksavvänjning. I detta spelar även massmedieinsatser en viktig roll (Bala, Strzeszynski & Cahill, 2008).

Vården har goda möjligheter att hjälpa

Det finns goda möjligheter att professionellt hjälpa rökare som vill sluta. Det finns flera olika rökavvänjningsmetoder, varav några har visat sig ha en god effekt, vilket redovisas i SBU-rapporten *Metoder för rökavvänjning* som kom 1998, vars slutsatser står sig väl än i dag (SBU, 1998). Statens folkhälsoinstitut och Socialstyrelsen gav 2007 ut den utförliga kunskaps-sammanställningen *Tobaksavvänjning i hälso- och sjukvården* (Statens folkhälsoinstitut, 2007). En annan grundlig genomgång görs i det riktlinjearbete om levnadsvanor som pågår inom Socialstyrelsen, och som beräknas vara klart hösten 2010. Riktlinjerna kommer att ge rekommendationer för hälso- och sjukvården om kostnadseffektiva metoder för att stödja patienter att ändra sina levnadsvanor bland annat när det gäller tobak.

Metoderna för rökavvänjning inriktas mot de två faktorer som håller fast den vuxna rökaren i sitt beroende, nikotinberoendet och vanan. Ett mål är att lindra nikotinabstinensen, ett annat är att avbetinga det starka,

närmast reflexmässiga sambandet mellan rökning och olika situationer och sinnesstämningar. För att bryta vanan har stödjande samtal och terapi med beteendereinriktning visat sig fungera och sådana metoder är allmänt använda.

Nikotinläkemedel lindrar abstinensen och fördubblar i kliniska prövningar möjligheten att lyckas sluta röka. Nu finns även bupropion (Zyban) och vareniklin (Champix), två receptbelagda läkemedel för att sluta röka som inte fanns i Sverige när SBU-rapporten skrevs. Läkemedlen diskuteras närmare nedan. Effekterna av alternativa behandlingsmetoder som hypnos, akupunktur, laserterapi, elektrostimulering och aversionsbehandling är svårbedömda eftersom det saknas tillräckliga vetenskapliga utvärderingar. Enskilt stöd för rökavvänjning och gruppstöd har likvärdig effekt, så gruppverksamheter bör prioriteras där det är praktiskt genomförbart eftersom de blir mer kostnadseffektiva (SBU, 1998).

Olika rådgivnings- och avvänjningsmetoder

De allra flesta slutar röka och snusa på egen hand. Nyårslöftet har 2–3 procents chans att lyckas om man mäter ett år efter rökstoppsförsöket (SBU, 1998). Av alla rökstoppsförsök utan hjälp resulterar alltså 97–98 procent i återfall inom ett år. Det lönar sig alltid att uppmana rökare att sluta, ju fler som försöker – även på egen hand – desto fler kommer så småningom också att lyckas. Men med professionell behandling kan resultatet tiodubblas och mer intensivt stöd ger bättre resultat (SBU, 1998, Fiore, Jaén & Baker, 2008). Att systematiskt utnyttja de löpande patientkontakterna för att ge en kort rådgivning är basen för en framgångsrik tobaksavvänjning. Det finns ett dos-respons-samband mellan intensiteten i rådgivningen och behandlingen och dess effektivitet, se tabell 7. Mer intensiv rådgivning och behandling ger bättre resultat (Fiore et al., 2008). Bäst resultat nås när man kompletterar rådgivningen och behandlingen med läkemedel.

Varje vårdenhhet, till exempel vårdcentral, sjukhus, mödra- och barnavårdscentral, tandvårds-, friskvårds-, företagshälsovårds- och ungdomsmottagning respektive skolhälsovård och apotek behöver själv kunna ge en kort rådgivning om tobak och erbjuda eller hänvisa till avvänjningsstöd hos en utbildad tobaksavvänjare för de mer behandlingskrävande fallen. Man bör också ha möjlighet att remittera särskilt svåra fall till en specialitet.

Nivå 1. Enkelt råd

Mycket korta, enkla råd och rekommendationer om att sluta röka eller snusa, till exempel *”Det vore bra om du slutade röka. Jag rekommenderar det verkligen”*. Att enbart tillfråga patienter om rökning har en signifikant effekt på rökvanor hos patienter efter ett år. De amerikanska riktlinjerna om behandling av tobaksberoende i sjukvården innehåller en metaanalys

som visar ett klart samband mellan interventionens längd i form av rådgivning och samtal kring rökning och antalet som slutar röka. Jämfört med ingen personlig kontakt ger rådgivning mindre än tre minuter 30 procent fler rökfria (OR⁵ 1.3), rådgivning 3–10 minuter 60 procent fler rökfria (OR 1.6) och rådgivning längre än tio minuter mer än dubbelt så många rökfria (OR 2.3). Ju längre tid som ägnas åt samtal kring rökning ju bättre effekt har det på antalet patienter som slutar att röka (Fiore et al., 2008).

Nivå 2. Kort rådgivning

Korta rådgivande samtal om att sluta röka eller snusa är som regel upp till 10–15 minuter och bör innehålla rådgivning om läkemedel. Vetenskapliga studier visar att denna typ av kort rådgivning inom vården är grunden för en framgångsrik påverkan på rökare för att hjälpa dem att sluta (SBU, 1998, Fiore et al., 2008). Om man konsekvent inom vården ger kortfattade råd under fem minuter eller till och med mindre skulle man sannolikt fördubbla antalet lyckade rökstoppsförsök. Ibland diskuteras om det är resurseffektivt att läkarens resurser skall läggas på avvänjarstöd som även andra yrkesgrupper har kompetens att genomföra. Sannolikt har läkarens auktoritet stor betydelse för rådgivningens effekt. Myndigheten för riktlinjer till hälso- och sjukvården i USA rekommenderar en fempunktsstrategi för kort rådgivning, se tabell 6 (Fiore et al., 2008).

Nivå 3. Kvalificerad rådgivning – tobaksavvänjning

Med kvalificerad rådgivning menas ett längre behandlingssamtal (individuellt eller i grupp), genomfört av en person specialutbildad i tobaksavvänjning. Samtalet bygger vanligen på principer för kognitiv beteendeterapi. Det innehåller motiverande stöd, rådgivning om läkemedel – och som regel även läkemedelsbehandling – samt uppföljningsbesök. Rådgivningen anpassas så långt det är möjligt till rökarens eller snusarens behov. Sammanlagt 7–12 träffar kan vara ett riktmärke för avvänjning både individuellt och i grupp, med tätare träffar direkt efter tobaksstoppet.

Med personligt anpassat professionellt stöd av specialutbildad personal – tobaksavvänjare – kan man öka personernas möjlighet att lyckas sluta röka till omkring 30 procent (SBU, 1998). De högsta avvänjningssiffrorna får man med specialistbehandling vid tobaksavvänjningsmottagningar. Sådana mottagningar finns exempelvis i Göteborg och Örebro. Rökarna är vanligen remitterade till dessa mottagningar på grund av en rökningssrelaterad sjukdom eller andra problem som gör behandlingen komplicerad. Efter ett år är mellan 30 och 40 procent av rökarna rökfria (SBU, 1998, Hjalmarson, 1996). Mottagningarnas patienter är en selekterad grupp som

5 Odds Ratio (OR) är ett mått på effekten av en intervention. Det är förhållandet mellan oddsen för att uppleva en händelse i gruppen som får en intervention och oddsen för att uppleva händelsen i kontrollgruppen. Om OR är högre än 1 har behandlingen effekt.

Tabell 6. Fempunktsstrategi för kort rådgivning om rökning (Fiore et al., 2008).

Kort rådgivning	Innebörd	Exempel
1. Fråga	Fråga alla patienter om rökvanor och journalför svaret.	"Röker du?" "Hur ser du på att du röker?"
2. Ge råd om att sluta	Ge rökaren råd och saklig information om fördelarna med rökstopp på ett så personligt anpassat sätt som möjligt. Försök koppla rökningen till patientens aktuella hälsotillstånd.	"Med dina hjärtbesvär skulle det vara en stor fördel för dig att sluta röka och jag rekommenderar dig verkligen att försöka sluta. Att trappa ner är inte tillräckligt."
3. Bedöm motivationen	Försök bedöma motivationen eller beredskapen för rökstopp.	"Hur intresserad eller beredd är du att sluta röka på en skala 0–10?"
4. Hjälp till	Hjälp de rökare som vill sluta röka genom att erbjuda stöd. Hänvisa vid behov till en utbildad tobaksavvänjare eller Sluta röka-linjen. Rekommendera läkemedel och ge råd om hur man använder läkemedlen. Ge gärna ett självhjälpsmaterial.	"Vill du ha hjälp? Vi kan hjälpa dig här."
5. Följ upp samtalet	Arrangera uppföljning om det är möjligt. Om patienten inte vill sluta, fortsatt ställa frågan om rökning vid återbesök.	"Jag noterar i din journal att du har funderingar på att sluta, så kan vi ta upp det nästa gång vi ses." "Vi kan hjälpa dig när du känner att du vill sluta."

inte kan jämföras med normalbefolkningen. De har bland annat hög medelålder och en stor andel människor som rökt under lång tid, det vill säga de är högkonsumenter av tobak och har problem med hälsan. En långtidsuppföljning 5–7 år efter terapistart på en sådan svårbehandlad patientgrupp visade att cirka 40 procent var rökfria (Galanti, Holm Ivarsson, Helgason, Gilljam, 2002). Utvärderingar av slutenvårdsbehandling av rökare visar att drygt 50 procent är rökfria efter ett år (Hoffman, Blackburn & Cullari, 2001). Sådan behandling ges ännu inte i Sverige i landstingens regi.

När det gäller *ungdomar och tobaksavvänjning* kan vi konstatera att det finns en generell brist på vetenskapliga studier, och att de som finns visar på en låg effekt (Grimshaw & Stanton, 2006, Horn et al, 2007). I väntan på bättre kunskap rekommenderas samma metoder som till vuxna. Samtliga läkemedel för avvänjning har 18-årsgräns.

Nivå 4 Telefonrådgivning – Sluta röka-linjen

Sluta röka-linjen arbetar med samtalsstöd för rökare och snusare via telefon i kombination med att man rekommenderar läkemedel i de fall då detta är befogat. Rådgivningen i Sluta röka-linjen fyller en viktig funktion som alternativ och komplement till rådgivning och behandling i vården, och kan fungera på nivå 2 eller 3 beroende på personens behov. Resultatet ett år efter första kontakten ligger på nästan 25 procent rökfria. Var femte

som ringer till telefonlinjen har redan gjort sitt rökstopp, men fruktar återfall, och av dessa är drygt 50 procent rökfria ett år senare. Även linjens klienter är en selekterad grupp som ofta är motiverade att sluta med tobak och har fått rekommendation från hälso- och sjukvårdspersonal att ringa.

Tabell 7. Andel lyckade rökstoppsförsök ett år efter försöket, med olika metoder (SBU, 1998, Hoffman et al., 2001, Helgason et al., 2004).

Rökavvänjningsmetod	Andelen rökfria (procent) ett år efter rökstoppet
På egen hand (per försök)	2–3
Kort rådgivning	5
Kort rådgivning + nikotinläkemedel	10
Sluta röka-linjen + nikotinläkemedel	25
Behandling hos utbildad rökavvänjare + nikotinläkemedel	30
Slutenvård + nikotinläkemedel	50

Snus och avvänjning

Även om det i dag saknas vetenskapliga studier visar erfarenhet att metoderna för rådgivning och avvänjning kan tillämpas även på snusande personer. Abstinensen efter snusstopp kan vara kraftig, särskilt för dem som använt sorter med högt innehåll av nikotin (European Commission, 2008). Snusabstinensen liknar abstinensen efter rökstopp när det gäller symptom och varaktighet, men risken för nedstämdhet verkar vara mindre (European Commission, 2008). Erfarenhet visar att nikotinläkemedel lindrar abstinens och ökar möjligheten att lyckas även vid snusavvänjning (Gilljam, Rankka & Langworth, 2003). Snus är som tidigare diskuterats inte en evidensbaserad rökavvänjningsmetod och ska inte rekommenderas i rökavvänjningssyfte. Professionell rökavvänjning syftar till att bryta nikotinberoendet, inte att ersätta cigaretter med andra sjukdoms- och beroendeframkallande tobaksprodukter.

Motiverande samtal MI

När det gäller motiverande samtal (MI, på engelska motivational interviewing) och rökning är studierna få och det vetenskapliga underlaget ännu inte helt klart. Det finns studier som tyder på att motiverande samtal kan ge bättre resultat än kort rådgivning och standardbehandling (Soria, Legido, Escolano, Lopez Yeste & Montoya, 2006), men också andra som inte visat att det ger signifikant fler rökfria (Hettinga, Steele & Miller, 2005, Lundahl & Burke, 2009). Troligen kräver rökning en kombination av åtgärder, där exempelvis läkemedelsbehandling bör ingå. Motiverade samtal kombine-

ras ofta med andra metoder och program, och motiverande strategier och ett patientcentrerat arbetssätt ingår regelmässigt i rådgivning om tobak. Den största skillnaden kan sägas vara att rådgivaren är mer utforskande i motiverande samtal och ger inte – som i kort och kvalificerad rådgivning om tobak – lika tydliga råd och rekommendationer om att patienten bör sluta med sitt tobaksbruk. Studier av motiverande samtal vid tobaksavvänjning med lovande resultat är under publicering (A. Helgason, KI, personlig kommunikation, 09-10-01).

Läkemedel för avvänjning

Nikotinläkemedel

Det finns flera godkända läkemedel för rökavvänjning. De ska lindra nikotinabstinens och nikotinsug och förhindra återfall i rökning. *Receptfria* nikotinläkemedel finns i olika beredningsformer: plåster, tuggummi, sugtabletter, mikrotabletter som löses under tungan, munspray, munhålepulver och inhalatorer. I SBU-rapporten om rökavvänjning framhålls att behandling med nikotinläkemedel tillhör de mest undersökta läkemedelsterapierna överhuvudtaget (SBU, 1998). Det finns över hundra välgjorda studier som visar att användning av nikotinläkemedlen nästan fördubblar möjligheterna att fortfarande vara rökfri ett år efter rökstopp (WHO, 2003b). En kombination av samtalsbehandling och nikotinläkemedel är effektivast.

Alla nikotinläkemedel utom nikotinplåster har en potential för att skapa *beroende*. Särskilt vanligt är beroende av nikotintuggummi. Men risken för beroende av nikotinläkemedel är generellt sett låg och måste ställas i relation till risken med att fortsätta röka. Förutom under graviditet finns inga studier som tyder på att det skulle vara skadligt att fortsätta med en låg dos nikotinläkemedel. En litteraturgenomgång av de ganska få studier som finns på området visar att 20–25 procent av de rökfria fortfarande använder nikotintuggummi ett år efter att de börjat använda det. Andelen användare minskar med tiden och ingen tendens till dosökning har rapporterats. Frekvensen är 2–7 tuggummin per dag (Schmølker, 2005).

Receptbelagda läkemedel

En receptbelagd nikotinspray samt två olika receptbelagda läkemedel som har bupropion respektive vareniklin som verksamt ämne (Zyban respektive Champix) finns också godkända på samma indikation som de receptfria medlen. Behandling med bupropion och vareniklin är andrahandspreparat (skall rekommenderas i andra hand efter nikotinläkemedel) enligt Läkemedelsverket, och förutsätter motiverande stöd (Läkemedelsverket, 2000, 2006). Av stor betydelse för att läkemedlen ska ha en avsedd effekt är att man tar dem på rätt sätt. Köparen kan därför behöva råd och information. Personalen på inköpsstället kan här vara en viktig källa till information. Man kan nu köpa nikotinläkemedel även i annan handel än på apotek.

Tabell 8. Antalet patienter som behandlats och behandlingseffekten av läkemedel för rökavvänjning (H. Gilljam, KI, personlig kommunikation, 09-09-04⁶).

	Nikotinläkemedel (alla)	Bupropion (Zyban®)	Vareniklin (Champix®)
Aktiv behandling (antal pat)	20 767	4 158	2 451
Placebo (antal pat)	18 736	3 013	2 473
Odds Ratio (95 % konfidensintervall)	1,58 (1,5–1,66)	1,99 (1,7–2,3)	3,22 (2,4–4,3)

Läkemedlen i förmånssystemet

Trots att nikotinläkemedel är förstahandspreparat för rökavvänjning ingår de inte i förmånssystemet för läkemedel, medan andrahandspreparaten bupropion och vareniklin gör det. Det betyder att rökaren eller snusaren själv får stå för hela kostnaden för nikotinläkemedel. Läkemedlens pris per dag ligger dock i regel under kostnaden för genomsnittsrökarens dagliga cigarettkonsumtion. Eftersom man köper läkemedlen i större förpackningar kan det för personer med dålig betalningsförmåga ändå vara svårt att ha råd med dem. Därför rekommenderar både WHO och Världsbanken att man på nationell nivå överväger att subventionera läkemedlen under kortare perioder åtminstone för patienter med tobaksrelaterade sjukdomar i samband med behandling inom hälso- och sjukvården (The World Bank, 1999, McNeill & Hendrie, 2001). Skrivs nikotinläkemedel ut på recept slipper kunden dock den 25-procentiga momsen.

I några länder, exempelvis Storbritannien och stater i Kanada och USA (WHO, 2003b) subventionerar man läkemedlen när de ges som komplement till avvänjningsstöd. På så sätt kommer rökaren även i kontakt med professionella rådgivare vars stöd ökar möjligheten att bli rökfri. I Storbritannien driver regeringen ett omfattande program med rökavvänjningsstöd inklusive subventionerade läkemedel. Det innebär att speciellt utbildade rökavvänjare systematiskt arbetar med att nå rökare särskilt i socialt utsatta områden. En utvärdering tyder på att man når 140 procent fler rökare med rökavvänjning och att 90 procent fler lyckas bli rökfria än i områden där man arbetar traditionellt (Great Britain Department of Health, 2002, Bauld, Chesterman, Judge, Pound & Coleman, 2003).

WHO pekar på att det är lättare att motivera personer att sluta röka om läkemedlen är kostnadsfria (WHO, 2003c). Samma sak visar en studie

6 Sammanställning ur Cochrane databases 090906. (Retrieved from <http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/mrwhome/106568753/HOME>).

MYT

De flesta fastnar i ett beroende av nikotinläkemedel när de slutar röka. Man byter bara ett beroende mot ett annat.

