



Tobaksavvänjning i hälso- och sjukvården

*En kunskapssammanställning med praktiska råd
och verktyg för hälso- och sjukvårdspersonal 2007*

Statens folkhälsoinstitut i samarbete med Socialstyrelsen

Tobaksavvänjning i hälso- och sjukvården

*En kunskapssammanställning med praktiska råd
och verktyg för hälso- och sjukvårdspersonal 2007*

Statens folkhälsoinstitut i samarbete med Socialstyrelsen

© STATENS FOLKHÄLSOINSTITUT 2007:16

ISSN: 1651-8624

ISBN: 978-91-7257-526-4

REDAKTÖR: BARBRO HOLM IVARSSON, STATENS FOLKHÄLSOINSTITUT

STYRGRUPP: BENGT WENNERMARK, SOCIALSTYRELSEN, HANS GILLJAM, CENTRUM FÖR FOLKHÄLSA

– TOBAKSPREVENTION, STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING, MARGARETHA HAGLUND, STATENS FOLKHÄLSOINSTITUT.

SE SIDAN 45 FÖR MER INFORMATION OM MEDVERKANDE.

OMSLAGSFOTO: JAVIER LARREA/SCANPIX

FOTO INLAGA: MATS LUNDQVIST OCH SANDLER MERGEL

GRAFISK PRODUKTION: AB TYPOFORM

TRYCK: NRS TRYCKERI, HUSKVARNA 2007

Innehåll

Förord	7
DEL 1	8
Inledning	8
Syfte	9
Målgrupp	9
Disposition	9
Begrepp	9
DEL 2	11
Rökningsrelaterade skador	11
Hälsovinster vid rökstopp	13
Vad vi vet om hälsorisker med snus	14
Nikotinberoendet	15
DEL 3	16
Tobaksavvänjning	16
Rökavvänjning	16
Snusavvänjning	17
Patienter som inte röker	17
DEL 4	18
Hur man samtalar om rökning	18
Motiverande samtal MI	19
DEL 5	19
Rökavvänjning – metoder och nivåer	
Nivå 1 Telefonrådgivning	19
Sluta-röka-linjen	19
Apotekens telefonrådgivning	19
Nivå 2 Kort rådgivning om rökning	20
Nivå 3 Bedömning av motivationen och strukturerat upplägg för att stödja patienter att sluta röka	22
Patienter som har låg motivation eller beredskap för förändring	24
Patienter som är ambivalenta, osäkra	24
Patienter som har hög motivation eller beredskap för förändring	24
<i>Första konsultationen: förberedelse</i>	25
<i>Andra konsultationen: 0–5 dagar efter rökstoppet</i>	25
<i>Tredje konsultationen: 3 veckor efter rökstopp</i>	26
<i>Fjärde konsultationen: Besök 3 månader efter rökstopp (alternativt per telefon)</i>	26
<i>Efter fjärde konsultationen: Försök ge möjlighet till telefonkontakt</i>	26
Nivå 4 Behandling hos tobaksavvänjare eller specialistbehandling	28
Individuell avvänjning	28
Gruppavvänjning	28
Specialistbehandling	28

Abstinensbesvär	30
Läkemedel för rökavvänjning	31
Nikotinläkemedel	31
<i>Beroende av nikotinläkemedel</i>	31
Bupropion	32
Vareniklin	32
Återfall	33
Uppföljning av behandlingsresultaten	34
Om snus och avvänjning	35
<i>Snus som "hjälpmedel" för att sluta röka</i>	35
DEL 6	36
Speciella målgrupper	36
Mödra- och barnhälsovården	36
<i>Läkemedel under graviditet</i>	36
<i>Amning</i>	36
<i>Passiv rökning under småbarnstiden</i>	36
Sluten somatisk vård	37
<i>Rökstopp och operation</i>	37
<i>Nikotinberoende hos inneliggande patienter</i>	37
Psykiatrisk vård	37
<i>Depressivitet</i>	38
<i>Schizofreni</i>	39
Ungdomar	39
Andra arenor för rådgivning och tobaksavvänjning	39
DEL 7	40
Hur tobaksavvänjning kan organiseras i landstinget	40
Kostnader	40
Exempel från ett medelstort landsting	41
DEL 8	42
Praktiska råd för mottagningen	42
Utnyttja väntrummet	42
Tobaksavvänjare	42
Marknadsför tobaksavvänjningen	42
Verktyg för att fråga och mäta	43
Livsstilsformulär	43
Dokumentera i journalen	44
Exempel på mätbara tobaksvariabler	44
Diagnos F17	44
Riktade insatser mot utvalda patientgrupper	44
DEL 9	45
Arbetsprocess för denna skrift	45
Personer som har varit involverade i arbetet	45
DEL 10	46
Bilaga 1: Rökningsrelaterade sjukdomar	46