FAKTA

Alla nikotinläkemedel utom plåster har en potential för att skapa beroende, men risken är generellt låg och ska jämföras med fortsatt rökning. Studier tyder på att 20–25 procent av de rökfria fortfarande använder tuggummi efter ett år; i snitt 2–7 tuggummin per dag. Andelen användare minskar med tiden (Schmølker, 2005). Det finns inga belägg för skadliga hälsoeffekter av detta, men de som drabbas rekommenderas söka hjälp hos tobaksavvänjare eller Sluta-röka-linjen.

från den amerikanska delstaten Washington där man har undersökt rökarens benägenhet att sluta röka om de får rökavvänjningsprogram och läkemedel subventionerade (Curry, Grothaus, McAfee & Pabiniak, 2003).

Det finns inga beräkningar gjorda på vad enbart en läkemedelssubvention skulle betyda för antalet rökfria per år, eftersom alla subventionerade alternativ i studier gällt en kombination av rökavvänjningsstöd och nikotinläkemedel.

Självhjälpsmaterial

Självhjälpsmaterial (till exempel en folder om hur man slutar röka och snusa på egen hand) är ett billigt sätt att nå många och anses spela en viktig roll för att öka motivationen att sluta med tobak och söka behandling, även om de rent vetenskapligt ofta ger måttliga resultat (Lancaster & Stead, 2009). Boken *Fimpa dig fri* är ett svenskt självhjälpsmaterial som utvärderats vetenskapligt och visat sig ge goda resultat när en tandhygienist gav den till patienten vid ett 30 minuter långt besök där man diskuterade rökstoppet. Sexton procent var rökfria efter ett år efter att ha slutat röka med hjälp av boken, jämfört med 23 procent bland dem som fått rökavvänjning i grupp med åtta träffar under fyra månader. De lyckades bäst som även hade haft tillgång till socialt stöd (Tillgren, Nohlert, Johansson, Helgason & Tegelberg, 2007). Som komplement till behandling tycks självhjälpsmaterial dock inte ge någon extra effekt (Lancaster & Stead, 2009).

Kostnadseffektivitet

Det råder enighet bland experter om att all form av rökavvänjning är mycket kostnadseffektiv. Kostnaden per vunnet levnadsår kan uppskattas till 3 000–10 000 kronor för rådgivning till rökare (SBU, 1998, Kahende, Loomis, Adhikari & Marshall, 2009) vilket är betydligt mindre än för de flesta andra interventioner som görs för att förbättra människors hälsa och förlänga den förväntade livslängden (Parrott et al, 1998, The Surgeon General, 2000). Ett exempel är rådgivning om rökstopp för att förhindra förtida död i hjärtsjukdom. Socialstyrelsen uppskattar att andra behandlingar med samma mål, till exempel blodtrycks- eller blodfettssänkande behandling, kan kosta från 100 000 kronor och uppåt per vunnet levnadsår (Socialstyrelsen, 2009b).

Särskilt kostnadseffektiva är telefonlinjer. Den svenska Sluta-röka-linjen har visat resultat på 3 000 kronor per vunnet levnadsår (Tomson, 2005).

BREDA ÅTGÄRDSPROGRAM BEHÖVS
I TOBAKSFÖREBYGGANDE ARBETE

9. Hur kan man organisera en effektiv tobaksavvänjning?

SAMMANFATTNING

Även om de flesta landsting har politiska dokument om tobaksprevention tycks de organisatoriska förutsättningarna för att tillhandahålla en god nivå av tobaksavvänjning ofta saknas. Kostnaden för att ha en adekvat tobaksavvänjning är låg. För att nå dem som har störst behov bör rådgivning och avvänjning ske på flera arenor utöver primärvården, till exempel sjukhus, psykiatri, kommunal omsorg och hemtjänst, tandvård och socialtjänst.

VI VET ATT MÅNGA människor vill ha hjälp att sluta med tobak, att enkla metoder finns och att rökavvänjning är mycket kostnadseffektivt. Bedömningen är dock att utbudet av hjälp trots det är för litet, samtidigt som det utbud som finns inte marknadsförs tillräckligt. Varningstexter på cigarettpaketerna innehåller en uppmaning om att man ska fråga sin doktor eller sitt apotek om vart man kan vända sig för att få avvänjning. Det gör det extra viktigt för sjukvårdspersonal att kunna ge en kort rådgivning och hänvisa till den enhet där avvänjningshjälpen finns.

Styrformer och incitamentsystem

Förutsättningarna för att tillhandahålla en adekvat nivå av tobaksavvänjning i sjukvården tycks ofta saknas. I *Hälso- och sjukvårdsrapport 2009* konstaterar Socialstyrelsen (Socialstyrelsen, 2009b) att även om många landsting uppger att man har rutiner för det förebyggande arbetet, och omfattningen synes ha ökat något under senare år, finns det utrymme för betydande förbättringar. Det är vanligt att landstingen har övergripande formuleringar om hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser i sina styrdokument men det räcker inte för att det ska få genomslag i praktisk verksamhet. Det är angeläget att utveckla styrformer, strategier, avtal och ersättningssystem som stödjer hälso- och sjukvårdens hälsoinriktning, och att även inkludera den privata delen av hälso- och sjukvården. I vårdvalssystemen måste uppdragen utformas så att de bidrar till förbättringar när det gäller tillgången till tobaksavvänjning.

Förebyggande insatser konkurreras ofta ut av akuta ärenden och insatser som belönas mer aktivt. Undersökningen 2009 av landstingens tobakspreventiva arbete visade att 9 landsting infört eller är på väg att införa

ekonomiska incitamentsystem för tobaksavvänjning i primärvården för att stimulera arbetet, se exempel nedan. I alla landsting utom Dalarna finns personal med uppgift att arbeta med tobaksprevention men i 7 landsting saknar verksamheten öronmärkta ekonomiska medel (Statens folkhälsoinstitut, 2009a).

EXEMPEL PÅ EKONOMISKA INCITAMENTSYSTEM FÖR TOBAKSAVVÄNJNING I LANDSTINGEN 2009

Kalmar: I Kalmar finns livsstils-mottagningar på vårdcentralerna och hälso-centralerna. För att få extra ekonomiska medel till att bedriva förebyggande arbete inom alla livsstilsområden krävs att det finns utbildad personal som kan erbjuda tobaksavvänjning.

Kronoberg: Enligt vårdvalsmodellen ska alla vårdcentraler kunna ge tobaks-avvänjning individuellt och i grupp för att erhålla full ersättning.

Skåne: Särskild ersättning för hälsosamtal (kost, motion, sömn, alkohol, narkotika, tobak och sex - och samlevnad) på de "egna" nio sjukhusen i regionen. Ersättningen ligger för närvarande på 200 kronor per samtal och den betalas ut i efterhand i förhållande till antalet registreringar enligt en särskild kod. Ersättningen kan uppgå till ett maxbelopp på respektive sjukhus.

Uppsala: I vårdöverenskommelsen finns en målrelaterad ersättning. I vårdcentralernas uppdrag ingår att arbeta med tobaksfrågan, fråga patienten om rökning och snusning, ge råd och stöd, och erbjuda rökavvänjning. De tilldelas en viss summa pengar för detta. Arbetet ska redovisas i årsberättelsen. Om vårdcentralen inte lyckats uppfylla vårdöverenskommelsens krav dras den målrelaterade ersättningen tillbaka.

Östergötland: För varje patient som påbörjat tobaksavvänjning inom tre månader från det datum då beslut om detta registrerats i journalen, utgår 4 000 kronor till vårdcentralen. "Påbörjat tobaksavvänjning" innebär någon slags aktiv handling (använt läkemedel, deltagit i avvänjning, telefonrådgivning eller försökt sluta på egen hand) och visat resultat i form av avsevärd minskning av tobakskonsumtionen (minst 50 %) de senaste sju dagarna.

Centers for Disease Control i USA har gett ut riktlinjer för hälso- och sjukvårdssystemens arbete med tobakskontroll. För att den ska bli effektiv måste de organisatoriska och ekonomiska systemen stödja tillgången till rådgivning, avvänjning och läkemedel för avvänjning. Kostnaden ska vara

låg för patienten och efterfrågan ska stimuleras genom olika kampanjer (Centers for Disease Control, 2006).

Framgångsfaktorer för arbetet

Som *framgångsfaktorer* för tobaksprevention nämner politiker och beslutsfattare

- att primärvården systematiskt arbetar med tobaksprevention
- att det finns ett politiskt beslut
- att man metodiskt arbetar med att genomföra politiska beslut
- stöd från ledningen
- ekonomiska resurser
- kompetens hos personalen
- att man påverkar de utbildningar där de framtida arbetstagarna för landstingen finns
- att man arbetar på många arenor samtidigt (Bjugård, 2005).

I enkätundersökningar till primärvårdens personal 2009 har frågor ställts om vad man skulle behöva som stöd för att kunna erbjuda tobaksavvänjning på vård/hälsocentralen. De vanligaste svaren är utbildning och handledning, mer tid och personal samt ekonomisk ersättning för arbetet. Andra svar är mandat och prioritering av frågan från ledningen, sökord i journal för att underlätta utvärdering, marknadsföring av den hjälp som finns, kunna remittera till expert och samarbete mellan vårdcentraler (Statens folkhälsoinstitut, 2009a).

Med utgångspunkt från de hinder mot att ta upp frågan om tobak med patienterna som hälso- och sjukvårdspersonal framför (läs i kap 7 sid 63), de framgångsfaktorer som politikerna pekar på och vad hälso- och sjukvårdspersonal uppger att man behöver som stöd för att kunna erbjuda tobaksavvänjning diskuteras här möjliga lösningar.

Politiska beslut och beställarsystem

Tydliga politiska signaler är viktiga för att få till stånd ett effektivt tobakspreventivt arbete. Nitton av 21 landsting har beslutat om policyer och program "Rökfritt" eller "Tobaksfritt Landsting" som gäller för hela den offentliga hälso- och sjukvårdsverksamheten i landstinget, men mycket återstår att genomföra i de flesta landsting (Statens folkhälsoinstitut, 2009a). En politiskt beslutad policy som regelbundet följs upp är ett kraftfullt instrument för att tydliggöra att tobaksprevention är prioriterad, och ger legitimitet och stöd för att arbeta med frågan. När prioritering, styr-

ning och uppföljning saknas eller är otydliga, och om inte hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser efterfrågas och premieras av beslutsfattarna, kan detta tolkas som att ledningsansvariga inte uppfattar dessa områden som väsentliga. *Socialstyrelsens riktlinjer om levnadsvanor* som beräknas publiceras 2010, där tobaksavvänjning är en del, förväntas även bli ett viktigt incitament för landstingen att prioritera tobaksavvänjning.

Utbildning av hälso- och sjukvårdspersonal

Helt avgörande för om vårdpersonalen ska kunna arbeta effektivt med tobaksavvänjning är att de genom utbildning får kunskap i att genomföra bra samtal om tobak. Endast 5 av 21 landsting anser att tillräckligt stor del av personalen har utbildning i avvänjningsmetodik (Statens folkhälsoinstitut, 2009a). Ändå visar en undersökning från 2009 att 92 procent av allmänläkarna och sjuksköterskorna inom barnhälsovården, 84 procent av ST-läkarna och 73 procent av distriktssköterskorna uppfattar sig som mycket eller ganska kunniga i rådgivning om rökning. Svarsfrekvensen i dessa undersökningar var emellertid låg (Statens folkhälsoinstitut, 2009c). I Vårdförbundets tidigare refererade undersökning från 2006 uppger bara drygt 20 procent av barnmorskorna och 8 procent av sjuksköterskorna att de har utbildning i tobaksavvänjning (Vårdförbundet, 2006).

Landstingen bör regelbundet arrangera utbildningar för all vårdpersonal i rådgivning om tobak, nya tobaksavvänjare behöver utbildas för att ersätta dem som slutar och de aktiva tobaksavvänjarna behöver påfyllnadsutbildning. De flesta landsting har nätverk av tobaksavvänjare och även en särskild person som har ansvar för nätverket (Statens folkhälsoinstitut, 2009a). Man behöver 2–3 dagars utbildning för att bli tobaksavvänjare, och i dag finns även möjligheter att utbilda sig till *diplomerad tobaksavvänjare* enligt en särskild standard som tagits fram av Yrkesföreningar mot Tobak⁷. Flera landsting anordnar regelbundet utbildningar i tobaksavvänjning, till exempel Stockholm, Örebro och Västra Götaland. Många landsting och även styrelsemedlemmar i Yrkesföreningar mot Tobak tillhandahåller utbildningar i tobaksprevention för landets högskoleutbildningar.

Yrkesföreningar mot Tobak kartlade 2003 andelen undervisningstid i grundutbildningarna som ägnas åt tobaksprevention, och resultaten var nedslående (H. Gilljam, Läkare mot Tobak, Y. Höjer, Sjuksköterskor mot Tobak, S. Wickholm, Tandvård mot Tobak, B. Brådstrom, Farmaci mot Tobak, personlig kommunikation, 04-01-01, Post, 2005). På läkarutbildningen vid Karolinska institutet lades 2–5 undervisningstimmar på tobaksprevention och på sjuksköterskeutbildningen fyra lektionstimmar. Det

7 De ideella Yrkesföreningarna mot Tobak består av Läkare, Sjuksköterskor, Tandvård, Lärare, Farmaci respektive Psykologer mot Tobak, <http://www.tobaccoorhealthsweden.org/>

är mindre än en promille av utbildningstiden. Tandläkarutbildningarna ägnade cirka åtta lektionstimmar (1 %) av utbildningstiden åt tobaksprevention. Tandhygienisterna fick dock mer; vid tandhygienistutbildningen i Stockholm hade man 5 poäng tobaksprevention av 120 poäng totalt (cirka 4 %). Psykologprogrammet och apotekarlinjen hade ingen undervisning alls i ämnet, medan studerande på receptarielinjen i Uppsala fick fyra lektionstimmar (1,2 %). Resultatet är anmärkningsvärt lågt för sjuksköterskeutbildningen då sjuksköterskor och barnmorskor är nyckelgrupper inom det tobakspreventiva arbetet, vilket poängteras starkt i rekommendationerna från WHO:s senaste ministerkonferens om omvårdnad, den så kallade Münchendeklarationen (WHO, 2000).

Samtliga högskoleutbildningar för hälso- och sjukvårdspersonal bör integrera tobaksprevention i undervisningen. Det ideala borde vara återkommande korta pass under hela utbildningen där fakta, folkhälsoaspekter och träning i rådgivning och tobaksavvänjning ingår. En dags utbildning sammanlagt bör utgöra en absolut miniminivå, men 2–3 dagar är närmare idealet.

Upplevd brist på efterfrågan från patienterna

Ibland framför vårdpersonal liten efterfrågan från patienter som argument mot att bedriva tobaksavvänjning. Med hänsyn till vad vi i dag vet om hur många som vill ha hjälp att sluta röka och snusa (se sidan 54) får man dra slutsatsen att låg efterfrågan snarare är en effekt av alltför liten marknadsföring av det stöd som finns. Kunskapen om att man kan be om hjälp på vårdcentralen tycks fortfarande vara otillräcklig, det tyder den tidigare refererade opinionsundersökningen på (Novus opinion, 2009). Det har även visat sig att hälso- och sjukvårdspersonal ibland avstår från att ta upp frågan om tobaksvanor för att man inte känner till vart man kan remittera tobaksbrukaren.

Det är viktigt att landstingen systematiskt sprider kunskap om var man kan få tobaksavvänjning inklusive information om Sluta röka-linjen. Man bör använda både landstingets webbplats, tryckt informationsmaterial som sprids brett och kampanjer och information via massmedier. En undersökning från 2008 av användarvänligheten och tillgängligheten för landstingens information om avvänjning på webbplatsen visar att mycket återstår att göra på detta område i alla landsting (Lindblad & Björnberg, 2008). På den nationella tobakssajten www.tobaksfakta.org finns en förteckning över tobaksavvänjare i varje län samt en kontaktperson i varje landsting. Sluta röka-linjen kan även vid behov hjälpa till att hänvisa lokalt med hjälp av uppgifter från den nationella tobakssajten.

Arenor för rådgivning om tobak och avvänjning

Det är avgörande att man fångar upp tobaksbrukarna på den arena där de finns genom att fråga om tobaksvanorna och ge en kort rådgivning. Därefter måste det finnas ett välfungerande system för att antingen hjälpa dem på plats eller slussa dem till aktiva tobaksavvänjare, alternativt Sluta röka-linjen. En minimiinsats är att ge ett enkelt råd att sluta, erbjuda självhjälpsmaterial och ge information om Sluta röka-linjen. Även friska patienter bör tillfrågas.

Behovet av vård ska vara grunden för prioriteringarna i vården. Eftersom hälsan inte är jämlikt fördelad bör vården prioritera de grupper som har störst behov. Ohälsosamma levnadsvanor som tobaksbruk är vanligast bland dem som är socialt utsatta, som därför har större risk att insjukna i de flesta sjukdomar, särskilt hjärt-kärlsjukdom (Socialstyrelsen, 2009b). Dessa människor är ofta svåra att nå genom ett traditionellt arbetssätt inom bassjukvården. Det finns ett stort behov av metodutveckling, men även av att utnyttja andra arenor som psykiatri, hemtjänsten och socialtjänsten. Personal inom dessa verksamheter kan då behöva utbildas av landstinget och involveras i tobakspreventiva nätverk.

Primärvården

Det är i första hand primärvårdens uppgift att arbeta med tobaksavvänjning. Det bör vara en självklarhet att alla i primärvården vid alla typer av besök frågar om tobaksvanor och ger en kort rådgivning om tobak. Därefter slussas de som vill vidare till vårdcentralens egen tobaksavvänjare alternativt till den vårdgivare man samarbetar med och som kan ta emot mottagningens patienter för avvänjning eller Sluta-röka-linjen.

Att lämna ut livsstilsformulär om rökvanor och önskemål om rökstopp till alla patienter som besöker sin vårdcentral har prövats med framgång i Gävleborgs, Jönköpings och Örebro län. Formuläret lämnades i det fallet ut till alla patienter oavsett vem man skulle besöka på vårdcentralen (läkare, sjuksköterska, barnmorska, kurator och så vidare). Patienten lämnade det ifyllda formuläret till den man skulle besöka, som sedan hade formuläret som underlag för ett kort samtal om rökningen. För de rökare som önskade hjälp med rökavvänjning skrevs remiss till vårdcentralens egen tobaksavvänjare. Antalet patienter som kom till rökavvänjning ökade trefaldigt på de nio vårdcentralerna med livsstilsformulären jämfört med andra vårdcentraler (Lindström & Persson, 2005). Många landsting använder liknande modeller. I Västmanland används *Fem frågor* som innebär att när patienten kallas till en behandling, eller kommer till vårdcentralen, får hon eller han fylla i en folder med fem frågor om levnadsvanor inklusive tobaksbruk, och lämna till den personal man ska besöka. Avsikten är att stimulera till ett samtal om livsstil och dokumentering av levnadsvanor i journalen.

Spirometri (andningsprov) rekommenderas i ökad utsträckning för personer som söker vård för upprepade luftvägsbesvär för att minska underdiagnostiseringen av KOL i tidiga stadier (Lindberg & Lundbäck, 2007). Att göra spirometri som visar på begynnande KOL och tala med patienter om lungålder och rökstopp kan motivera många patienter att sluta röka (Bize, Burnand, Mueller, Rège Walther & Cornuz, 2009, Stratelis, Mölstedt, Jakobsson & Zetterström, 2006).

Mödra- och barnhälsovården

Barnmorskor och sjuksköterskor i mödra- och barnhälsovården ställer som praxis frågan om rökning och snusning och journalför svaret eftersom Socialstyrelsen har utfärdat riktlinjer som innebär att mödra- och barnhälsovården ska ta upp frågan med alla blivande och nyblivna föräldrar. Även om det ger de största fördelarna för moder och foster att mamman slutar röka respektive snusa tidigt i graviditeten, ger det likväl en positiv effekt att sluta när som helst under graviditeten. Därför bör läkare och barnmorskor erbjuda kvinnor hjälp att sluta med tobak vid alla graviditetskontroller. Man bör även uppmuntra föräldrarna att bli respektive förbli tobaksfria även efter barnets födelse.

Plötslig spädbarnsdöd är förknippat med såväl rökning under graviditeten som exponering för passiv rökning efter födseln. Därför är det viktigt att fråga även om passiv rökning inom barnhälsovården och ge föräldrarna råd om att sluta röka alternativt rekommendera dem att röka utomhus. Papporna minskar knappast alla sina tobaksvanor i samband med barnets födelse, och särskilt med tanke på risken för passiv rökning är det angeläget att utveckla metoder för att påverka även deras tobaksvanor.

Företagshälsovården och arbetsgivaren

Företagshälsovården gör många hälsokontroller och hälsoprofilsbedömningar där frågor om tobaksvanor, kort rådgivning respektive erbjudande om avvänjning rutinmässigt bör finnas med.

Många arbetsgivare ser fördelar med att stimulera och stödja sin personal att sluta med tobak. De flesta arbetsplatser har i dag en rökfri arbetsmiljö, och många arbetsgivare har infört rökfri arbetstid, vilket i praktiken innebär att de anställda under arbetsdagen bara kan röka på lunchen, som inte räknas in i arbetstiden (ibland även efter utstämpling). Nitton av 21 landsting har politiska beslut om rökfri arbetstid för sina anställda varav 4 har beslut om tobaksfri arbetstid, det vill säga det är då heller inte tillåtet att snusa under betald arbetstid (Statens folkhälsoinstitut, 2009a).

Statens folkhälsoinstitut har i samarbete med andra tobakspreventiva organisationer medverkat till att utarbeta ett särskilt program som hjälper arbetsgivare att utforma både tobakspolicyer och evidensbaserade och kostnadseffektiva avvänjningsprogram för personal, *Rökfri på jobbet*.

Programmet är under revidering, och kommer att heta *Tobaksfri på Jobbet* (Hjärt-Lungfonden, 2005).

De positiva effekterna av en rökfri eller tobaksfri arbetsplats och arbetstid är många. Här är några exempel:

- Arbetsgivaren uppfyller sitt ansvar enligt tobakslagen när miljön blir helt rökfri
- Bättre arbetsmiljö och vårdmiljö
- Friskare medarbetare
- Mindre irritation från icke-rökare
- Många slutar röka och snusa
- De som fortsätter med tobak, använder mindre
- Personal är en bättre förebild om man inte röker eller snusar inför eller tillsammans patienter och klienter
- Bättre samvaro när rökare och icke-rökare tar pauser tillsammans
- Man kan använda rökrum som arbetsrum
- Mindre städning
- Mindre brandrisk
- Arbetsgivaren – och även de som använder mindre tobak – sparar pengar
- Attraktivare arbetsplats.

Slutenvården

När en patient blir inlagd på sjukhus finns ett gyllene tillfälle att föra rökningen och snusningen på tal. Den första veckan efter till exempel en hjärtinfarkt förefaller vara en tid då rökaren är särskilt mottaglig för interventioner för rökstopp (van Berkel, Boersma, Roos-Hesselink, Erdman & Simoons, 1999). De korta vårdtiderna är en svårighet, men lika väl som en hjärtinfarktpatient som är färdig för utskrivning ska få läkemedel mot till exempel högt blodtryck och höga blodfetter behöver hon eller han få råd om hur man slutar röka och snusa och om läkemedel för avvänjning. Kort rådgivning, dokumentation och uppföljning bör vara självklara; ett alternativ är remittering till tobaksavvänjare i primärvården. Även på sjukhusens lungkliniker bör man rutinmässigt fråga om tobaksvanor och ge kort rådgivning, samt – om man inte kan ge behandling på plats – slussa vidare till avvänjare eller till Sluta röka-linjen.

Rökstopp minskar kraftigt risken för komplikationer vid operationer, det är därför effektivt att inför en operation motivera patienten att sluta röka eftersom de flesta patienter och vårdpersonal är mycket angelägna

om att läkningen efter operation ska ske snabbt och komplikationsfritt (Lindström, 2008). Oavsett om patienten har kunnat hålla upp eller inte inför operationen är det även viktigt att uppmana patienten att vara rökfri efter operationen. Arton av 21 landsting hade 2009 vissa sjukhus som arbetade med tobaksavvänjning före operation (Statens folkhälsoinstitut, 2009a).

Det är obligatoriskt på sjukhus som ingår i nätverket Hälsofrämjande sjukhus att arbeta med tobaksprevention, även om det återstår mycket arbete innan man kan säga att detta är en realitet. Sextio sjukhus i 9 landsting är Hälsofrämjande sjukhus 2009. Dessa sjukhus spelar en strategiskt viktig roll för integreringen av ett hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetssätt i slutenvården (I. Persson, Nätverket Hälsofrämjande sjukhus och vårdorganisationer, personlig kommunikation, 09-08-31).

Psykiatrin

Psykiskt sjuka röker betydligt mer än andra grupper (Lasser et al., 2000) vilket gör att de löper mycket högre risk att drabbas av rökrelaterade sjukdomar (McNeill, 2001). För att psykiskt sjuka ska klara att sluta är det viktigt att omgivningen är intresserad och ger stöd. Personal inom psykiatrin har med sina specialkunskaper en strategisk roll när det gäller att stödja psykiskt sjuka som vill sluta röka. På samma sätt som i annan vård bör alla patienter tillfrågas om tobaksvanor, journalföring ske och man bör ge en kort rådgivning med en tydlig rekommendation att det är bra för dem att sluta. I dag hänvisas psykiatrins patienter som vill sluta med tobak i regel till primärvårdens tobaksavvänjare eller till Sluta röka-linjen. Men det stöd dessa kan ge är många gånger otillräckligt för de psykiskt sjuka, som behöver få stöd och behandling där de känner sig trygga och där deras grundsjukdom behandlas. Yrkesföreningar mot Tobak har tagit fram kunskapssammanställningen *Tobaksavvänjning för psykiskt sjuka* och under 2009–2010 pågår en särskild satsning för att utbilda psykiatrin i dessa frågor (Yrkesföreningar mot tobak, 2005).

Omsorgerna och hemtjänsten

Det är angeläget att kommunen har en plan för att vårdtagare i kommunala verksamheter, inom omsorgerna om äldre samt fysiskt och psykiskt funktionshindrade och hemtjänsten, erbjuds rådgivning om tobak och hjälp till tobaksstopp. Regeringen rekommenderar att man inom hemsjukvården genomför förebyggande hälsosamtal med distriktssköterska och hemtjänstpersonal (Prop. 2007/08:110). Nitton kommuner har år 2009 rutiner för att hjälpa brukare som har behov av avvänjningsstöd (SKL, 2009b).

Läs mer om det kommunala tobaksförebyggande arbetet i Statens folkhälsoinstituts rapport *Kommunguiden* (Statens folkhälsoinstitut, 2005).

MYT

Människor uppfattar det som oetiskt om läkare ska ha synpunkter på om man röker när de tar ställning till vilken behandling man ska få.

FAKTA

I en opinionsundersökning 2009 svarar 82 procent av de tillfrågade att läkare bör kunna kräva att människor slutar röka för att genomföra en behandling, om det krävs för att behandlingen ska ge bra resultat (Novus opinion, 2009).

Tandvården

Tandläkaren och tandhygienisten kan påvisa synliga skador av både snus och rökning i munnen på ett tidigt stadium, vilket ger goda möjligheter att motivera patienter till tobaksstopp. Tandvården har starka incitament att försöka motivera patienter att sluta röka eftersom rökningen dels har så stor betydelse för uppkomsten av tandlossning (parodontit) och dels eftersom tandstensborttagning, puts, polering och operativa ingrepp, inte har önskad effekt för rökare. Patienten måste informeras om detta och om att risken för misslyckande är stor (Bergström, 2004). Därför är det naturligt att man i tandvården frågar om och registrerar tobaksvanor samt ger en kort rådgivning både till friska patienter och till parodontalpatienter.

Det är en stor fördel om rökare som motiverats till rökstopp inom tandvården till exempel på grund av tandlossning också kan erbjudas avvänjning inom tandvården. Tillfället till påverkan är unikt när patienten har förstått sambandet mellan rökningen och tandlossning och inser att rökstopp är en avgörande förutsättning för att till exempel ett operativt ingrepp i munnen ska lyckas. Tandvården har generellt i dag svårt att hjälpa sina egna patienter att sluta röka och snusa bland annat på grund av avgiftssystemet. Att få tobaksavvänjning på den tandvårdsklinik där man behandlas kostar betydligt mer för patienten än att få samma hjälp inom primärvården även om det är samma huvudman som ger vården. Patientavgiften borde vara densamma oavsett vem inom landstingsområdet som utför tobaksavvänjningen, vilket har påpekats av utredningen Tandvårdsöversyn (SOU 2002:53). Några landsting ersätter vårdgivarna inom tandvården för tobaksavvänjning på samma sätt som för nödvändig tandvård; 2009 gäller detta i Blekinge, Västerbotten och Östergötland.

Tandvården träffar dessutom alla ungdomar. Flera landsting har samarbetat med tandvården i primärprevention till ungdomar, till exempel Västerbotten där tandvården har varit aktiv i spridningen av den så kallade kontraktsmetoden Tobaksfri Duo samt Uppsala, där tandvården har arbetat med motiverande samtal om tobak riktat till ungdomar, i båda fallen med goda resultat (Nilsson, 2009, Pantzar, 2005).

Skolhälsovården

Inom skolhälsovården ställs frågor om tobaksvanor regelmässigt i hälso-samtalen som äger rum vid regelbundna intervall i grund- och gymnasieskolan. Ett intryck är att efterfrågan på hjälp att sluta med tobak ökar i gymnasieskolan, och skolhälsovården bör kunna erbjuda detta. Ett arbete pågår under 2009–2010 med att ta fram ett utbildnings- och metodmaterial för gymnasieskolan där motiverande samtal och tobaksavvänjning kommer att ingå.

Ungdomsmottagningarna

Sambandet mellan nikotin och andra droger gör att rådgivning om tobak bör vara självklar på ungdomsmottagningarna liksom att kunna erbjuda tobaksavvänjning eller hänvisa vidare till primärvården eller Sluta röka-linjen vid behov av tobaksavvänjning. Barnmorskor vid ungdomsmottagningarna har tillfälle att rekommendera flickor att sluta röka vid rådgivning om p-piller. Även gällande ungdomsmottagningarnas arbete med tobaksavvänjning pågår ett metodutvecklingsprojekt 2009–2010.

Socialtjänsten

Som tidigare diskuterats finns det en kategori socialt utsatta människor som är svåra att nå med tobakspreventiva åtgärder. Under 2009–2010 pågår en särskild satsning för att utbilda socialtjänsten i kort rådgivning och motiverande samtal om rökning och snusning. Man har särskilt fokus på personal som arbetar med ekonomiskt bistånd eftersom det har en förödande effekt på ekonomin att röka eller snusa. Det är viktigt att personalen kan hänvisa de klienter som önskar sluta med tobak vidare.

Apoteken

Apoteken är viktiga i arbetet med rådgivning om tobak genom att merparten av avvänjningspreparaten fortfarande säljs där. Apotekspersonal har ett bra tillfälle att tala med kunder om tobak, och får ofta också frågor om hur man slutar och kan vid behov hänvisa till lokala tobaksavvänjare. Många apotek marknadsför även tobaksavvänjning.

Andra arenor för avvänjning

Nya arenor för avvänjning med många tobaksbrukare är Kriminalvården och Statens institutionsstyrelse som antog tobakspolicyer 2008 respektive 2009. Båda institutionerna erbjuder nu tobaksavvänjning till personal och klienter och har även utbildat lokala tobaksavvänjare på varje anstalt. Omkring 9 procent av rökarna, 350 interner, uppskattas ha slutat röka i Kriminalvården 1½ år efter policyns införande, liksom många i personalen (A-C. Älgevik, Kriminalvården, personlig kommunikation, 09-08-13). Även ett av Sveriges största försäkringsbolag, Skandia, erbjuder sina kunder hjälp med tobaksavvänjning sedan man 2009 införde ett pristillägg på 25–50 procent på försäkringspremierna för rökare. Den som slutar röka slipper betala tillägget efter ett år (A. Sebelius, Skandia, personlig kommunikation, 09-05-31).

Förslag till hur landstinget kan organisera tobaksavvänjning

För att kunna ge den rådgivning och behandling som skisserats i föregående kapitel krävs personal med övergripande samordningsansvar för avvänjningsstöd. Kartläggningen av landstingens tobakspreventiva arbete visade att 17 av 21 landsting 2009 har en särskild resursperson med ett sådant ansvar (Statens folkhälsoinstitut, 2009a). I rapporten *Tobaksavvänjning i hälso- och sjukvården* finns detaljerade förslag på hur arbetet praktiskt kan läggas upp (Statens folkhälsoinstitut & Socialstyrelsen, 2007).

Det behövs också resurser såväl för tobaksavvänjning som för annan tobakspreventiv verksamhet i landstingen. Att hålla en god nivå på utbudet av tobaksavvänjning behöver inte kosta så mycket. Nedan redovisas ett förslag på en miniminivå. Exemplet utgår från ett medelstort landsting. Många faktorer påverkar naturligtvis behovet. Hur många procent av en heltid som behövs på en vårdcentral respektive ett sjukhus beror till exempel på storleken på vårdenheterna, upptagningsområdets storlek, socioekonomisk struktur på befolkningen och hur aktiv personalen är i det dagliga vårdarbetet när det gäller att samtala om tobaksvanor och rekommendera tobaksavvänjning.

Nedanstående beräkningar bygger på en tobaksavvänjare som är sjuksköterska med 25 000 i månadslön + 13 procent semesterersättning + 45 procent sociala kostnader och pensionskostnader, det vill säga 39 500 kr/mån, 247 kr/tim eller 474 000 kr/år.

A. Kort rådgivning

Vid varje besök bör man rutinmässigt fråga om tobaksvanor och journalföra svaret. Alla inom hälso- och sjukvården bör också helst ge en kort rådgivning. En rådgivning på 5–15 minuter av en sjuksköterska kostar 20–61 kronor.

- *Kostnad: Detta kan göras inom ramen för det löpande arbetet.*

B. Avvänjning hos en utbildad tobaksavvänjare

Varje primärvårdsenhet (nedan kallad VC) kan uppskattas behöva ha en utbildad tobaksavvänjare, motsvarande minst 10 procents tjänst. En individuell tobaksavvänjning på åtta besök à 30 minuter kostar 1 000 kronor

- *VC:s lönekostnad: 47 400 kronor per år.*

Varje sjukhus kan uppskattas behöva ha en utbildad tobaksavvänjare som kan behandla patienter motsvarande minst en halvtidstjänst.

- *Sjukhusets lönekostnad: 237 000 kronor per år.*

C. Specialistbehandling på en tobakspreventiv enhet (TPE)

I varje landsting behöver det finnas en tobakspreventiv enhet (TPE), vars uppgift är att stimulera tobakspreventionen i regionen. TPE fungerar som kompetenscentrum, verkar som kunskapsförmedlare, utbildare, handledare, nätverksbyggare och har ett övergripande ansvar för avvänjningsstödet för landstinget och regionen. TPE arbetar också med epidemiologisk bevakning, tobakspolicyer, uppföljning, utveckling och marknadsföring, och utgör landstingets expertorgan i tobakspolitiska frågor. TPE kan även vara den enhet där specialutbildade och erfarna tobaksavvänjare tar emot och behandlar svåra fall som remitteras dit.

Lokala exempel

I dag kan bara landstinget i Örebro sägas ha en renodlad tobakspreventiv enhet i enlighet med ovanstående modell. Örebro är ett medelstort landsting med omkring 280 000 invånare (3 % av Sveriges befolkning). Den tobakspreventiva enheten på Universitetssjukhuset Örebro har två heltids sjuksköterskor, en heltids hälsoutvecklare, en halvtids läkartjänst och en kvarts sekreterartjänst till en kostnad av 1,5 miljoner kronor per år, cirka fem kronor per invånare (M. Larsson, Tobakspreventiva enheten Universitetssjukhuset Örebro, personlig kommunikation, 09-06-01).

De flesta landsting har integrerat många av dessa frågor i en folkhälsoenhet eller FoU-enhet. Flera, exempelvis Gotland, Jönköping, Uppsala, Västernorrland, Västerbotten och Västra Götaland, har även etablerat en tobaksavvänjningsmottagning eller livsstilsmottagning dit svåra fall kan remitteras för behandling av specialister.

Kostnader för tobaksavvänjning

Nedan redovisas den kostnad som ett medelstort landsting skulle ha för att hålla den standard på avvänjningsverksamhet och tobaksprevention som föreslagits ovan, med Landstinget Örebro som exempel.