Hjärt-kärlsjukdomar	46
Cancer	46
Lungsjukdomar	46
Nervsjukdomar	46
Stress och humör	47
Potens, fertilitet och graviditet	47
Operationskomplikationer	47
Några övriga sjukdomar och tillstånd som har samband med rökning	47
Passiv rökning	48
Bilaga 2: Nikotinberoendet	49
Definitioner av nikotinberoende och nikotinabstinens	49
Mätning av nikotinberoendet	50
Bilaga 3: Nikotinläkemedel	52
Tuggummi	52
Plåster	53
Microtab	53
Sugtablett	53
Inhalator	54
Nässpray	54
Bilaga 4: Läkemedel utan nikotin: Bupropion	55
Bilaga 5: Läkemedel utan nikotin: Varenikin	56
Bilaga 6: Exempel på väntrumsenkät	57
DEL 11	58
Referenser	58

A young woman with long, dark, wavy hair is shown from the chest up. She is smiling and looking upwards and to the right. She is wearing a dark denim jacket over a white collared shirt. In her right hand, she holds a small, white, rectangular card with the words "LUNG CANCER" printed on it in black, bold, sans-serif capital letters. The background is a soft, out-of-focus grey. The entire image has a light teal or mint green color cast.

LUNG CANCER

Förord

Tobaksbruket förblir en av de enskilt största hälsoriskerna i Sverige trots att det svenska arbetet mot tobak framstår som mycket framgångsrikt i en internationell jämförelse. Rökningen går stadigt ner bland både ungdomar och vuxna, och i dag röker 14 procent av befolkningen dagligen – 13 procent män och 15 procent kvinnor (1). Bland gravida röker 10 procent (2). Ändå orsakar rökningen närmare 7 000 förtida dödsfall per år i Sverige och kostar skattebetalarna 26 miljarder kronor årligen. Rökningen är samtidigt en viktig orsak till ojämlikhet i hälsa. I dag är rökning vanligast bland dem som har det sämst ekonomiskt och har kortast utbildning. Snusandet har varit relativt konstant under de senaste tio åren och 21 procent män och 4 procent kvinnor snusar (1).

Samtidigt vill de flesta vuxna rökare och nästan varannan snusare sluta. Men nikotinberoendet är starkt. Många både vill ha och behöver professionell hjälp. Det finns effektiva metoder för rökavvänjning som kan tioudubbla möjligheterna att lyckas jämfört med att sluta spontant utan stöd. Dessa metoder redovisas i denna skrift. Rökavvänjning anses vara en av de mest kostnadseffektiva behandlingsmetoderna över huvud taget. Likafullt lär hälso- och sjukvården inte ut och använder dessa metoder systematiskt. Enligt en undersökning 2006 är det bara sex landsting som bedömer att resurserna är helt tillräckliga för patienternas behov av avvänjningsstöd. Vidare har inte heller alla landsting personal med överbryggande ansvar för samordning och planering av avvänjning och många har inte tillräckligt många anställda som är utbildade i tobaksavvänjning (3).

Som en del av ett brett åtgärdsprogram mot tobaksbruket, som bland annat innefattar information, utbildning, lagstiftning och opinionsbildning, är det viktigt att landstingen och regionerna kan erbjuda tobaksavvänjning samt organisera den så att den blir tillgänglig för alla som behöver den. Helst bör varje vårdcentral ha en utbildad tobaksavvänjare.

Arbetet med denna kunskapssammanställning har genomförts i samarbete med Socialstyrelsen. Inom Socialstyrelsen pågår ett arbete med nationella riktlinjer för de individinriktade livsstilsinsatserna inom hälso- och sjukvården. I detta arbete kommer metoder för livsstilsförändringar att utvärderas och det kommer att ske en prioritering mellan de olika insatserna. En viktig del av riktlinjerna rör olika metoder för rökavvänjning. I avvaktan på de nationella riktlinjerna bedömer Statens folkhälsoinstitut och Socialstyrelsen att det är synnerligen viktigt att hälso- och sjukvårdens arbete med rökavvänjning fortsätter med stor intensitet.

GUNNAR ÅGREN
GENERALDIREKTÖR
STATENS FOLKHÄLSOINSTITUT

MARGARETHA HAGLUND
TOBAKSPOLITISK EXPERT
STATENS FOLKHÄLSOINSTITUT

Inledning

De flesta som använder tobak vill sluta med sitt tobaksbruk. Enkätundersökningar visar att 70–85 procent av rökarna och cirka 45 procent av snusarna vill sluta, och att omkring 30 procent av dem som vill sluta också vill ha hjälp med detta (4). Man har uppskattat att omkring 25–40 procent av rökarna försöker sluta varje år. Men de flesta försök att sluta röka som äger rum utan stöd misslyckas tyvärr. Bara 2–3 procent är rökfria ett år senare. Kort rådgivning inom hälso- och sjukvården fördubblar chansen att ett rökstoppsförsök lyckas. Intensiv avvänjning kan mångdubbla resultatet – upp till 30 procent kan då bli rökfria.