Tabell 9. Beräknade kostnader för tobaksprevention för ett medelstort landsting, samt plats för en egen beräkning.

	Landstinget Örebro 280 000 invånare	Gör en egen beräkning
Kostnad för 0,10 procent-tjänster på varje vårdcentral (VC) 47 400 kr/VC	31 VC = 31x47 400 kr = 1 469 400 kr	 VC = x47 400 kr = kr
Kostnad för 0,5 procent-tjänster på varje sjukhus 237 000 kr/sjukhus	Universitetssjukhuset Örebro = resursen finns integrerad i TPE, som är placerad på sjukhuset = 0 kr Därutöver 2 sjukhus x 237 000 kr = 474 000 kr	 sjukhus x 237 000 kr = kr
Kostnad för en tobakspreven- tiv enhet	Befolkningen 280 000 pers x 5,35 kr = 1 500 000 kr	Antal invånare pers x 5,35 kr= kr
Totalt	3 443 400	

Vi jämför med den beräknade kostnaden för en vårddag i slutenvård 8 000 kronor (D. Ström, SKL, personlig kommunikation, 09-05-25). En rökare har i genomsnitt 0,8 fler dagar i slutenvård per år än en icke-rökare vilket har beräknats generera minst 570 000 extra vårddagar på sjukhus i befolkningen (Bolin & Lindgren, 2004). Om man multiplicerar vårddagarna med den beräknade kostnaden per vårddag 8 000 kronor blir det cirka 4,5 miljarder kronor som belastar sjukvårdsbudgeten. Summan motsvarar nästan 25 000 halvtidstjänster som tobaksavvänjare.

Totalkostnaden för tobakspreventionen i Örebro (3 348 000 kronor) motsvarar vad 430 slutenvårdsdagar kostar. Örebro län – som alltså har 3 procent av befolkningen – får även beräknas ha 3 procent av de extra slutenvårdsdagar som rökarna genererar per år, alltså 17 100 extra dagar (3 % av 570 000). Räkneexemplen styrker ytterligare att tobaksavvänjning inte bara minskar lidande och död utan också att kostnaderna för att erbjuda en god nivå på tobaksavvänjning inom landstinget är mycket små jämfört med de kostnader rökningen medför för offentlig sektor.

Tobaksfri hälso- och sjukvård

Med tobaksfri hälso- och sjukvård menas att *miljön inom hälso- och sjukvården ska vara tobaksfri*. Detta innebär att tobak inte ska användas inomhus vare sig av anställda, patienter eller besökare. Det ska inte heller säljas tobak i verksamhetens lokaler. Nästan alla landsting har *rökfri eller*

tobaksfri arbetstid som innebär att man enbart röker på lunchen eller efter utstämpling och då lämnar arbetsplatsen och helst byter till andra kläder än dem man har patientkontakt i. Hälften har även regler om rökfritt eller tobaksfritt patientmöte - det vill säga ej rökning eller snusning vid patientkontakt. En policy om tobaksprevention för ett landsting bör också innehålla ett strukturerat *tobaksavvänjningsstöd till patienter och personal*.

Alla landsting har antagit någon form av policy eller inriktningsbeslut om tobaksprevention, som i 19 av 21 landsting även är både landstingsövergripande och politiskt beslutade. Policydokumenten har olika innebörd, är olika detaljerade och man har kommit olika långt i implementeringen. Läs mer i Statens folkhälsoinstituts rapport *På väg mot ett Tobaksfritt Landsting* (Statens folkhälsoinstitut, 2009a).

Det finns idag ingen enhetlig nationell definition av vad som avses med en så kallad *Rökfritt/Tobaksfritt Landstingspolicy*, men en policy om tobaksprevention skulle kunna innehålla följande punkter:

- att policyn är politiskt beslutad
- att policyn gäller all landstingspersonal, och även upphandlad verksamhet och förtroendevalda
- att policyn innehåller regler om att inomhusmiljön skall vara rökfri, det vill säga att både personal, patienter och besökare enbart skall röka utomhus
- att röktrum för patienter som bedöms behöva vara kvar under en övergångstid är väl ventilerade och stängda nattetid, och att det finns en planering för deras avveckling
- att landstinget har väl utmärkta rökplatser för patienter och personal med rökfria zoner runt entréer, och att patienter och personal röker på olika platser
- att försäljning av tobaksvaror inte förekommer i landstingets lokaler
- att personal inte köper tobak till patienter
- att anställda rutinmässigt frågar patienter om tobaksvanor och ger en kort rådgivning
- att landstinget har en väl utbyggd tobaksavvänjningsverksamhet för patienter och personal
- att landstinget har en ansvarig person för samordning av tobaksavvänjning
- att patienter i slutenvård får läkemedel för avvänjning vid behov
- att rökfri, helst tobaksfri, arbetstid för personal är genomförd
- att personal inte röker i arbetskläder

- att även snuset behandlas i policyn
- att patientmöten skall vara tobaksfria
- att tobakspolicyn nämns vid platsannonsering
- att tobaksfrågan tas upp i medarbetar- och utvecklingssamtal
- att det finns person/er (eller en enhet) med kontaktpersons-, samordnings-, utvecklings- och uppföljningsansvar för tobaksfrågor i landstinget
- att det finns tillräckliga ekonomiska resurser för det tobakspreventiva arbetet
- att policyn följs upp regelbundet.

Tobaksavvänjning för landstingets egen personal

Varje landsting bör av många skäl vara angeläget att stödja och stimulera tobaksavvänjning för sina egna anställda. Det ligger i arbetsgivarens intresse att de anställda trivs, mår bra, är friska, och att personalen tar sitt ansvar som förebilder och normbildare i hälsofrågor genom att sluta använda tobak. Rökningen orsakar samtidigt stora kostnader för arbetsgivaren på grund av att en rökare i genomsnitt har åtta sjukdagar mer per år och beräknas ta en halvtimmes extra paus per dag för att röka vilket kostar arbetsgivaren minst 45 000 kronor per rökare och år (läs mer i kap. 3 sid 34).

Nedan följer ett räkneexempel byggt på en rökaneundersökning från Kronoberg 2008 som får visa vad landstinget som arbetsgivare kan spara på att rökavvänja de anställda som vill sluta respektive på att införa rökfri arbetstid (Edvardsson, 2009). I Kronobergs tobakspolicy finns rökfri arbetstid, men den är inte helt konsekvent genomförd. Så ser det ut i dag i de flesta landsting. Bara sju av de 19 landsting som har beslut om rökfri arbetstid anser att det är helt genomfört att personalen är rökfri på arbetstid (Statens folkhälsoinstitut, 2009a).

RÄKNEEXEMPEL

Landstinget i Kronoberg hade 5 339 anställda.

6 procent var dagligrökare, dvs. 320 personer.

45 procent av rökarna ville sluta, dvs. 144 personer.

I Kronoberg uppgav rökarna följande

- 48 procent rökte inte alls under arbetsdagen (ej heller under lunch och rast)
 - 44 procent rökte enbart under lunch och schemalagd rast
 - 22 procent rökte även vid andra tillfällen (inte bara under lunch och rast).
- (OBS man kunde svara mer än ett alternativ, därför blir det mer än 100 %)

I räkneexemplet används siffror för arbetsgivarens kostnader för sjukfrånvaro (13 700 kr per rökare) och röktid (31 300 kr per rökare) som redovisats i kapitel 3 sid 34. När det gäller röktid utgår beräkningarna från att 22 procent av dagligrökarna tar rökpauser under betald arbetstid (som i Kronoberg).

Om de 144 dagligrökarna som vill sluta får hjälp skulle landstinget som arbetsgivare spara:

- 13 700 kronor per rökare som vill sluta (144 personer) för sjukdagarna, det vill säga 1 972 800 kronor per år.
- 31 300 kronor för 22 procent av rökarna som vill sluta (32 personer) för röktiden, det vill säga 1 001 600 kronor per år.
- Totalt inbesparade kostnader uppgår således till 2 974 400 kronor per år. Det motsvarar nästan sex heltidstjänster i landstinget beräknat på en genomsnittslön på omkring 44 000 kronor inklusive sociala avgifter, eller 528 000 kronor per år.
- Enbart att genomföra rökfri arbetstid konsekvent skulle spara över två miljoner eller motsvarande fyra heltidstjänster (31 300 kr per år för 22 % av samtliga dagligrökare eller 70 personer).

GÖR DINA EGNA BERÄKNINGAR

Räkna ut vad ditt eget landsting kan spara på att hjälpa de anställda sluta röka respektive införa rökfri arbetstid konsekvent, i bilaga 5.

Om man räknar att samma förhållanden råder i alla landsting skulle landstingen kunna spara 140 miljoner kronor per år på att hjälpa de dagligrökare i den egna personalen som vill sluta röka. Det motsvarar 266 heltidstjänster eller 17 500 slutenvårddagar. Enbart genom att genomföra rökfri arbetstid konsekvent för alla dagligrökare skulle landstingen spara 104 miljoner. Det motsvarar 197 heltidstjänster eller 12 235 slutenvårddagar.⁸

Rekommendationer

Politiker, beslutsfattare och verksamhetschefer i landstingen behöver skapa ett tydligt åtgärdsprogram som omfattar

- att hälso- och sjukvårdspersonal rutinmässigt frågar om tobaksvanor och journalför svaren
- att hälso- och sjukvårdspersonal inom all verksamhet rutinmässigt erbjuder rådgivning om tobak till både friska och sjuka patienter
- att alla vårdenheter har en utbildad resursperson för tobaksavvänjning eller har avtal med en annan vårdenheter som tar emot patienterna för behandling
- att underlätta för tandvården att avvänja sina egna patienter
- att aktivt marknadsföra den tobaksavvänjning som finns
- att verka för att beställar-, vårdvals- och ersättningssystem stödjer och stimulerar det förebyggande arbetet med tobaksavvänjning.

8 Förutsättningar: Totalt antal anställda i landstingen 2008-11-01 cirka 253 000 (A-C. Olsson, SKL, personlig kommunikation, 09-06-15). Sex procent antas vara dagligrökare, det vill säga 15 180, varav 45 % antas vilja sluta, det vill säga 6 831 personer. Om de dagligrökare som vill sluta får hjälp skulle landstingen spara 13 700 kr/rökare som vill sluta (6 831 personer) för sjukdagarna, det vill säga 93 584 700 kr, och 31 300 kr/rökare för 22 % (de som röker på arbetstid) av de 6 831 rökare som vill sluta (1 502 personer) för röktiden, det vill säga 47 012 600 kr, eller sammanlagt 140 597 300 kronor per år. Det motsvarar cirka 266 heltidstjänster i landstingen, beräknat på en genomsnittlig månadslön på omkring 27 800 + semesterlön 13 % och sociala avgifter och pensionsavgifter 45 % = cirka 44 000 kr, eller cirka 528 000 kronor per år.

Enbart att genomföra rökfri arbetstid konsekvent skulle spara 104 529 480 eller motsvarande 197 heltidstjänster i landstingen (31 300 kr per år för de 22 % av samtliga rökare som antas röka på betald arbetstid, eller 3 339 personer). Kostnaden för en vård dag i landstingets slutenvård beräknas av Sveriges kommuner och landsting till 8 000 kronor (D. Ström, SKL, personlig kommunikation, 09-05-25).

Bilaga 1. Tobaksvanor och statistik

GOD STATISTIK ÖVER svenskarnas tobaksvanor finns från Statistiska centralbyrån (SCB) för åren 1980–2007, och för åren 2004–2009 från Statens folkhälsoinstituts enkät *Hälsa på lika villkor*.

Vuxnas tobaksvanor

Rökning

I den vuxna befolkningen har trenden under de senaste 30 åren varit en stark och kontinuerlig nedgång av andelen rökare. Från början var det fler män som rökte, men sedan 1993 röker fler kvinnor än män i Sverige. Enligt statistik från 2009 rökte 11 procent av männen och 13 procent av kvinnorna i åldersgruppen 16–84 dagligen, sammanlagt 13 procent. Rökningen har samtidigt gått ner i alla åldersgrupper och hos båda könen. Den största nedgången har skett i åldersgruppen 45–64 år, men det är i samma åldersgrupp som den högsta andelen rökare ännu finns. Utöver dagligrökarna var det 2009 ytterligare 12 procent av befolkningen som rökte då och då, 13 procent av männen och 10 procent av kvinnorna (SCB, 2009, Statens folkhälsoinstitut, 2009)(Se figur 10).

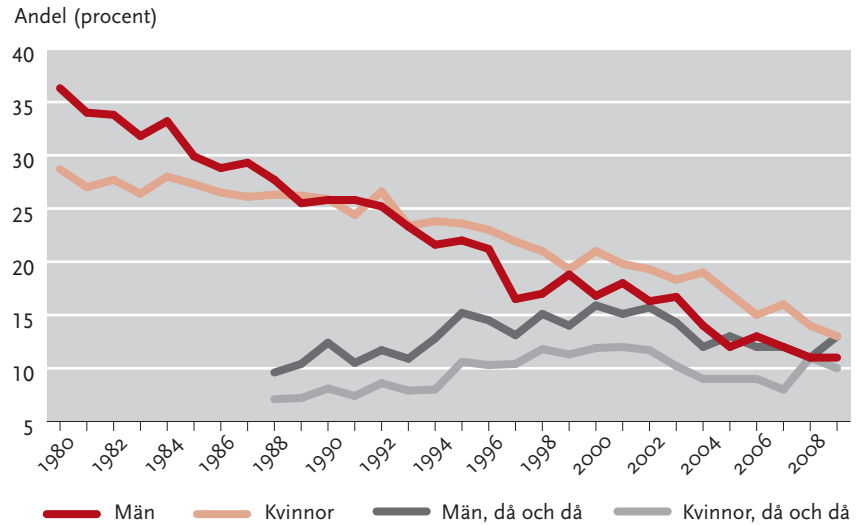
Snus

Andelen vuxna som snusar har varit relativt konstant under de senaste åren och snusning är till största delen ett manligt beteende. Nitton procent av männen och 4 procent av kvinnorna snusade dagligen 2009, och 6 procent män och 3 procent kvinnor uppgav sig snusa då och då. (Statens folkhälsoinstitut, 2009).

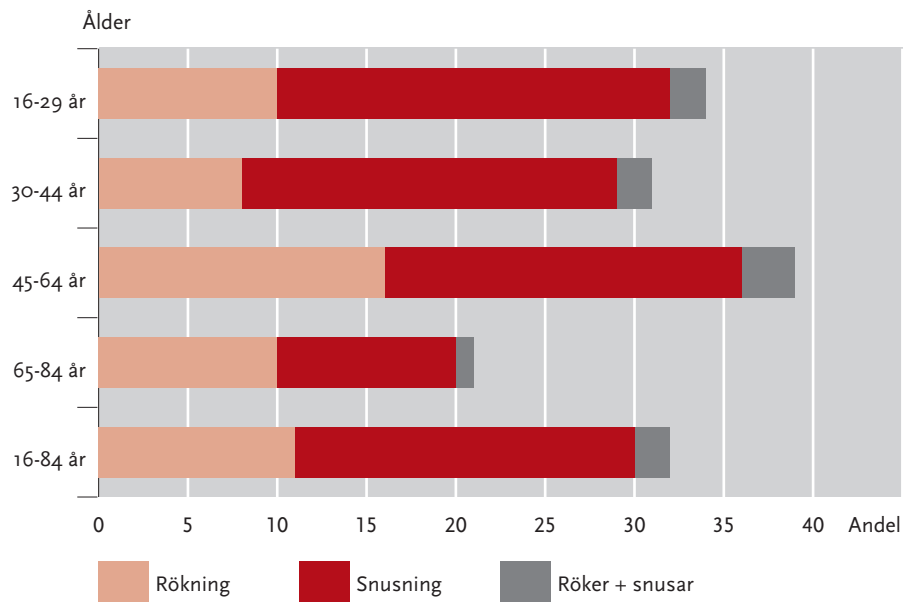
Totalt tobaksbruk

När man slår samman andelen dagligrökare, dagligsnusare och de som röker respektive snusar då och då utifrån 2009 års siffror är det 29,5 procent av den vuxna befolkningen, motsvarande 2,4 miljoner personer som brukar tobak (Statens folkhälsoinstitut, 2009).

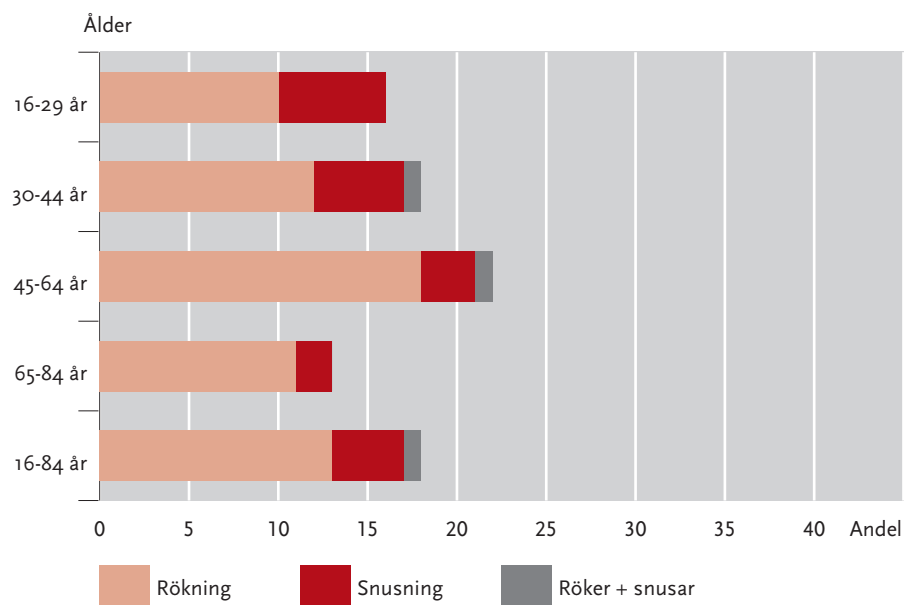
Figur 10. Andelen (procent) vuxna dagligrökare och tillfällighetsrökare 18–84 år, 1980–2009. Åldersstandardiserade värden (SCB, 2009, Statens folkhälsoinstitut, 2009).



Figur 11. Andelen **män** som röker dagligen, snusar dagligen samt röker och snusar dagligen, 2009. (Statens folkhälsoinstitut, 2009).