Många inom hälso- och sjukvården drar sig av olika skäl för att ta upp ämnet rökning med sina patienter: för att tiden är begränsad, för att man tycker att det är obehagligt att fråga om rökvanor, för att man är osäker på de egna kunskaperna och för att man inte har någon att remittera till (4, 5). Detta är olyckligt, eftersom man därigenom signalerar att rökningen inte är viktig för patientens hälsa. De flesta patienter är också positiva till att vårdgivare tar upp frågan om rökning. I enkätundersökningar till svenska primärvårdspatienter tycker 70–90 procent av rökarna att detta är viktigt (6, 7).

Hälso- och sjukvårdens personal har ofta stor press på sig i sitt yrkesutövande och kort tid för varje konsultation. Därför är det viktigt att veta att det finns effektiva och väldokumenterade metoder för rökavvänjning som är lätta att lära sig och som kan anpassas till en tidspressad vardag. Av kunskaps-sammanställningar från SBU, Cochrane (internationell motsvarighet till SBU) och NICE (brittisk myndighet för riktlinjer) framgår att rökavvänjning är mycket kostnadseffektivt i jämförelse med behandlingar mot andra etablerade riskfaktorer och riskbeteenden (8, 9, 10). Det räcker med att behandla 20–40 patienter med rökavvänjning (inklusive läkemedel) i 3 månader för att förebygga ett allvarligt sjukdomsfall hos rökare. Som jämförelse kan nämnas att man måste behandla mellan 400 och 900 patienter med läkemedel under 5 år för att förhindra ett enda sjukdomsfall i hjärtinfarkt eller stroke hos i övrigt friska patienter med måttligt förhöjt blodtryck eller kolesterolförhöjning (8).

Metoder för snusavvänjning är under utveckling, men erfarenhet visar att de metoder som används för rökavvänjning även kan användas för snusavvänjning (4).

Statens folkhälsoinstitut har flera gånger undersökt landstingens arbete med tobakspolicyer, senast 2006 (3, 11, 12). Undersökningen visade att 19 landsting hade politiskt beslutade policyer om Rökfritt eller Tobaksfritt landsting som omfattade hela landstinget och i de övriga två – Stockholm och Västra Götaland – hade delar av landstinget policyer. Policyerna rör områdena rökfria miljöer, rökfria zoner utanför hälso- och sjukvårdens lokaler, tillgång till tobaksavvänjning för patienter och personal, tobaksfritt under arbetstid för personal, tobaksfria patientmöten, personal med samordnings- och utvecklingsansvar för tobaksprevention- och avvänjning samt ekonomiska resurser för det tobakspreventiva arbetet. Hälso- och sjukvårdspersonalens roll som förebilder för befolkningen i livsstilsfrågor kan inte överskattas.

När det gäller avvänjning är det mycket positivt att undersökningen 2006 visade att 70 procent av landets vårdcentraler i dag har rökavvänjare, även om det finns stora regionala skillnader och siffran är osäker för flera landsting. Men det är bara fem landsting som anser sig *helt ha genomfört* att patienter tillfrågas om tobaksvanor vid alla typer av besök, bara fyra landsting som anser sig *helt ha genomfört* att alla patienter erbjuds avvänjningsstöd och bara sex landsting som anser sig *helt tillräckliga resurser* för patienternas behov av avvänjningsstöd. Alla landsting har heller inte personal med överbryggande ansvar för samordning och planering av tobaksavvänjning eller tillräckligt många anställda som är utbildade i tobaksavvänjning. Inte heller har alla landsting nödvändiga förutsättningar för att bedriva ett effektivt och kontinuerligt arbete genom både särskilt avdelad personal och örönmärkta ekonomiska resurser för tobaksprevention (3).

Syfte

Syftet med denna kunskapssammanställning är att ge hälso- och sjukvården praktiska råd och verktyg som har dokumenterad effekt när det gäller att hjälpa patienter att sluta röka och snusa.

Huvudmålsättningen är att minska andelen rökare i befolkningen. Ett minskat antal rökare kommer att ge stora vinster för hälsan och samhällsekonomin.

Målgrupp

Skriften är riktad till alla inom hälso- och sjukvården som i sitt arbete kan stödja patienter att sluta med tobak. Huvudfokus är primärvården.

Disposition

Kunskapssammanställningen beskriver hur man rent praktiskt kan genomföra, strukturera och organisera rådgivning och behandling av rökare. Snusavvänjning behandlas i ett särskilt avsnitt. Sist kommer ett avsnitt med praktiska råd för läkarmottagningen. För att inte tynga texten beskrivs rökningssrelaterade skador, nikotinberoendet och läkemedel för avvänjning kort i huvudtexten och därefter utförligare i bilagor.