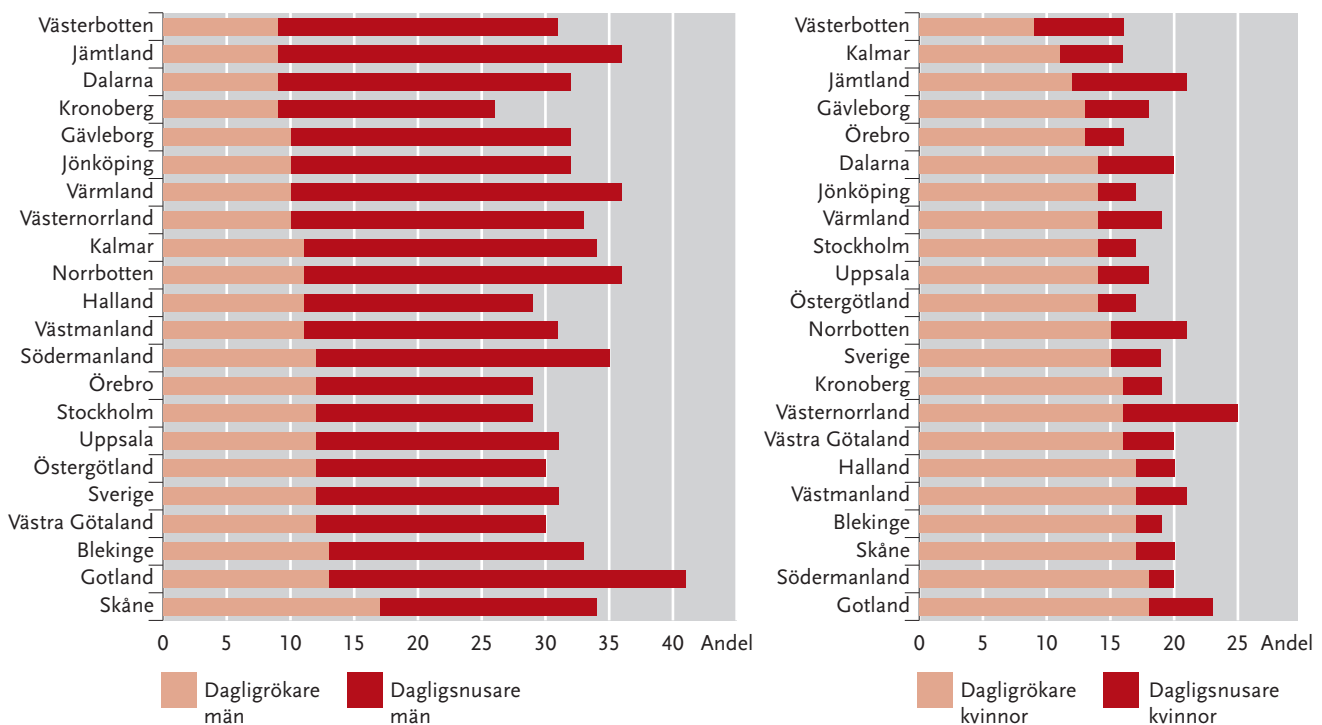
Figur 12. Andelen **kvinnor** som röker dagligen, snusar dagligen och röker och snusar dagligen, 2009. (Statens folkhälsoinstitut, 2009).



Regionala skillnader

Andelen dagligrökare och dagligsnusare varierar kraftigt mellan de olika länen. Det är minst vanligt att röka bland både män och kvinnor i Västerbotten. Högst andel dagligrökande män finns i Skåne och flest dagligrökande kvinnor i Södermanland och på Gotland. Snusning är en vana som förekommer i störst utsträckning i norra Sverige, men bland männen är det på Gotland som allra flest snusar (Statens folkhälsoinstitut, 2009).

Figur 13 och 14. Andelen dagligrökare och dagligsnusande män och kvinnor i Sveriges län, 16–84 år, åldersstandardiserat värde för åren 2006–2009. (Statens folkhälsoinstitut, 2009).



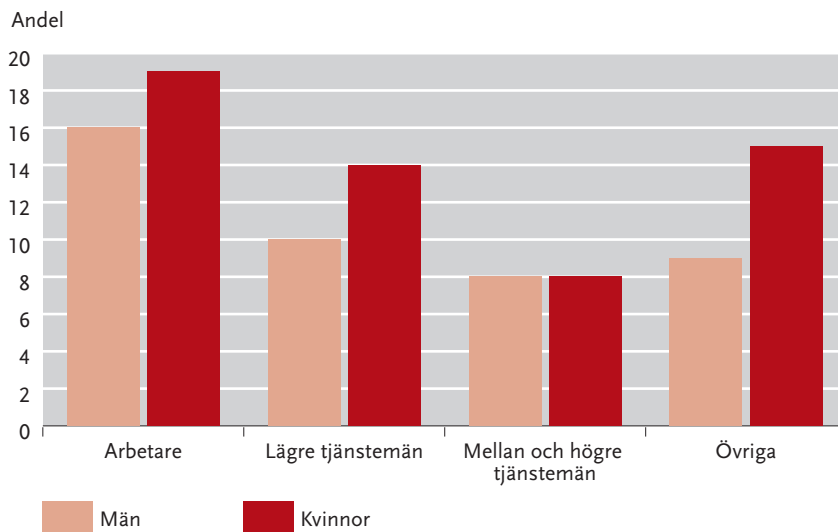
Skillnader mellan personer med olika inkomst och utbildning

De sociala skillnaderna i rökvanor är stora, men de tycks inte i så stor utsträckning ha förändrats bland män från åttiotalet fram till i dag. Skillnaden i rökvanor har blivit större mellan kvinnliga högre tjänstemän och kvinnor med arbetaryrken; de högre tjänstemännen har slutat röka i större utsträckning samtidigt som rökslutartrenden inte i samma omfattning som bland männen har nått kvinnor med arbetaryrken (SCB, 2009, Statens folkhälsoinstitut, 2009). Fem procent fler män och kvinnor som hade sjukpenning/ -ersättning rökte än de yrkesarbetande. Andelen rökare bland arbetslösa män var 2009 24 procent och bland kvinnor 25 procent. En större andel rökare är ekonomiskt utsatta, det vill säga saknar kontantmarginal⁹ eller har låg inkomst, jämfört med icke-rökare (Statens folkhälsoinstitut, 2009).

Det finns ett tydligt samband mellan utbildningsnivå och tobaksbruk. Det är i dag främst personer med kort utbildning som röker. År 2009 var det mer än tre gånger så vanligt att korttidsutbildade män och kvinnor rökte som att personer med lång utbildning gjorde det (18 % respektive 5 %).

De sociala skillnaderna mellan snusare och icke-snusare är inte så stora som mellan rökare och icke-rökare. Vad som står klart är dock att män med arbetaryrken snusar i större utsträckning än tjänstemän på mellan- eller högre nivå. Det är även vanligare att personer med kort utbildning snusar än personer med mellanlång eller lång utbildning (Statens folkhälsoinstitut, 2009).

Figur 15. Andelen dagligrökare i åldern 16–84 år efter socioekonomisk grupp 2009. Åldersstandardiserade värden (Statens folkhälsoinstitut, 2009).



⁹ Att sakna kontantmarginal innebär att en person som hamnar i en oförutsedd situation där hon eller han måste skaffa fram 15 000 kronor på en vecka inte klarar det.

Tobaksbruk bland vuxna med utländsk härkomst

Det finns stora variationer i rökvanor mellan olika invandrargrupper. Tobaksvanorna i hemlandet följer ofta med till Sverige. Det innebär att i vissa invandrargrupper som kommer från länder utanför Europa kan andelen rökare bland männen vara 40–50 procent (Socialstyrelsen, 2000). Enligt statistik från 2009 var andelen dagligrökare störst bland män födda i Europa, utanför Norden, de rökte i genomsnitt mer än dubbelt så mycket som män födda i Sverige. Störst andel rökande kvinnor fanns bland de från övriga Norden och övriga Europa.

När det gäller snus är det vanligare att snusa bland män och kvinnor födda i Sverige än bland de som är födda utanför Sverige, vilket beror på att snus främst är en svensk tobaksvana (Statens folkhälsoinstitut, 2009).

Professionella yrkesgrupper

Flera undersökningar visar att andelen rökare och snusare bland professionella yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården är betydligt mindre än i övriga befolkningen. Här nedan visas några aktuella studier över rökningen i vissa yrkesgrupper.

RÖKNING OCH SNUSNING BLAND SJUKVÅRDSPERSONAL

- 2,9 procent *läkare* rökte och 8 procent snusade dagligen 2008 (Statens folkhälsoinstitut, 2009d).
- 6,1 procent av *sjuksköterskorna* rökte och 4,6 procent snusade dagligen 2008 (Statens folkhälsoinstitut, 2009c).
- 4 procent av *barnmorskorna* rökte och 2,3 procent snusade dagligen 2008 (Statens folkhälsoinstitut, 2009c).
- 4 procent av *tandläkarna* rökte och 10 procent snusade dagligen 2006 (L. Sjöberg, Tandvård mot Tobak, personlig kommunikation 09-08-20)⁹.
- 2 procent av *tandhygienisterna* rökte och 1 procent snusade dagligen 2006 (L. Sjöberg, Tandvård mot Tobak, personlig kommunikation 09-08-20)¹⁰.
- 7 procent *farmaceuter* och *apotekstekniker* rökte och 2 procent snusade dagligen 2008 (Rosborg Brink, 2008).

Gravida och småbarnsföräldrar

Rökning

Uppgifter från det medicinska födelseregistret (Socialstyrelsen) 2007 visar att andelen gravida kvinnor som röker har minskat kraftigt i alla åldrar alltsedan början av 1980-talet. Kvinnor i tidig graviditet röker i betyd-

10 Tobaksvaneenkät till tandvårdspersonal genomförd av Tandvård mot Tobak, 2006.

ligt mindre utsträckning än kvinnor i allmänhet. I stort sett kan man säga att varannan kvinna slutar röka före första besöket i mödravården, och även därefter slutar många. År 2007 rökte 17 procent av kvinnorna före graviditeten, 7 procent vid inskrivningen i mödravården och 5 procent i slutet av graviditeten. Det är vanligast att korttidsutbildade kvinnor röker under graviditeten. Gravida kvinnor under 19 år rökte i betydligt större utsträckning än jämnåriga icke-gravida kvinnor och äldre gravida kvinnor; i åldern 16–19 år rökte 24 procent i början av graviditeten, vilket är mer än dubbelt så många som bland jämnåriga icke-gravida. Tonåringar som har blivit gravida tillhör ofta socialt utsatta grupper som röker mer än tonåringar i allmänhet. Äldre barnaföderskor är däremot ofta välutbildade kvinnor som röker i mindre utsträckning än genomsnittet (Socialstyrelsen, 2009 och 2009c).

Snus

Andelen som snusar under graviditeten har varit relativt konstant sedan början av 2000-talet då kartläggningen av snusningen hos gravida startade. Andelen som snusar tre månader före graviditeten har dock ökat och var 2007 2,4 procent. Av dessa slutade mer än hälften i graviditetsvecka 8–12 och endast 0,3 procent av de gravida kvinnorna snusade i senare delen av graviditeten. Samma mönster gäller för snusning som för rökning, att yngre gravida kvinnor snusar i större utsträckning än de äldre gravida kvinnorna (Socialstyrelsen, 2009).

Regionala skillnader i tobaksbruk bland gravida

Det finns stora regionala skillnader även när det gäller tobaksbruk bland gravida. Vanligast är det att röka tidigt i graviditeten i Värmland, Södermanland och på Gotland (cirka 9 % i alla länen) och minst vanligt i Västerbotten och Jämtland (cirka 4 % i båda länen). Det är till exempel mer än dubbelt så vanligt med rökande gravida i Värmland som i Västerbotten. I Västerbotten och Jämtland är det i stället betydligt vanligare att snusa tidigt i graviditeten jämfört med landet i övrigt. Det är nästan sju gånger fler gravida kvinnor som snusar i tidig graviditet i Jämtland jämfört med Jönköping, Blekinge och Skåne, som har lägst andel snusande gravida (0,5 % i alla länen) (Socialstyrelsen, 2009).

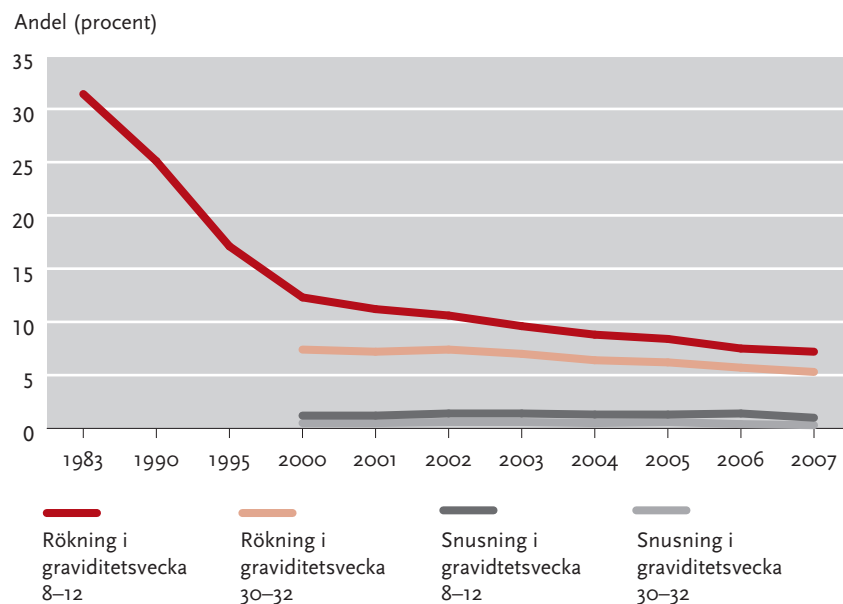
Tobaksbruk bland föräldrar med spädbarn

Kvinnor med spädbarn röker i mindre utsträckning än kvinnor i allmänhet, men något fler röker när barnet är åtta månader (7 %) jämfört med rökningen i sen graviditet (5 %) och när barnet är 0–4 veckor (6 %).

Pappornas tobaksbruk påverkas inte nämnvärt av barnets födelse (Socialstyrelsen, 2008a och 2009). Uppgifter om andelen spädbarnsföräldrar som snusar finns ännu inte registrerade.

Ensamstående med barn är en utsatt grupp. Statistik från 2007 visar att ensamstående kvinnor med barn röker i större utsträckning än sammanboende och gifta med barn, nästan 7 procent fler. Det var likaså fler som rökte bland ensamstående med barn än bland ensamstående utan barn. Samma mönster finns för snus (SCB, 2009).

Figur 16. Andelen rökare och snusare i graviditetsvecka 8–12 respektive 30–32, 1983–2007 (Socialstyrelsen, 2009c).



Ungdomar

Rökning

Tobaksvanor bland elever i årskurs nio har kartlagts sedan början av 1970-talet av Centraförbundet för alkohol- och narkotikaupplysnings (CAN) årliga enkäter i grundskolans årskurs nio. I början av 1970-talet var rökningen betydligt vanligare än i dag. Från början av 1970-talet till mitten av 1980-talet minskade rökningen kraftigt. Därefter ökade andelen rökare igen, men minskade åter under senare delen av 1990-talet. Under 2000-talet har rökningen fortsatt att minska bland ungdomar, med kraftiga svängningar mellan olika år. Ända sedan 1970-talet har fler flickor än pojkar rökt, men de senaste fem åren har framför allt pojkarnas rökning i årskurs nio ökat. År 2008 uppgav 22 procent av pojkarna och 28 procent av flickorna i årskurs nio att de rökte (8 % pojkar och 11 procent flickor varje eller nästan varje dag). Även tobaksbruket i gymnasiet årskurs två kartläggs numera. År 2008 var det 35 procent av pojkarna och 40 procent av flickorna som uppgav att de rökte (12 procent pojkar och 18 procent flickor varje eller nästan varje dag) (Hvitfeldt & Nyström, 2009).

Snus

Snusning är betydligt vanligare bland pojkar än bland flickor. I årskurs nio snusade 2008 totalt 16 procent av pojkarna (9 % varje eller nästan varje dag) jämfört med 4 procent av flickorna (inga flickor snusade varje eller nästan varje dag). I gymnasiet årskurs två snusade 26 procent pojkar (25 % varje eller nästan varje dag) och 10 procent flickor (9 % varje eller nästan varje dag). Andelen snusare har fortsatt att minska de senaste åren bland både pojkar och flickor, såväl i årskurs nio som i gymnasiets årskurs två (Hvitfeldt & Nyström, 2009).

Totalt tobaksbruk bland ungdomar

År 2008 var det totalt 27 procent av pojkarna och 29 procent av flickorna i årskurs nio som använde tobak och i gymnasiet årskurs två drygt 40 procent för vardera könen (Hvitfeldt & Nyström, 2009).

Passiv rökning

Nationella folkhälsoenkäten visade att 18 procent män och 15 procent kvinnor utsätts för passiv rökning i hemmet, på arbetet eller i andra inomhusmiljöer 2009 (Statens folkhälsoinstitut, 2009). Nästan 9 procent vuxna har känt sig besvärade i eller i närheten av sin bostad minst en gång i veckan de senaste tre månaderna. Detta är en ökning jämfört med tidigare och kan avspejla en minskad tolerans för miljötobaksrök (Socialstyrelsen, 2009d). Enligt den senaste mätningen 2003 var det 5 procent av barnen under 14 år som utsattes för passiv rökning i hemmet varje dag (Socialstyrelsen, 2005). En undersökning från Stockholms läns landsting 2008 visar att det finns stora skillnader mellan stadsdelar och kommuner. I Skärholmen och Kista-Rinkeby, kommuner med många korttidsutbildade och utlandsfödda, utsattes 38 respektive 32 procent av barnen för passiv rökning den första levnadsmånaden. I höginkomstkommunerna Norrmalm och Danderyd var det däremot bara 2 procent (Stockholms läns landsting, 2009).

Bilaga 2. Definitioner av nikotinberoende och nikotinabstinens

I ICD-10 (Socialstyrelsen, 1997), ett internationellt klassifikationssystem för sjukdomar, faller tobaksberoende och nikotinabstinens under rubriken *Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av tobak*, sjukdomskod F 17.2 respektive 17.3.

DSM IV (APA, 1994), ett internationellt klassifikationssystem för psykiska störningar, betecknar nikotinberoende som en *sjukdom som orsakas av en psykoaktiv substans (substans-/drogberoende)*, sjukdomskod F 17.