Begrepp

Landsting

Landstingen och regionerna benämns landsting.

Rökning

Fortsättningsvis används begreppet rökning för alla produkter där man inhalerar tobaksrök. Piprökningen, egenrullade cigaretter, cigarill- och cigarrökningen avtar sedan länge i Sverige och utgör några få procent av den totala rökningen. Intrycket är att rökning av vattenpipa är på uppgång i vissa ungdomskretsar. I avvänjningssammanhang behandlas användarna av dessa produkter på samma sätt som cigaretttrökarna.

Rökfri tobak – snus

Det finns en rad former av tobak för enbart oralt bruk, men i Sverige dominerar det svenska snuset. Tobaksbruk omfattar därför i detta dokument rökning och snusning. Tobaksavvänjning innefattar både rök- och snusavvänjning.

Mer fakta

Webbplatsen www.tobaksfakta.org, som drivs av Statens folkhälsoinstitut, Läkare mot tobak och Cancerfonden, presenterar nyheter och information om tobak, material och tobaksanvändare i länen.

Kontaktperson/samordnare för tobaksfrågor i varje landsting finns på www.fhi.se.

Rapporten *Tobak och användning – en faktaskrift om behovet av användning*. Statens folkhälsoinstitut. Beställ på tfn 08-449 88 22 eller e-post fhi@strd.se eller ladda ner på www.fhi.se.

Rapporten *Tobaksfritt landsting på agendan. En uppföljning av det tobakspreventiva arbetet i landsting/regioner 2006*. Statens folkhälsoinstitut. Ladda ner på www.fhi.se.

Rökningsrelaterade skador

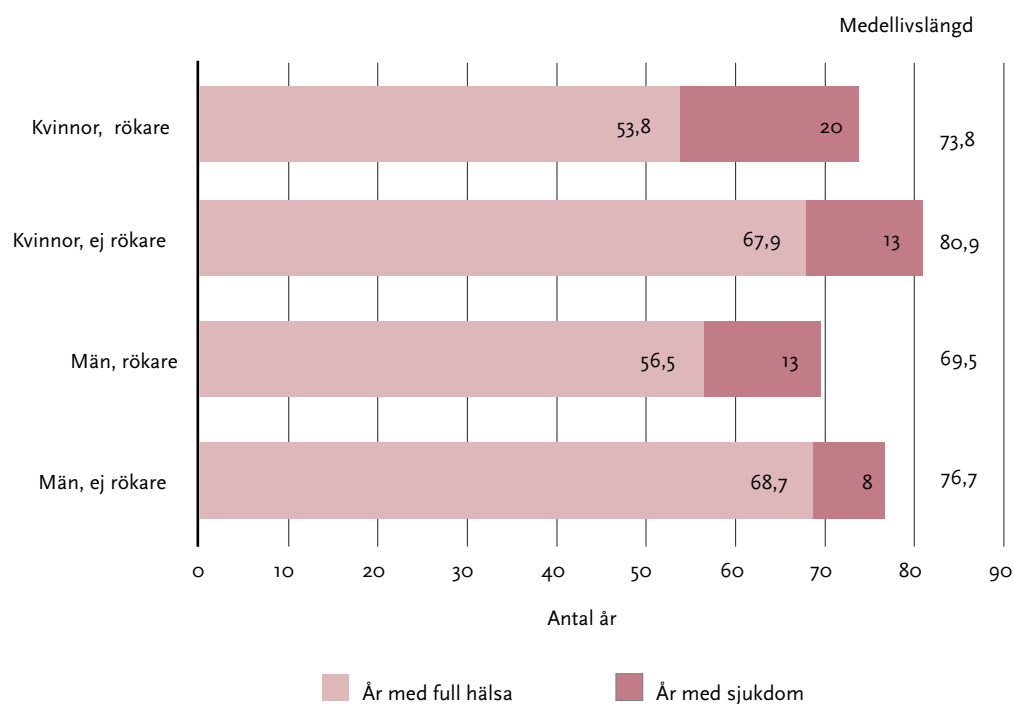
Cigarettroken innehåller drygt 4 000 kemiska ämnen, varav fler än 50 är kända som cancerframkallande. Alla som röker skadas av sin rökning och rökningen har effekt på i stort sett alla kroppens organsystem. Ett 40-tal sjukdomar, varav många är dödliga, har ett direkt samband med rökning (4, 13). Cigaretten dödar sina offer i första hand genom hjärt-kärlsjukdomar, kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) och lungcancer, men orsakar också många andra cancerformer. Dessutom orsakar rökningen till exempel ökad stress, kronisk luftvägssjukdom, magkatarr och magsår, Crohns sjukdom, benskörhet, vissa former av syn- och hörselnedsättningar, tandlossning, impotens, minskad fertilitet hos både kvinnor och män, graviditetskomplikationer och plötslig spädbarnsdöd.

Även passiv rökning är mycket skadligt och förknippat såväl med akuta besvär (såsom irriterade ögon och hosta) som långvarig hälsopåverkan (hjärt-kärlsjukdomar, lungsjukdomar, lungcancer). Även kortvarig exponering kan hos till exempel hjärt-kärlsjuka ge allvarliga besvär.

Läs mer om rökningensrelaterade skador i bilaga 1.

Varannan person som fortsätter röka efter 35 års ålder dör i en rökningensrelaterad sjukdom. I genomsnitt dör rökare 7–10 år tidigare än icke-rökare (4). Omkring 6 400 personer dör av aktiv rökning och ungefär 500 av passiv rökning i Sverige varje år (4).

Tabell 1. Livslängd och år med full hälsa respektive år med upplevd ohälsa bland dem som röker respektive inte röker enligt en dansk studie (14).





7000 DÖR PER ÅR

Hälsovinster vid rökstopp

De flesta av de rökkningsrelaterade besvären och riskerna minskar om man slutar röka, många förvåningsvärt snabbt. Generellt sett är det viktigt att förmedla att rökstopp ger en hälsovinst för människor i alla åldersgrupper, oavsett om de har symtom på någon rökkningsrelaterad sjukdom eller inte. Minskningen av risken för sjukdom och död efter ett rökstopp är inte lika stor för alla rökare, eftersom risken bland annat beror på hur gammal man var när man började och hur mycket och hur länge man har rökt (8). En omfattande dokumentation av hälsovinster med att sluta röka gavs ut redan 1990 av hälsovårdsmyndigheterna i USA (15).

Storrökarna löper störst risk att bli sjuka, men måttlighetsrökarna är så många fler att de flesta sjukdomsfallen ändå uppträder i den gruppen (16). Hälsovinster vid minskad rökning är inte lika väl dokumenterade som vid totalt rökstopp. En kraftig minskning av antalet dagligen rökta cigaretter borde rimligen innebära att exponeringen för de giftiga rökgaserna minskar och därmed också riskerna för olika rökkningsrelaterade sjukdomar. Men i studier har man funnit att exponering och dödlighet inte minskar proportionellt med cigarettkonsumtionen. Därför har man dragit slutsatsen att hälsovinster efter en neddragning inte är så stora som förväntat (17, 18). Patienter bör därför alltid rekommenderas att sluta helt. Men det är ändå viktigt att ge positiv återkoppling till patienter som förklarat sig beredda att minska rökningen, eftersom en lyckad neddragning kan inspirera till att patienten senare försöker sluta helt.

Tabell 2. Hälsovinster med att sluta röka (15)

Tid	Effekt (15, 19, 20)
24 timmar	Nivån av koloxid och syre i blodet är förbättrad. Risken för hjärtinfarkt sjunker.
48 timmar	Smak- och luktsinnet förbättras.
72 timmar	Lungkapaciteten ökar.
2 veckor–3 månader	Blodcirkulationen förbättras.
1–9 månader	Luftvägarnas funktion förbättras. Faran för luftvägsinfektioner minskar. Observera att under den första tiden kan ibland en tillfällig, övergående försämring ses.
3–9 månader	Hosta och andfäddhet avtar.
1 år	Risken att få hjärtinfarkt är halverad. Efter 5 år är risken för hjärtinfarkt nästan lika liten som för en person som aldrig har rökt.
10 år	Risken för att utveckla lungcancer är halverad jämfört med fortsatt rökning.

Vad vi vet om hälsorisker med snus

Snusets skadliga effekter jämförs ofta med rökningens. En sådan jämförelse blir skev, eftersom få produkter är så hälsofarliga att använda som cigaretter. Effekterna och hälsoriskerna för snusaren bör i stället jämföras med att inte använda någon form av tobak alls. I slutet av 2005 presenterades den omfattande rapporten *Hälsorisker med svenskt snus* sammanställd av forskare på Karolinska institutet (21). Rapporten betonade behovet av mer forskning om snusets effekter. Särskilt viktigt är det med longitudinella studier, där man följer personer över en längre tid.

Rapporten konstaterade att

- snus innehåller flera cancerframkallande ämnen
- snus är cancerframkallande; de starkaste indikationerna finns för bukspottkörtelcancer men det finns också forskning som tyder på förhöjd risk för munhålecancer
- snusning tycks inte öka risken att få hjärtinfarkt, men medför ökad risk att dö i hjärt-kärlsjukdomar
- snus orsakar skador i munnen, bland annat i form av skadade slemhinnor och frilagda tandhalsar
- snusning under graviditet kan öka risken för att barnet föds för tidigt och för havandeskapsförgiftning
- snus orsakar kortsiktigt en ökad belastning på hjärtat genom förhöjt blodtryck och en ökad puls, men det är svårt att dra slutsatser om snusning som en riskfaktor för hypertoni
- det inte finns några säkra slutsatser om sambandet mellan snusning och stroke eller snusning och diabetes från befintlig forskning.