Kriterierna för nikotinberoende enligt DSM IV är:

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

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

5. Mycket tid ägnas åt att försöka få tag på substansen, nyttja substansen (till exempel kederöka) eller hämta sig från substansbrukets effekter.

6. Viktiga sociala aktiviteter, yrkes- eller fritidsaktiviteter överges eller minskas på grund av substansbruket.

7. Bruket av substansen fortgår trots vetskap om fysiska eller psykiska besvär som sannolikt orsakats av eller förvärrats av substansen.

Kriterierna för nikotinabstinens enligt DSM IV – sjukdomskod F17.3 – är:

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

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

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

Bilaga 3. Tillgången till tobaksavvänjning 2009

1= Procentandelen *vårdcentraler* som uppger att man har minst en särskild resursperson för tobaksavvänjning av patienter 2009¹¹ (Statens folkhälsoinstitut, 2009a).

2= Procentandelen *allmänläkare* som anser att det lokala behovet av tobaksavvänjning är helt eller till stor del tillgodosett 2009 (Statens folkhälsoinstitut, 2009b).

3= Procentandelen *distriktssköterskor* som anser att det lokala behovet av tobaksavvänjning är tillgodosett 2009 (Statens folkhälsoinstitut, 2009b).

4= Procentandelen *barnmorskor* inom mödravården som anser att det lokala behovet av tobaksavvänjning är tillgodosett 2009 (Statens folkhälsoinstitut, 2009b).

5= Procentandelen *sjuksköterskor* inom barnhälsovården som anser att det lokala behovet av tobaksavvänjning är tillgodosett 2009 (Statens folkhälsoinstitut, 2009b).

Landsting	1 ^o	2	3	4	5
Blekinge	82	67	66	56	61
Dalarna	Ingen uppgift	35	35	31	27
Gotland	88	80	90	63	75
Gävleborg	52	44	47	28	38
Halland	81	76	72	62	59
Jämtland	80	67	70	63	79
Jönköping	85	87	81	96	91
Kalmar	100	91	87	74	85
Kronoberg	77	61	67	38	75
Norrboten	71	62	45	55	66
Skåne	80	59	61	41	60
Stockholm	54	53	43	45	53
Södermanland	86	64	55	47	58
Uppsala	82	69	70	74	83
Värmland	62	51	53	55	23
Västerbotten	64	52	54	68	52
Västernorrland	84	59	57	64	49
Västmanland	35	60	43	50	55
Västra Götaland	90	74	73	45	75
Örebro	58	73	62	68	74
Östergötland	78	70	65	37	63
Totalt	73				

11 Bygger på enkätundersökningar av landstingen till vård/centralerna. Svarsfrekvensen är mycket varierande, från 32% i Södermanland till 100% i Gotland och Jönköping, vilket gör att procentsatsen kan innebära en överskattning i vissa fall. Från Dalarna föreligger ingen aktuell undersökning. Läs mer detaljer i rapporten På väg mot ett Tobaksfritt Landsting (Statens folkhälsoinstitut, 2009a).

Bilaga 4. Gör dina egna beräkningar – befolkningens tobaksbruk

Hur många röker eller snusar i ditt län, hur många vill ha stöd att sluta och vad kostar det att hjälpa dem?

Om du inte har tillgång till aktuella siffror från ditt eget län kan du göra ett räkneexempel. Det bygger på Nationella folkhälsoenkätens siffror 2009 när det gäller hur många som röker och snusar och på regionala siffror från befolkningsstudier när det gäller hur många som vill sluta och som vill ha stöd, läs mer i kapitel 1 och 6.

Rökning

- Antalet män i befolkningen, 11 procent män röker, alltså personer, minst 70 procent vill sluta, alltså personer och minst 35 procent av dessa vill ha stöd, alltså personer.
- Antalet kvinnor i befolkningen, 13 procent kvinnor röker, alltså personer, minst 70 procent vill sluta, alltså personer, och minst 35 procent av dessa vill ha stöd, alltså personer.
- Sammanlagt vill uppskattningsvis personer ha stöd för att sluta röka i vårt län.

Snusning

- Antalet män i befolkningen, 19 procent män snusar, alltså personer, 45 procent vill sluta, alltså personer och 30 procent av dessa vill ha stöd, alltså personer.
- Antalet kvinnor i befolkningen, 4 procent kvinnor snusar, alltså personer, 45 procent vill sluta, alltså personer, och 30 procent av dessa vill ha stöd, alltså personer.
- Sammanlagt vill uppskattningsvis personer ha stöd för att sluta snusa i vårt län.

Kostnader för att hålla en god nivå på tobaksavvänjning (jämför sidan 86).

Kostnad för en tobaksavvänjare på 10 procent per vårdcentral: vårdcentraler x 47 400 per år = kronor per år.

Kostnad för en tobaksavvänjare på 50 procent per sjukhus: sjukhus x 237 000 per år = kronor per år.

Sammanlagd kostnad = kronor per år.

Bilaga 5. Gör dina egna beräkningar – anställdas rökning

Vad kan landstinget spara på att hjälpa de anställda att sluta röka respektive på att införa rökfri arbetstid konsekvent?

Om du inte har tillgång till aktuella siffror från ditt eget landsting kan du göra ett räkneexempel som bygger på en tobaksvaneundersökning 2008 från Kronoberg, där tobaksfri arbetstid ingår i landstingets policy (Edvardsson, 2009)

- Antal anställda
- 6 procent är dagligrökare, personer, varav 45 procent vill sluta, det vill säga personer.
- 22 procent av de som vill sluta röker under annan arbetstid än schema-lagda raster, det vill säga personer.

Om de dagligrökarna som vill sluta får hjälp skulle landstinget som arbetsgivare spara

- 13 700 kronor för dagligrökare för de extra sjukdagarna, det vill säga cirka kronor per år.
- 31 300 kronor för den extra röktiden för de..... dagligrökare (22 % av dagligrökarna) som röker under arbetstid och som vill sluta, det vill säga kr.
- Totala kostnader kronor per år.
- Om man dividerar totalkostnaden med en genomsnittslön på omkring 44 000 kronor inklusive sociala avgifter, eller cirka 528 000 kronor per år, motsvarar det heltidstjänster i landstinget.

Enbart att genomföra rökfri arbetstid konsekvent skulle spara 31 300 kronor per år för personer (22 % av samtliga dagligrökare) eller kronor per år. Dividerat med en genomsnittslön på 528 000 kronor per år, motsvarar det heltidstjänster i landstinget.

Bilaga 6. Kunskaps- sammanställningar, material, telefonstöd och webbsidor

Allmänna kunskapssammanställningar

Det drogforebyggande arbetet i Sverige 2008. Statens folkhälsoinstitut. Rapport 2009:11. Ladda ned från www.fhi.se.

Kommunguide – att utveckla det tobakspreventiva arbetet. Statens folkhälsoinstitut. Rapport 2005:33. Under revidering 2010. Ladda ned från www.fhi.se.

Livsstilsrapport 2009 – Lägesrapport om livsstilsfrågor. Statens folkhälsoinstitut. Rapport 2009:22. Ladda ned från www.fhi.se.

Minskat bruk av tobak – var står vi i dag? En kunskapssammanställning som visar aktuell statistik och uppfyllelse av folkhälsomålen om tobak. Statens folkhälsoinstitut. Rapport R 2007:14. Ladda ned från www.fhi.se.

Post, A och Gilljam, H. *Tackla tobak. Tobaksprevention i teori och praktik*. 2003. Studentlitteratur.

Statens folkhälsoinstitut (2009). *På väg mot ett Tobaksfritt Landsting. En uppföljning av det tobakspreventiva arbetet i landsting och regioner* 2009. Under publicering 2010. Statens folkhälsoinstitut. Östersund. Ladda ned från www.fhi.se.

Tobakskonventionen – världens första folkhälsokonvention och hur den kan stimulera det tobaksforebyggande arbetet i Sverige. Statens folkhälsoinstitut. Rapport 2009:04. Ladda ned från www.fhi.se.

Handledningar om tobaksrådgivning och avvänjning

Hjalmarson A. *En handledning för tobaksavvänjning*. Statens folkhälsoinstitut. Rapport R 2006:14. Ladda ned från www.fhi.se.

Holm Ivarsson B. *Det motiverande samtalet om tobaksvanor*. Statens folkhälsoinstitut. Rapport R 2003:40. Beställ eller ladda ned från www.fhi.se.

Holm Ivarsson B. *MI – motiverande samtal*. Praktisk handbok för hälso- och sjukvården vid samtal om fysisk aktivitet, kost & övervikt, riskbruk av alkohol, tobaksbruk 2009. Förlagshuset GOTHIA.

Motiverande samtal och tobaksavvänjning med ungdomar. Handledning till tidningen Fimpa Nu! – bli rök och snusfri. Statens folkhälsoinstitut. 2009. Både tidning och handledning beställs eller laddas ned från www.fhi.se.

Rökfri på jobbet. För arbetsgivare. Hjärt-Lungfonden. 2004. Under revidering 2010 av Statens folkhälsoinstitut. Kommer att heta *Tobaksfri på jobbet*. En manual kan laddas ned från www.tobakfakta.org.

Tobaksavvänjning för psykiskt sjuka. 2005. Yrkesföreningar mot tobak. Ladda ned från www.tobakfakta.org. Beställ på 08-668 81 58.

Tobaksavvänjning i hälso- och sjukvården. En kunskapssammanställning med praktiska råd och verktyg för hälso- och sjukvårdspersonal. Statens folkhälsoinstitut i samarbete med Socialstyrelsen. Rapport 2007:16. Ladda ned från www.fhi.se.

Pantzar, M. *Tobaksfritt liv. Funderat på att sluta?* En självhjälpbok. Till boken finns även en handledning för professionella. 2006. Uppsala Publishing House.

Material om tobaksavvänjning

Material om tobak finns i Statens folkhälsoinstituts *materialkatalog*. Ladda ned från www.fhi.se. Du kan även söka efter vårt tobaksmaterial på www.fhi.se/webbshop.

Powerpointserie om tobaksavvänjning. Statens folkhälsoinstitut. 2009. Ladda ned från www.fhi.se.

Att hjälpa rökare och snusare att sluta. Enkla råd. Informationsfolder från Statens folkhälsoinstitut. 2009. Beställ eller ladda ned på www.fhi.se

Rådgivning om tobak. Informationsfolder från Statens folkhälsoinstitut. 2009. Beställ eller ladda ned på www.fhi.se

Expertens bästa råd för att sluta röka och snusa. Reviderad 2009. Beställ eller ladda ned på www.fhi.se.

... sluta röka eller snusa? En liten fickfolder som ger tips och råd till den som funderat på att sluta röka eller snusa. Till foldern finns också ett litet folderställ som beställs separat. Statens folkhälsoinstitut. 2009. Beställ på www.fhi.se.

Har du funderat på att sluta röka eller snusa? Visst kan du! En affisch som vänder sig till den som funderat på att sluta röka eller snusa med uppmaningen att ta kontakt med personal inom vården för att få stöd och hjälp. Statens folkhälsoinstitut. 2009. Beställ på www.fhi.se.

Tobaksfri graviditet. Folder som vänder sig till blivande föräldrar och ger korta råd om tobaksavvänjning och berättar om hur fostret på verkas av tobaksbruk. Statens folkhälsoinstitut. 2009. Beställ på www.fhi.se.

Tobaksfria barn. Den här foldern handlar om hur barns kroppar påverkas av tobak genom amning och passiv rökning. Statens folkhälsoinstitut. 2009. Beställ på www.fhi.se.

Tobaksavvänjning – en del i ett tobaksförebyggande arbete. En kort sammanfattning av de viktigaste delarna i rapporten Tobak och avvänjning. Statens folkhälsoinstitut. 2009. Beställ på www.fhi.se.

Vad vi vet om snus. 2006. Statens folkhälsoinstitut. Ladda ned från www.fhi.se.

Holm Ivarsson B. *Sluta röka och snusa på 4 veckor.* 2008. Viva förlag.

Holm Ivarsson B. *Fimpa dig fri.* En självhjälpbok för att sluta röka och snusa. Reviderad 2009. Gothia Förlag.

Vägen till ett rökfritt liv. En självhjälpbok. 2005. Läkare mot tobak. Beställ via Yrkesföreningar mot tobak 08-668 81 58.

Sluta röka-linjens material: Affisch samt bordsställ med små kort kostnadsfritt. Linjens patientfoldrar kan laddas ner från www.slutarokalinjen.org. Beställ kortställ och små kort med Sluta röka-linjens telefonnummer på 020-84 00 00.

Sluta röka på sjukhus. En informationsfolder till vårdpersonal och en till patienter. 2002. Läkare mot Tobak och Sjuksköterskor mot Tobak, Hjärt-Lungfonden. Beställ via Yrkesföreningar mot Tobak 08-668 81 58.

På främmande språk

Informationsfoldern *Vägen till ett rökfritt liv* finns som pdf-fil på lätt svenska, engelska, albanska, arabiska, pashto (modersmål för hälften av Afghanistans befolkning och 15 miljoner i västra Pakistan), persiska, dari (en variant av persiska), serbiska, somaliska och sorani (ett kurdiskt språk). Kan laddas ned på www.tobaksfakta.org.

Sluta röka-råd även på *turkiska och spanska* kan laddas ned från www.slutarokalinjen.org.

Telefonstöd

För patienter

Sluta röka-linjen, 020-84 00 00, ger kostnadsfri *avvänjning per telefon* till den som vill sluta röka eller snusa, även på www.slutarokalinjen.org.

Handledning för professionella

Sluta röka-linjen, 020-84 00 00, ger kostnadsfri *handledning* till professionella tobaksavvänjare.

Webbplatser

På den svenska webbplatsen www.tobaksfakta.org finns information om tobak, exempelvis tobaksavvänjare i olika landsting, statistik, fakta, material och senaste nytt. Här finns också en Sluta röka-skola och en Sluta snusa-skola samt sidor speciellt för professionella, exempelvis material och läkemedelslista för professionella.

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

Webbplatser för ungdomar är www.nonsmoking.se och www.ragnarok.se.

Referenser

- Adami, H. O., et al. (1996). A prospective study of smoking and risk of prostate cancer. *Int J Cancer*, 1996. 67(6): p. 764-8.
- Agardh E., Moradi T., Allebeck P. (2008). Riskfaktorernas bidrag till sjukdomsburden i Sverige: Jämförelse mellan svenska och WHO-data. *Läkartidningen* 2008;18;105(11):816-21.
- American Psychiatric Association APA. (1994). Diagnostic and statistic manual of mental disorders, DSM-IV. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association. Svensk översättning: MINI-D IV. Diagnostiska kriterier enligt DSM-IV-TR. Danderyd: Pilgrim Press; 2002.
- Andréasson S. & Graffman K. (2002). Alkoholprevention i primärvården: Patienterna positiva till att frågor om alkohol och livsstil tas upp. *Läkartidningen* 2002(99)4252-5.
- Bala M., Strzeszynski L., Cahill K. (2008). Mass media interventions for smoking cessation in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008 Jan 23;(1):CD004704.
- Barnoya J., Glantz S.A. (2005). Cardiovascular effects of secondhand smoke: nearly as large as smoking. *Circulation* 2005(111), 2684-98.
- Bauld L., Chesterman J., Judge K., Pound E., Coleman T. – on behalf of the English Evaluation of Smoking Cessation Services (EESCS). (2003). Impact of UK National Health Service smoking cessation services: Variations in outcomes in England. *Tobacco Control* 2003(12), 296-301.
- Barzilai D. A., Goodwin M. A., Zyzanski S. J., Stange K. C. (2001) Does health habit counselling affect patient satisfaction? *Prev Med* 2001(33)595-9.
- Bergström J. (2004). Tobaksrökning och kronisk destruktiv parodontit. *Tandläkartidningen* 2004(15), 48-51.
- Bize R., Burnand B., Mueller Y., Rège Walther M., Cornuz J. (2009). Biomedical risk assessment as an aid f smoking cessation (Review). *The Cochrane Collaboration. The Cochrane Library* (2009)3.
- Bjugård I. (2002). *Tobaksfritt landsting – det breda perspektivet: en uppföljning av det tobakspreventiva arbetet i landsting/regioner 2002. Rapport 2003:6*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- Bjugård I. (2005). *Med fokus på tobaksfritt landsting: en uppföljning av det tobakspreventiva arbetet i landsting/regioner 2005. Rapport A 2005:11*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- Bolin K. & Lindgren B. (2004). *Rökning: produktionsbortfall och sjukvårdskostnader. Rapport nr R 2004:3*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut. Uppräkningar till 2009 års penningvärde av Björn Lindgren 2009-08.
- Bolinder G. (1997). *Long-term use of smokeless tobacco: Cardiovascular mortality and risk factors. Thesis*. Stockholm: Karolinska institutet.
- Bofetta P., Hecht S., Gupta P., Straif K. (2008) Smokeless tobacco and cancer. *Lancet Oncol*. 2008(9), 667-75.