Senare studier visar även att snusning ökar risken för

- metabolt syndrom om man snusar mer än fyra dosor i veckan (22)
- bukspottkörtelcancer (23).

Information om snus

Rapporten *Hälsorisker med svenskt snus* av Statens folkhälsoinstitut. Ladda ner på www.fhi.se.

Vad vi vet om snus. Informationsfolder om skador och snusavvänjning. Statens folkhälsoinstitut. Beställ på tfn 08-449 88 22 eller e-post fhi@strd.se. Ladda ner på www.fhi.se.

Nikotinberoendet

Nikotin som finns i cigaretter och snus är en drog som snabbt ger ett mycket starkt fysiskt och psykologiskt beroende (24). I de internationella klassifikationssystemen för sjukdomar ICD 10 och DSM IV klassas tobaksberoende/nikotinberoende som ett beroendesyndrom orsakat av att en psykoaktiv substans (nikotin) sätter hjärnans belöningssystem ur balans, diagnos F17 (25, 26). Nikotinberoendet kan ses som en kronisk sjukdom och även nikotinabstinens är sjukdomsklassat.

En övervägande andel av dem som röker blir fysiskt beroende. Vid ett rökstopp ger beroendet i regel upphov till abstinensbesvär som varar relativt kort tid (2–4 veckor) som röksug, oro och irritation. Nikotinabstinens inträder snabbt, inom några timmar. De flesta upplevda fördelar med att röka och snusa kommer i verkligheten från den befrielse från nikotinabstinens som inträder varje gång man tar en cigarett eller en pris snus (4, 27).

Men beroendet har också psykologiska och sociala sidor. Att röka är ett inlärt mönster. Många röker till exempel när de talar i telefon eller efter middagen. 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.

Mängden rökta cigaretter per dag och tiden från det att man vaknar till att man tar sin första cigarett på morgonen anses vara viktiga indikatorer på graden av nikotinberoende (28). De som vaknar på nätterna och måste röka har det allra starkaste beroendet. Starkt beroende rökare har som regel svårare att sluta, kan behöva mer stöd och har större nytta av läkemedel för rökavvänjning.

Mer om nikotinabstinens på sidan 30 och om nikotinberoendet och mätning av beroendet i bilaga 2.

Tobaksavvänjning

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (2 §) ska hälso- och sjukvården arbeta för att förebygga ohälsa. Den som vänder sig till hälso- och sjukvården ska när det är lämpligt ges upplysningar om metoder för att förebygga sjukdomar eller skador (29). Vidare sägs att hälso- och sjukvården ska bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. Det är primärvården som i första hand har ansvaret för förebyggande arbete (5 §).

De råd och rekommendationer som här ges om rådgivning och behandling vid rökavvänjning har sitt ursprung i kunskapssammanställningar från SBU (8), Cochrane (9), NICE (10) och AHRQ (myndighet för riktlinjer i USA) (30, 31). Riktlinjerna är mycket samstämmiga. En annan viktig källa är faktskriften *Tobak och avvänjning* som Statens folkhälsoinstitut gav ut 2004 (4).

Rökavvänjning

Det finns ett dos-respons-samband mellan intensiteten i rådgivningen och behandlingen och dess effektivitet. Mer intensiv rådgivning och behandling ger bättre resultat (30). Bäst resultat nås när man kompletterar rådgivningen och behandlingen med läkemedel.

Nivå 1. Telefonrådgivning via Sluta-röka-linjen och Apotekets sluta-röka-coacher fyller en viktig funktion som alternativ och komplement till rådgivning och behandling i vården.

Nivå 2. Att systematiskt utnyttja de löpande patientkontakterna för att ge en kort, strukturerad rådgivning är grunden för en framgångsrik rökavvänjning (4).

Nivå 3. Efter bedömning av motivationen bör de patienter som vill sluta röka få strukturerat stöd.

Nivå 4. Varje vårdenhet, till exempel vårdcentral, sjukhus, mödra- och barnavårdscentral, tandvårds-, friskvårds-, företagshälsovårds- och ungdomsmottagning respektive skolhälsovård och apotek behöver själv kunna ge eller hänvisa till avvänjningsstöd hos en utbildad tobaksavvänjare för de mer behandlingskrävande fallen. Vidare behöver man ha möjlighet att remittera särskilt svåra fall till en specialistenhet.

Tabell 3. Andel lyckade rökstoppsförsök ett år efter försöket, med olika metoder (4)

Rökavvänjningsmetod	Andel rökfria 1 år efter rökstoppet
På egen hand	2–3 %
Kort rådgivning	5 %
Kort rådgivning + nikotinläkemedel	10 %
Sluta-röka-linjen + nikotinläkemedel	25 %
Behandling hos utbildad rökavvänjare + nikotinläkemedel	upp till 30 %

Snusavvänjning

Även om det saknas vetenskapliga studier visar erfarenhet att man kan ge samma behandling vid snusavvänjning som vid rökavvänjning (4). Läs mer om snusavvänjning på sidan 35.

Patienter som inte röker

Patienter som inte röker måste också få positiv återkoppling på detta. Att vara rökfri är en god investering i hälsan. Om patienten har rökt tidigare finns det extra stor anledning till beröm och stöd. Risken för återfall finns i många år efter rökstoppet (8). Fråga därför hur det går vid varje konsultation. Positiv återkoppling för att avstå från att röka är extra viktigt för ungdomar, som befinner sig i en sårbar fas av livet då många börjar röka.

Hur man samtalar om rökning

För att få en god samarbetsrelation till patienten om rökningen, är det viktigt att bemöta patienten med respekt och att inte vara moraliserande. Ställ öppna frågor, så att den som röker själv får sätta ord på sina tankar och känslor och var beredd att lyssna så att du får en uppfattning om hur patienten ser på sin rökning. Låt gärna patienterna berätta varför de röker och hur de funderar om sin rökning. Det viktigaste är förstås att följa patientens behov i samtalet. Information om sambandet mellan rökning och rökkningsrelaterade besvär är centralt och bör ges på ett neutralt sätt. Lägg vikt på att utforska de personliga nackdelarna med rökning, fördelarna som ett rökstopp kommer att ge patienten samt eventuella hinder och lösningar.

Denna kunskapssammanställning bygger på kort rådgivning och traditionell standardbehandling, eftersom det är vad vi har entydigt kunskapsunderlag för. Men metoden motiverande samtal blir dock alltmer spridd.

Motiverande samtal MI

Motiverande samtal (Motivational Interviewing MI) är en empatisk, klient-centrerad förändringsinriktad samtalsmetodik, som lägger stor vikt vid att behandlaren lyssnar och försöker förstå patientens perspektiv och samtidigt strävar efter att patienten ska fatta egna beslut. Motiverande samtal har visat sig extra värdefullt när patienterna är lågt motiverade och det är lätt att väcka försvar. Därför man ber alltid om lov innan man ger information och man är försiktig med att ge råd i motiverande samtal. Istället stimulerar man att patienten själv kommer fram till hur han eller hon skall handla (32, 33).

Över 70 vetenskapliga studier ger stöd för att motiverande samtal har en positiv effekt jämfört med traditionell rådgivning på de flesta livsstilsområden som alkohol, droger, spelberoende, sexuellt riskbeteende och kost och fysisk aktivitet (34, 35). Men när det gäller rökning är studierna få och det vetenskapliga underlaget ännu inte helt klart. Det finns några studier som tyder på att motiverande samtal kan ge bättre resultat än kort rådgivning/standardbehandling (36, 37), men också andra som inte visat signifikant fler rökfria jämfört med kort rådgivning/standardbehandling (34). Troligen kräver rökning en kombination av åtgärder, där exempelvis läkemedelsbehandling bör ingå.

Denna skrift bygger på kunskap och erfarenhet av det vi i dag betraktar som en god patientcentrerad samtalsmetodik. Därför finns det trots bristen på erfarenhet av motiverande samtal många likheter mellan det som presenteras nedan och motiverande samtal. Alla samtal om tobak syftar ju till att öka motivationen.

Webbplats om motiverande samtal (MI)

På www.fhi.se/mi finns en kunskapssammanställning från Statens folkhälsoinstitut om motiverande samtal (MI) med material, utbildningar, litteratur och vetenskaplig evidens på olika livsstilsområden.

RÖKAVVÄNJNING – METODER OCH NIVÅER

Nivå 1. Telefonrådgivning

Telefonrådgivning fyller en viktig funktion som ett alternativ och som ett komplement till det stöd och den rådgivning och 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 en telefonlinje av naturliga skäl kan ge. Dessa patienter försöker personalen hänvisa vidare.

Sluta-röka-linjen

Via den nationella Sluta-röka-linjen tfn 020-84 00 00 kan patienter kostnadsfritt få rådgivning och behandling för att sluta röka och snusa av specialutbildade tobaksavvänjare. Tobaksavvänjarna i Sluta-röka-linjen handleder också kostnadsfritt hälso- och sjukvårdspersonal i frågor om tobaksavvänjning.

Resultatet ett år efter första kontakten ligger på nästan 25 procent rökfria (38). Av dem som redan har slutat röka och ringer till telefonlinjen för att de är oroliga för återfall är drygt 50 procent rökfria ett år senare.