- Bofetta P., Straif K. (2009). Use of smokeless tobacco and risk of myocardial infarction and stroke: Systematic review with meta-analysis. *BMJ* 2009(339), b3060.
- Bouyer J., Coste J., Shojaei T., Pouly J. L., Fernandez H., Gerbaud L., Job-Spira N. (2003). Risk factors for ectopic pregnancy: A comprehensive analysis based on a large case-control, population-based study in France. *Am J Epidemiol* 2003 157(3), 185–194.
- Boyle, et al. (2000). Characteristics of smokers' attitudes towards stopping. *Eur J Pub Health* 2000(10 suppl 3), 5-14.
- Brønnum-Hansen H., Juel K. (2001). Abstinence from smoking extends life and compresses morbidity: A population based study of health expectancy among smokers and never smokers in Denmark. *Tobacco control* 2001(10), 273-8.
- Burns D. (2000). Cigarette smoking among the elderly: Disease consequences and the benefits of cessation. *American Journal of Health Promotion* 2000;14(6),357-61.
- Cancerfonden och Socialstyrelsen. (2009). *Cancer i siffror 2009. Populärvetenskapliga fakta om cancer*. Stockholm: Cancerfonden och Socialstyrelsen.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2006). *A Practical Guide to Working with Health-Care Systems on Tobacco-Use Treatment*. Atlanta, GA, U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. Retrieved from http://www.cdc.gov/tobacco/quit_smoking/cessation/practical_guide/index.htm.
- Chakravarthy U., Augood C., Bentham G. C., de Jong P. T., Rahu M., Seland J., Soubrane G., Tomazzoli L., Topouzis F., Vingerling J. R., Vioque J., Young I. S., Fletcher A. E. (2007). Cigarette smoking and age-related macular degeneration in the EUREYE study. *Ophthalmology*. 2007(Jun 114 6), 1157-63.
- Cho N. H., Chan J. C., Jang H. C., Lim S., Kim H. L., Choi S.H. (2009) Cigarette smoking is an independent risk factor for type 2 diabetes: A four-year community-based prospective study. *Clin Endocrinol (Oxf)*. 2009(Mar 28). [Epub ahead of print]
- Cnattingius S., Galanti R., Grafström R., Hergens M.-P., Lambe M., Nyrén O., Pershagen G., Wickholm S. (2005). *Hälsorisker med svenskt snus. Rapport A nr 2005:15*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- Cosnes J., Beaugerie L., Carbonnel F., Gendre J. P. (2001). Smoking cessation and the course of Crohn's disease: An intervention study. *Gastroenterology* 2001(120), 1093–9.
- Costenbader K. H., Karlson E. W. (2006). Cigarette smoking and autoimmune disease: what can we learn from epidemiology? *Lupus* 2006(15), 737–745.
- Cruikshanks K. J., Klein R., Klein B. E., Wiley T. L., Nondahl D. M., Tweed T. S. (1998). Cigarette smoking and hearing loss: The epidemiology of hearing loss study. *JAMA*. 1998(Jun 3, 279 21), 1715–9.
- Cunningham J., Dockery D.W. & Speizer F.E. (1994). Maternal smoking during pregnancy as a predictor of lung function in children. *American Journal of Epidemiology* (139), 1139–52
- Curry S. J., Grothaus L. C., McAfee T., Pabiniak C. (2003). Use and cost effectiveness of smoking-cessation services under four insurance plans in a health maintenance organisation. *The New England Journal of Medicine* 2003(10), 673-9.
- Deutsche Krebsforschungszentrum DKFZ. (2009). *Facts on smoking. Carcinogens in Tobacco smoke*. Retrieved from <http://www.dkfz.de/de/index.html>

- Digard H., Errington G., Richter A., McAdam K. (2009). Patterns and behaviors of snus consumption in Sweden. *Nicotine & Tobacco Research*. *Nicotine Tob Res*. 2009(Aug 17).
- Doll R., Peto R., Boreham J., Sutherland I. (2004). Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ*. 2004 Jun 26;328(7455), 1519.
- Doll R., Peto R., Boreham J & Sutherland I. (2005). Mortality from cancer in relation to smoking: 50 years observations on British doctors. *Br J Cancer*, 2005. Feb 14;92 (3), 426-9.
- Dybing E. & Sanner T. (2002) Nikotinavhengighet – medisinsk-biologiske forhold. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2002(122 3), 302–305.
- Edvardsson, I. (2009). *Tobaksfritt landsting: uppföljning av policyn*. Växjö: Landstinget Kronoberg FOU-centrum.
- England L. J., Levine R. J., Klebanoff M. A., Yu K. F., Cnattingius S. (2003). Adverse pregnancy outcomes in snuff users. *Am J Obstet Gynecol* 2003(189), 939-43.
- European Commission. (2006). *Attitudes of Europeans towards tobacco*. Special Eurobarometer 229. Brussels: European Commission. Retrieved from <http://www.ensp.org/newsreports/latestreports>
- European Commission. (2008). *Health Effects of Smokeless Tobacco Products*. Scientific Committee on Emerging and Newly Identified Health Risks SCENIHR. Retrieved from http://ec.europa.eu/health/ph_risk/committees/04_scenihr/docs/scenihr_o_013.pdf
- Fagerstrom K., Boyle P., Kunze M. & Zatonski W. (2001). The anti-smoking climate in EU Countries and Poland. *Lung Cancer* 2001 Apr;32(1):1-5.
- Farrelly M. C., Pechacek T. F., Chaloupka F. J. (2003). The impact of tobacco control program expenditures on aggregate cigarette sales: 1981–2000. *Journal of Health Economics* 2003 Sept; vol 22(5), 843-59.
- Feldman H. A., Johannes C. B., Derby C. A., Kleinman K. P., Mohr B. A., Araujo A. B., McKinlay J. B. (2000). Erectile dysfunction and coronary risk factors: prospective results from the Massachusetts male aging study. *Prev Med*. 2000 Apr;30(4), 328–38.
- Fiore M. C., Jaén C. R., Baker T. B. et al. (2008). *Treating tobacco use and dependence. 2008 update. Clinical practice guideline*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Department of Health and Human Services.
- Folkhälsovetenskapligt centrum i Östergötland. (2007). *Östgötens hälsa. Östgötarnas levnadsvanor och motivation att ändra dessa*. Rapport 2007:1. Linköping: Folkhälsovetenskapligt centrum.
- Galanti M. R., Holm Ivarsson B., Helgason A. R., Gilljam H. (2002). Smoking cessation: Gender on the agenda. *Drugs: education, prevention and policy* 2002;Vol 9(1), 71-84.
- Galanti, M. R., Rosendal I., Post A., Gilljam H. (2001). Early gender differences in adolescent tobacco use: The experience of a Swedish cohort. *Scand J Public Health*. 2001(29), 314-17.
- Galanti M. R., Rosendal I., Wickholm S. (2008). The development of tobacco use in adolescence among “snus starters” and “cigarette starters” An analysis of the Swedish BROMS cohort. *Nicotine Tob Res* 2008, 10315-23.

- Gilljam H., Rankka M. & Langworth S. (2003). Smokeless tobacco cessation with NRT: A feasibility study. Stockholm: Tobaksprevention. Centrum för folkhälsa. Karolinska institutet. Abstract SRNT meeting in Europe 2003.
- Gong Z., Agalliu I., Lin D.W., Stanford J.L., & Kristal A.R. (2008). Cigarette smoking and prostate cancer-specific mortality following diagnosis in middle-aged men. *Cancer Causes Control*, 2008(19 1), 25-31
- Goksor G., Amark M., Alm B., Gustafsson P. M., Wennergren G. (2007). The impact of pre- and post-natal smoke exposure on future asthma and bronchial hyper-responsiveness. *Acta Paediatr* 2007(96), 1030-5.
- Great Britain Department of Health. (2002). *Priorities and planning framework 2003–2006: Improvement, expansion and reform*. London: Department of Health.
- Grimshaw GM, Stanton A. Tobacco cessation interventions for young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006 Issue 4.
- Heatherton T. F., Kozlowski L. T., Frecker R. C., Fagerstrom K. O. (1991). The Fagerstrom test for nicotine dependence: a revision of the Fagerstrom tolerance questionnaire. *Br J Addict* 1991(86 9), 1119–1127.
- Hashible M. et al. (2009). 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 Epidemiology Biomarkers & Prevention* 18. 541.(Feb 2009).
- Heir T. & Eide G. (1997). Injury proneness in infantry conscripts undergoing a physical training programme: Smokeless tobacco use, higher age, and low levels of physical fitness are risk factors. *Scand Med Sci Sports*. 1997(7), 304-11.
- Helgason A. R. & Lund K. E. (2002). General practitioners' perceived barriers to smoking cessation – Results from four Nordic countries. *Scand J Public Health*. 2002;30(2),141-7.
- Helgason A. R., Tomson T., Lund K. E., Galanti R., Ahnve S., Gilljam H. (2004). Factors related to abstinence in a telephone helpline for smoking cessation. *Eur J Public Health*. 2004 Sep(14 3), 306-10.
- Hergens M.-P. (2007). *Swedish moist snuff and the risk of cardiovascular diseases*. Thesis. Stockholm: Karolinska institutet.
- Hettema J., Steele J. & Miller W. R. (2005). Motivational interviewing. *Annu.Rev.Clin. Psychol*. 2005(1), 91–111.
- Hjalmarson A. (1996). *Smoking cessation. Evaluation of supportive strategies with special reference to nicotine replacement therapy*. Dissertation. Göteborg: Dept of Internal Medicine, Sahlgrenska Hospital.
- Hjärt-Lungfonden. (2005). *Rökfri på jobbet. En verktyglåda för arbetsgivare som vill skapa en rökfri miljö och hjälpa anställda sluta röka*. Under revidering 2010 till Tobaksfri på jobbet av Statens folkhälsoinstitut. Stockholm: Hjärt-Lungfonden.
- Hjärt-Lungfonden. (2009). *Astma. En temaskrift från Hjärt-Lungfonden*. Stockholm: Hjärt-Lungfonden. www.hjart-lungfonden.se.
- Hoffman E. H., Blackburn C. & Cullari S. (2001). Brief residential treatment for nicotine addiction: a five-year follow-up study. *Psychol Rep* 2001(89), 99–105.
- Holm Ivarsson B. (2006). *Tobaksfritt landsting på agendan: en uppföljning av det tobakspreventiva arbetet i landsting och regioner 2006*. (Rapport 2007:02). Östersund: Statens folkhälsoinstitut.

- Holm I. A., Manson J. E., Michels K. B., Alexander E. K., Willett W. C., Utiger R. D. (2005). Smoking and other lifestyle factors and the risk of Graves' hyperthyroidism. *Arch Intern Med.* 2005 Jul 25(165 14), 1606–11.
- Horn K, Dino G, Hamilton C, Noerachmanto N. Efficacy of an Emergency Departmentbased Motivational Teenage Smoking Intervention. *Prev Chronic Dis* [serial online] 2007 Jan [date cited]. Available from: http://www.cdc.gov/pcd/issues/2007/jan/06_0021.htm.
- Hvitfeldt T. & Nyström S. (2009). *Skolelevers drogvanor 2008 (No. 114)*. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.
- IARC Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. (2004). *Tobacco smoke and involuntary smoking* Monograph 83/ 2004. Lyon, France: IARC Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Retrieved from <http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol83/mono83.pdf>.
- IARC Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. (2007). *Smokeless tobacco and some tobacco-specific n-nitrosamines*. Monograph 89/2007. Lyon, France: IARC Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Retrieved from <http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol89/mono89-7.pdf>.
- Jaehne A., Loessl B., Bárkai Z., Riemann D. & Hornyak M. (2009). Effects of nicotine on sleep during consumption, withdrawal and replacement therapy. *Sleep Med Rev.* 2009(Apr 1).
- Jansson S.A., Andersson F., Borg S., Ericsson A., Jonsson E. & Lundbäck B. (2002). Cost of COPD in Sweden according to disease severity. *Chest* 2002 Dec(122 6), 1994-2002.
- Johansson K., Berndtsen P. & Åkerlind I. (2005). Advice to patients in Swedish primary care regarding alcohol and other lifestyle habits; how patients reports the actions of GPs in relation to their own expectations and satisfaction with the consultation. *Eur J Public Health* 2005(15 6), 615-120.
- Jorm A. F., Rodgers B., Jacomb P. A., Christensen H., Henderson S. & Korten A. (1999). E. Smoking and mental health: results from a community survey. *Med J Aust.* 1999 Jan 18(170 2), 74–7.
- Joossens L. & Raw M. (2007). *Progress in tobacco control in 30 European countries, 2005-2007*. Bern: Swiss Cancer League.
- Kahende J., Loomis B. R., Adhikari B. & Marshall L. T. (2009). A review of economic evaluations of tobacco control programs. *Int J Environ Res Public Health* 2009 (6 1), 51-68.
- Kassel J. D., Stroud L. R. & Paronis C. A. (2003). Smoking, stress, and negative affect: correlation, causation, and context across stages of smoking. *Psychol Bull.* 2003 Mar(129 2), 270–304. Review.
- Khan J. C., Thurlby D. A., Shahid H., Clayton D. G., Yates J. R., Bradley M. et al. (2006). Genetic factors in AMD study: Smoking and age related macular degeneration: the number of pack years of cigarette smoking is a major determinant of risk for both geographic atrophy and choroidal neovascularisation. *Br J Ophthalmol.* 2006 Jan(90 1), 75–80.
- Lai S., Lai H., Page J. B. & McCoy C. B. (2000). The association between cigarette smoking and drug abuse in the United States. *J Addict Dis.* 2000(19), 11-24.

- Lancaster T. & Stead L. F. (2009). Self-help interventions for smoking cessation. *The Cochrane Database of Systematic Reviews 2009 Issue 3, The Cochrane Collaboration*. Retrieved from <http://www.cochrane.org/>
- Lannero E., Pershagen G., Wickman M. & Nordvall L. (2006). Maternal smoking during pregnancy increases the risk of recurrent wheezing during the first years of life (BAMSE). *Respir Res* 2006(7:3).
- Lasser K., Boyd J. W., Woolhandler S., Himmelstein D. U., McCormick D. & Bor D. H. (2000). Smoking and mental illness: A population-based prevalence study. *JAMA*. 2000 Nov 22-29(284 20), 2606-10.
- Lindberg A. & Lundbäck B. (2007). Underdiagnostiserad sjukdom med hög mortalitet. *Läkartidningen*.(2007)1032-4.
- Lindblad S & Björnberg A. (2008). *Rökavvänjningsindex 2008. En jämförelse av landstingens tobakspreventiva arbete*. Danderyd: Health Consumer Powerhouse.
- Lindström D. (2008). *The impact of tobacco use on postoperative complications*. Thesis Stockholm: Karolinska institutet.
- Lindström M., Jönsson E., Larsson K. & Lundbäck B. (2001). Underdiagnosis of chronic obstructive pulmonary disease in Northern Sweden. *Int J Tuberc Dis* 2001(6 1), 76-84.
- Lindström U. & Persson L-G. (2005). *Rökavvänjning på remiss, RöR. Slutrapport*. Jönköping: Landstinget i Jönköpings län. Retrieved from http://www.fhi.se/templates/Page____6327.aspx.
- Lindström D. (2008). *The impact of tobacco use on postoperative complications*. Thesis. Stockholm: Karolinska institutet.
- Luchsinger J. A., Reitz C., Honig L. S., Tang M. X., Shea S. & Mayeux R. (2005). Aggregation of vascular risk factors and risk of incident Alzheimer disease. *Neurology*. 2005 Aug 23(65 4), 545-51.
- Lundahl, B & Burke, B. (2009). The effectiveness and applicability of motivational interviewing: a practice-friendly review of four meta-analyses. *Journal of Clinical Psychology*: In session, vol 65(11),1-14 (2009).
- Lundborg P. (2007). Does smoking increase sick leave? Evidence using register data on Swedish workers. *Tobacco Control* 2007(16), 114-118.
- Luo J., Ye W, Zendehdel K, Adami J, Adami HO, Boffetta P, Nyrén O. (2007). Oral use of Swedish moist snuff (snuff) and risk for cancer of the mouth, lung and pancreas in male construction workers: A retrospective cohort study. *Lancet* 2007(369), 2015-20.
- Luoto R., Uutela A. & Puska P. (2002). Occasional smoking increases total and cardiovascular mortality among men. *Nicotine & Tobacco Research* 2000(2), 133-139).
- Läkemedelsverket. (2000). *Läkemedelsmonografi Zyban*. Stockholm:Läkemedelsverket.
- Läkemedelsverket. (2006). *Läkemedelsmonografi Champix*. Stockholm:Läkemedelsverket.
- MacFarlane G. D., Herzberg M. C., Wolff L. F. & Hardie N. A. (1992). Refractory periodontitis associated with abnormal polymorphonuclear leukocyte phagocytosis and cigarette smoking. *J Periodontol* 1992(63), 908-13.
- Mathers C. D. & Longcar D. (2006). Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine*, 2006,(3 11), e442.

- McKee, M. & Gilmore, M. (2007). Commentary: Smokeless tobacco: seeing the whole picture. *International Journal of Epidemiology* 2007(36), 805–808.
- McNeill, A. (2001). *Smoking and mental health: A review of the literature*. London: Smokefree London Programme.
- McNeill A. & Hendrie A. (2001). *Regulation of nicotine replacement therapies: An expert consensus*: An initiative of the European partnership project to reduce tobacco dependence. Copenhagen: WHO. Regional Office for Europe.
- Mjörnheim J., Fagerström K. O., Hermanson J. & Raak R. (2003). *Rökarna som kommer till vårdcentralerna vill sluta röka och dessutom få hjälp*. Poster på Svenska Läkaresällskapets Riksstämma.
- Møller A. M., Villebro N., Pedersen T. & Tonnessen H. (2002). Effect of preoperative smoking intervention on postoperative complications: A randomised clinical trial. *Lancet* 2002; Jan 12;359(9301), 114-7.
- Murray C. J. L. & Lopez A.D. (1996). *The global burden of disease*. Cambridge MA: Harvard University Press
- Narahashi T., Söderpalm B., Ericson M., Olausson P., Engel J. A., Zhang X. et al. (2001). Mechanisms of alcohol-nicotine interactions: alcoholics versus smokers. *Alcohol Clin Exp Res*. 2001 May;25(5 Suppl ISBRA), 152S-156S.
- Nationella folkhälsokommittén. (2000). *En hälsoinriktad hälso- och sjukvård: Underlagsrapport 15*. Stockholm: Nationella folkhälsokommittén.
- Nilsson M. (2009). *Promoting health in adolescents: Preventing the use of tobacco*. Thesis. Umeå: Umeå University.
- Norberg M., Stenlund H., Lindahl B., Boman K. & Weinehall L. (2006). Contribution of Swedish moist snuff to the metabolic syndrome: A wolf in sheep's clothing? *Scand J Public Health* 2006(34), 576-839.
- Novus opinion. (2009). *Allmänheten om rökning*. Retrieved from http://web.skandia.se/hem/Global/pdf/nyhet_2009/svenskar_rokning.pdf.
- Pantzar, M. (2005). *Det korta motiverande samtalet för barn och ungdomar*. Slutrapport . Uppsala: Uppsala läns landsting.
- Papapanaou P. N. & Lindhe J. (1997). Epidemiology of periodontal diseases. In Lindhe J., Karring T., N. P. Lang (Eds.) *Clinical periodontology and implant dentistry*. 3rd edition. (pp. 69-101.) Copenhagen: Munksgaard.
- Parish S., Collins R., Peto R., Youngman L., Barton J., Jayne K., Clarke R., Appleby P., Lyon V., Cederholm-Williams S., et al. (1995). Cigarette smoking, tar yields and non-fatal myocardial infarction: 1 4 000 UK cases and 32 000 controls. *BMJ* 1995(311), 471–77.
- Parrott A. C. (1998). Nesbitt's Paradox resolved? Stress and arousal modulation during cigarette smoking. *Addiction*. 1998 Jan;93(1), 27–39.
- Parrott S., Godfrey C., Raw M., West R. & McNeill A. (1998). Guidance for commissioners on the cost effectiveness of smoking cessation interventions. *Thorax* 1998;53(Suppl 5, Part 2), S1-38.
- Pasco J. A., Williams L. J., Jacka F. N., Ng F., Henry M. J., Nicholson G.C. et al. (2008). Tobacco smoking as a risk factor for major depressive disorder: Population-based study. *Br Journal of Psychiatry* 2008(193), 322-326.
- Patel J. D., Bach P. B., Kris M. G. (2004). Lung cancer in US women: A contemporary epidemic. *JAMA* 2004(291), 1763-8.
- Pechacek T.F. & Babb S. (2004). How acute and reversible are the cardiovascular risks of secondhand smoke? *British Medical Journal*(328), 980–3.

- Persson P. G., Carlsson S., Savstrom L., Ostenson C. G., Efendic S. & Grill V. (2000). Cigarette smoking, oral moist snuff use and glucose intolerance. *J Intern Med* 2000(248), 103-10.
- Pettersson A., Kaijser M., Richiardi L., Askling J., Ekblom A. & Akre O. (2004). Women smoking and testicular cancer: one epidemic causing another? *Int J Cancer*. 2004 May 10(109 6), 941-4.
- Pisinger C. & Godtfredsen N. S. (2007). Is there a health benefit of reduced tobacco consumption? A systematic review. *Nicotine Tob Res*. 2007 Jun;9(6), 631-46.
- Post A. (2005). *En kartläggning av tobaksundervisningen i grundutbildningen till legitimerad sjuksköterska i Sverige: rapport nr 8 2005*. Stockholm: Centrum för folkhälsa, Tobaksprevention, Stockholms läns landsting.
- Raw M., Regan S., Rigotti N. A. & McNeill A. (2009). A survey of tobacco dependence treatment services in 36 countries. *Addiction*. 2009 Feb;104(2), 279-87.
- Regeringens proposition 2002/03:35. *Mål för folkhälsan*. Retrieved from <http://www.regeringen.se/sb/d/108/a/1259>
- Regeringens proposition 2007/08:110. *En förnyad folkhälsopolitik*. Retrieved from <http://www.regeringen.se/sb/d/108/a/100978>
- Regeringens proposition 2008/09:93. *Mål för framtidens resor och transporter*. Retrieved from <http://www.regeringen.se/sb/d/108/a/122605>
- Roberts L. (2001). *Do smokers pay for their sin? Utilisation of the social welfare system and distribution of costs and benefits among smokers and non-smokers in Sweden*. Lund: Lunds universitets centrum för hälsoekonomi (LUCHE). Uppräkningar till 2009 års penningvärde av Björn Lindgren 2009-08.
- Rodriguez A. & Bohlin G. (2005). Are maternal smoking and stress during pregnancy related to ADHD symptoms in children? *J Child Psychol Psychiatry*. 2005 Mar;46(3), 246-54.
- Rohrmann S., Genkinger JM., Burke A., Helzlsouer KJ., Comstock GW., Alberg AJ., Platz EA. (2007). Smoking and risk of fatal prostate cancer in a prospective U.S. study. *Urology*. 2007. 69(4), 721-5.
- Rosborg Brink H. (2008). *Apotekspersonals tobaksvanor, attityder och rådgivning*. D-uppsats. Uppsala: Uppsala universitet.
- Rosendahl K. I., Galanti M. R., Gilljam H. & Ahlbom A. (2003). Smoking mothers and snuffing fathers: Behavioural influences on youth tobacco use in a Swedish cohort. *Tobacco Control* 2003(12), 74-78.
- Rosenstock S., Jørgensen T., Bonnevie O., Andersen L. (2003). Risk factors for peptic ulcer disease: A population based prospective cohort study comprising 2416 Danish adults. *Gut*. 2003 Feb;52(2), 186-93.
- Royal College of Physicians of London. (2000). *Nicotine addiction in Britain*. London: Royal College of Physicians of London. Tobacco Advisory Group of the Royal College of Physicians. Retrieved from <http://www.rcplondon.ac.uk/pubs/books/nicotine/index.htm>.
- Sanchez del Mazo. S. (2005). *Youth Smoking Cessation – What can we do?* Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- 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)*. København: Det sundhedsvidenskabelige fakultet. Københavns universitet.

- Seltzer V. (2003). Smoking as a risk factor in the health of women. *Int J Gynaecol Obstet* 2003; 82(3), 393–397.
- Setty A. R., Curhan G. & Choi H. K. (2007). Smoking and the risk of psoriasis in women: Nurses' Health Study II. *Am J Med.* 2007 Nov;120(11), 953-9.
- SFS 1982:763 *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Riksdagen.
- Shahab L. & West R. (2009). Do ex-smokers report feeling happier following cessation? Evidence from a cross-sectional survey. *Nicotine & Tobacco Research* 2009 11(5):553-557.
- Skillgate E., Vingård E., Josephson M., Holm L. W. & Alfredsson L. (2009). Is smoking and alcohol consumption associated with long-term sick leave due to unspecific back or neck pain among employees in the public sector? Results of a three-year follow-up cohort study. *J Rehabil Med.* 2009 Jun;41(7), 550-6.
- Socialstyrelsen. (1997). *Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem 1997*. Svensk version av International Statistical Classification of Diseases and related Health Problems, ICD-10. 10th Revision. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2000). *Olika vanor – olik hälsa: en studie bland invandrare från Chile, Iran, Polen och Turkiet*. (Rapport 2000: 3). Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2005). *Miljöhälsorapport 2005*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2006). *Befolkningens tandhälsa*. (Rapport 2:2006). Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2008). *Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2008a) *Tobaksvanor bland gravida och spädbarnsföräldrar 2006*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2009). *Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn. Medicinska födelseregistret 1973–2007. Bilaga 2, Tobaksvanor*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2009a). *Folkhälsorapport 2009*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2009b). *Hälso- och sjukvårdsrapport*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2009c). *Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn. Medicinska födelseregistret 1973–2007*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2009d). *Miljöhälsorapport 2009*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Solberg L. I., Boyle R. G., Davidson G., Magnan S. J., Carlson C. L. (2001). Patient satisfaction and discussing of smoking cessation during clinical visits. *Mayo Clin Proc* 2001(76), 138-43.
- SOU 1997:119. *En tydligare roll för hälso- och sjukvården i folkhälsoarbetet*. Betänkande av Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation, HSU 2000. Retrieved from <http://www.regeringen.se/sb/d/108/a/25109>
- SOU 2000:91. *Hälsa på lika villkor – nationella mål för folkhälsan*. Slutbetänkande av Nationella folkhälsokommittén. Retrieved from <http://www.regeringen.se/sb/d/108>
- SOU 2002:53. *Tandvården till 2010. Slutbetänkande av utredningen Tandvårdsöversyn*. Retrieved from <http://www.regeringen.se/sb/d/108>
- SOU 2009:11. *En nationell cancerstrategi för framtiden*. Stockholm: Socialdepartementet, Utredningen En nationell cancerstrategi.
- Soria R., Legido A., Escolano C., Lopez Yeste A. & Montoya J. (2006). A randomised controlled trial of motivational interviewing for smoking cessation. *Br J Gen Pract.* 2006 Oct;56(531), 768–74.

- Statens beredning för medicinsk utvärdering SBU. (1998). *Metoder för rökavvänjning: rapport nr 138/1998*. Stockholm: SBU.
- Statens beredning för medicinsk utvärdering SBU. (2002). *Rökning och ohälsa i munnen. En evidensbaserad kunskapssammanställning: rapport nr 157/2002*. Stockholm: SBU.
- Statens beredning för medicinsk utvärdering SBU. (2003). *Osteoporos – prevention, diagnostik och behandling: rapport nr 165/1, 165/2 2003*. Stockholm: SBU.
- Statens folkhälsoinstitut. (2001). *Andras rök och din hälsa: forskningsrön om passiv rökning: (2001:16)*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- Statens folkhälsoinstitut. (2003). *Enkätundersökning utförd av Statens folkhälsoinstitut, riktad till samtliga primärvårdscentraler i juni-augusti 2003*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut. Under revidering 2009.
- Statens folkhälsoinstitut. (2005). *Kommunguide – att utveckla det tobakspreventiva arbetet: rapport 2005:33*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut. Under revidering 2010.
- Statens folkhälsoinstitut i samarbete med Socialstyrelsen. (2007) *Tobaksavvänjning i hälso- och sjukvården: en kunskapssammanställning med praktiska råd och verktyg för hälso- och sjukvårdspersonal: rapport 2007:16*. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.
- Statens folkhälsoinstitut. (2009). *Nationella folkhälsoenkäten: hälsa på lika villkor*. Retrived 19 oktober 2009, from <http://www.fhi.se/sv/Statistik-uppfoljning/Nationella-folkhalsoenkaten/>
- Statens folkhälsoinstitut. (2009a). *På väg mot ett Tobaksfritt Landsting: en uppföljning av det tobakspreventiva arbetet i landsting och regioner 2009*. Östersund: Statens folkhälsoinstitut. Rapport under publicering 2009.
- Statens folkhälsoinstitut. (2009b). *Tobakskonventionen – världens första folkhälsokonvention och hur den kan stimulera till tobaksförebyggande arbete i Sverige: rapport 2009:04*. Östersund: Statens folkhälsoinstitut. www.fhi.se.
- Statens folkhälsoinstitut. (2009c). *Treårsuppföljningen av riskbruksprojektet: primärvården: allmän- och ST-läkare, distriktssköterskor, mödrälssovården: barnmorskor, barnhälsovården: sjuksköterskor*. Linköpings universitet. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.
- Statens folkhälsoinstitut. (2009d). *Vårdpersonalens alkoholvanor och det hälsofrämjande arbetet: rapport 2009:06*. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.
- Statistiska centralbyrån. (2007). *Alkohol och tobaksbruk: rapport 114:2007*. Stockholm: Statistiska centralbyrån.
- Statistiska centralbyrån. (2009). *Undersökningarna av levnadsförhållanden (ULF)*. Retrived 7 september 2009 from http://www.scb.se/Pages/TableAndChart_48675.aspx
- Stratelis G., Mölsted S., Jakobsson P. & Zetterström O. (2006). The impact of repeated spirometry and smoking cessation advice on smokers with mild COPD. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 2006(24), 133-139
- Stockholms läns landsting. (2009). *Barnhälsovårdsrapporten*. Stockholm: Stockholms läns landsting.
- Svenska Gallup. (2003). *Vad säger rökare om hälso- och sjukvården? Opinionsundersökning på uppdrag av Nicorette*. Stockholm: Pfizer.
- Sveriges kommuner och landsting. (2009a). *Vårdbarometern*. Befolkningsundersökning om hälso- och sjukvården. Retrieved from www.vardbarometern.nu

- Sveriges kommuner och landsting SKL. (2009b). *Rökfri arbetstid på agendan i Sveriges kommuner: resultat från en enkätundersökning 2009*. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting.
- The Surgeon General. (1990). *The health benefits of smoking cessation: A report of the Surgeon General*. Washington, D.C.: Centers for Disease Control and Prevention (CDC), US Department of Health & Human Services: Office on Smoking and Health.
- The Surgeon General. (2000). *Reducing tobacco use: A report of the Surgeon General*. Washington, D.C.: Dept. of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.
- The Surgeon General. (2004). *The health consequences of smoking: A report of the Surgeon General*. Washington, D.C.: Dept. of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.
- The Surgeon General. (2006) *The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: A report of the Surgeon General*. Washington, D.C.: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.
- The Ontario Tobacco Research Unit. (2001). *Protection from second-hand tobacco smoke in Ontario: A review of evidence regarding best practices*. Ontario: The Ontario Tobacco Research Unit. www.otru.org/pdf/special/special_ets_eng.pdf.
- The World Bank. (1993). *Investing in health. World Development Report*. New York: Oxford University Press.
- The World Bank. (1999). *Curbing the epidemic: governments and the economics of tobacco control. Series: Development in practice*. New York: The World Bank.
- Teo K. K., Ounpuu S., Hawken S., Pandey M. R., Valentin V., Hunt D. et al. (2006). Tobacco use and risk of myocardial infarction in 52 countries in the interheart study: a case-control study. *Lancet*. 2006 Aug 19;368(9536), 647-58.
- Tillgren P., Nohler E., Johansson P., Helgason A. & Tegelberg Å. (2007). Att sluta röka: en effektstudie av två rökavvänjningsprogram utförda inom folktandvården, landstinget Västmanland. Västerås: Mälardalen universitet. Under publicering.
- Tomson T. (2005). *Telephone support for smoking cessation: The Swedish example*. Thesis. Stockholm: Karolinska institutet
- Upadhyaya HP., Deas D., Brady K. T. & Kruesi M. (2002). Cigarette smoking and psychiatric co-morbidity in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2002. Nov;41(11),1294-305.
- van Berkel T. F., Boersma H., Roos-Hesselink J. W., Erdman R. A. & Simoons M. L. (1999). Impact of smoking cessation and smoking interventions in patients with coronary heart disease. [Review] [61 refs]. *Eur Heart J* 1999; 20(24), 1773–1782.
- Wickholm S., Galanti M. R., Söder B. & Gilljam H. (2003). Cigarette smoking, snuff use and alcohol drinking: coexisting risk behaviours for oral health in young males. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2003(31), 269-74.
- Wilhelmsen L. & Rosengren A. (2002). Stor risk även i ”måttlighetsgrupperna”. *Läkartidningen* 2002(99), 4966-73.

- World Health Organization. (1988). *It can be done: A smoke-free Europe: Report of the first European conference on tobacco policy*: WHO Regional Publications, European Series, No 30. Copenhagen: World Health Organization.
- World Health Organization. (2000). *Münchendeklarationen: sjuksköterskor och barnmorskor en resurs för hälsan*. WHO:s andra ministerkonferens om omvårdnad. Retrieved from http://www.vardforbundet.se/upload/VF_%20Filer/om_vardforbundet/internationellt/munchendeklarationen.pdf.
- World Health Organization.(2002). *The World Health Report 2002: Reducing risks, promoting healthy Life*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2003). *An international treaty for tobacco control*. Geneva: World Health Organisation. Retrieved from <http://www.who.int/features/2003/08/en/index.html>
- World Health Organization. (2003a). *European strategy for smoking cessation policy: ESTC series paper 1*. Copenhagen: World Health Organization.
- World Health Organization. (2003b). *Policy recommendations for smoking cessation and treatment of tobacco dependence*. Geneva: World Health Organisation.
- World Health Organization. (2003c). *Adherence to long-term therapies. Evidence for action*. Geneva: World Health Organisation.
- World Health Organization. (2005). *Waterpipe Tobacco Smoking: Health Effects, Research Needs and Recommended Actions by Regulators*. Geneva: World Health Organization. WHO Study Group on Tobacco Product Regulation.
- World Health Organization. (2007). *The European tobacco control report*. WHO, Regional Office for Europe. Copenhagen: World Health Organization.
- World Health Organization (2008.) *The mpower package*. Report on the global tobacco epidemic 2008; Geneva: World Health Organization. Retrieved from <http://www.who.int/tobacco/mpower/en/>.
- Vårdförbundet. (2006). *Tobaksvanor 2006: tobaksvanor bland Vårdförbundets medlemmar, styrelsemedlemmar samt anställda*. Stockholm: Vårdförbundet.
- Vägverket. (2008). *Analys av trafiksäkerhetsutvecklingen 1997–2007: publikation 2008:5*. Borlänge: Vägverket.
- Vägverket. (2008a). *Målstyrning av trafiksäkerhetsarbetet: publikation 2008:31*. Borlänge: Vägverket.
- Västernorrlands, Jämtlands, Västerbottens och Norrbottens län. (2003). *Liv och hälsa i Norrland: befolkningsundersökning*. Retrieved from [tp://www.nll.se/webb/Landstingsdirektorens-stab/Sekretariatet/Folkhalsa/Folkhalsan-i-Norrland/](http://www.nll.se/webb/Landstingsdirektorens-stab/Sekretariatet/Folkhalsa/Folkhalsan-i-Norrland/)
- Västra Götalandsregionen. (2003). *Liv och hälsa i Västra Götaland: befolkningsundersökning*. Retrieved from <http://www.vgregion.se/loh2003/>
- Xepadaki P., Manios Y., Liarigkovinos T. G., Frammatikaki E., Douladiris N., Kortsalioudaki C. et al. (2009). Association of passive exposure of pregnant women to environmental tobacco smoke with asthma symptoms in children. *Pediatr Allergy Immunol* 2009(20), 423-429.
- Yrkesföreningar mot Tobak. (2005). *Rekommendationer för tobaksavvänjning för psykiskt sjuka*. Stockholm: Yrkesföreningar mot Tobak.
- Zendeudel K., Nyrén O., Luo J., Dickman P. W., Bofetta P., Englund A., et al. (2008). Risk of gaestophageal cancer among smokers and users of Scandinavian moist snuff. *Int J Cancer*. 2008(122), 1095-9.
- Zhu S., Melcer T., Sun J., Rosbrook B. & Pierce J. P. (2000). Smoking cessation with and without assistance: A population-based analysis. *Am J Prev Med*. 2000 May;18(4), 305-11.

Tobaksbruket är idag den största enskilda orsaken till sjukdom, lidande och förtida död i vårt land, samtidigt som det ger upphov till stora kostnader för såväl stat, landsting/regioner, kommuner och arbetsgivare som för rökaren själv. Samtidigt vill de flesta som röker och nästan hälften av snusarna sluta. Men nikotinberoendet är starkt och många behöver hjälp för att klara det. Samhället har ett stort ansvar för att stödja och hjälpa alla dem som vill sluta.

Tobaksavvänjning är en viktig del i det tobaksförebyggande arbetet. Ett brett tobakspreventivt program som också innehåller information och opinionsbildning har stor potential att minska tobaksbruket i vårt land. Kostnader på grund av rökning, som beräknas uppgå till 30 miljarder kronor per år, skulle därmed radikalt kunna sänkas.

Statens folkhälsoinstitut utvecklar och förmedlar kunskap för bättre hälsa.



Statens
folkhälsoinstitut

Statens folkhälsoinstitut
Distributionstjänst
120 88 Stockholm

fhi@strd.se
www.fhi.se

R 2009:17
ISSN 1651-8624
ISBN 978-91-7257-654-4