Apotekens telefonrådgivning

Allmänheten kan ringa till Apotekets sluta-röka-coacher dygnet runt på tfn 0771-450 450 för att få kort rådgivning och stöd av utbildad personal för att sluta röka och snusa samt fråga om läkemedelsval och användning. Inga uppföljningsdata har presenterats för denna tjänst.

Telefonrådgivning

På Sluta-röka-linjen tfn 020-84 00 00 kan patienter utan kostnad få tobaksavvänjning av specialutbildad personal och även få ett stödande material. Webbplats www.slutarokalinjen.org. Du kan själv ringa linjens personal om du har frågor. Man kan beställa en affisch och bordsställ med små kort med Sluta-röka-linjens telefonnummer hos Statens folkhälsoinstitut på tfn 08-449 88 22 eller e-post phi@strd.se.

Apotekets sluta-röka-coacher ger råd i första hand om läkemedel för avvänjning på tfn 0771-450 450. På www.apoteket.se finns fakta om sluta-röka-coacherna och information om att sluta röka.

RÖKAVVÄNJNING – METODER OCH NIVÅER

Nivå 2. Kort rådgivning om rökning

Fråga alla patienter om rökning och journalför svaret. Ge kort rådgivning med minimal intervention vid alla konsultationer, även sådana där patienten inte har tydliga symtom på rökningssrelaterade besvär. Kort rådgivning består av korta samtal (2–3 minuter) som fokuserar på rökvanor och rökstopp. Tar man inte upp frågan om rökning vid en rökningssrelaterad sjukdom kan det tolkas som att det är ofarligt att fortsätta röka.

Kort rådgivning ökar motivationen att sluta. Vid en systematisk översikt av kort rådgivning hos allmänläkare fann man att denna typ av intervention ökade andelen rökfria patienter signifikant. Odds ratio (OR)¹ för att bli rökfri var 1,7 hos dem som fick kort rådgivning jämfört med dem som inte fick det (39, 40). Det motsvarar att andelen patienter som var rökfria efter ett års uppföljning ökade med över två procent eller att en genomförd kort rådgivning på 2–3 minuter för omkring 40 patienter ger en rökfri patient extra (NNT=40) (40). Kostnaden per räddat levnadsår uppskattades till mellan 5 000 och 15 000 svenska kronor i SBU-rapporten om rökavvänjning från 1998 (8).

Myndigheten för riktlinjer i USA rekommenderar en fempunktsstrategi för kort rådgivning. Läs mer i tabellen nedan (30)

Tabell 4. Fempunktsstrategi för kort rådgivning om rökning (4, 8, 30).

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	Hjälpa de rökare som vill sluta röka genom att erbjuda stöd. Följ det strukturerade upplägget nedan eller hänvisa till en utbildad tobaksavvänjare eller Sluta-röka-linjen. Rekommendera läkemedel och ge råd om hur man använder läkemedlen. Ge gärna ett självhjälp-material, se s. 21.	"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."

¹ OR = Oddsquot = mått på riskökning. Om OR är högre än 1 har behandlingen effekt.

Hjälp och material för rökare**Telefonrådgivning**

På Sluta-röka-linjen tfn 020-84 00 00 kan patienten utan kostnad få rökavvänjning och även få ett stödjande material.

Apotekets sluta-röka-coacher ger råd i första hand om läkemedel för avvänjning på tfn 0771-450 450.

Internet

Det finns en Sluta-röka-skola på www.tobaksfakta.org

Skriftligt material

Expertens bästa råd om att sluta röka. Informationsblad i A5-format som passar för hälso- och sjukvårdsmiljöer. Statens folkhälsoinstitut. Beställ kostnadsfritt på tfn 08-449 88 22 eller e-post fhi@strd.se. Ladda ner på www.fhi.se.

Sluta-röka-linjens informationsfoldrar *Vad vinner du på att sluta röka, Förbered rökstoppet, Nikotinläkemedel och abstinensbesvär, Håll ut, Vikt och tobak.* Beställ eller ladda ner på www.slutarokalinjen.org.

Vägen till ett rökfritt liv. Läkare ger råd om rökstopp. Yrkesföreningar mot tobak. Beställ på tfn 08-669 81 58 eller e-post professionals@globalink.org.

Fimpa dig fri. En självhjälpbok för att sluta röka och snusa. Förlagshuset Gothia. Beställ på tfn 08-462 26 70.

Råd om att sluta röka på främmande språk kan du ladda ner på www.tobaksfakta.org
På apoteken finns även skriftligt material för rökare.

RÖKAVVÄNJNING – METODER OCH NIVÅER

Nivå 3. Bedömning av motivationen och strukturerat upplägg för att stödja patienter att sluta röka

Bedömning av motivationen

Om ett försök att sluta röka ska leda till varaktigt rökstopp måste patienten vara motiverad. Motivation till att ändra sitt beteende är något som man utvecklar gradvis. Olika grad av motivation eller beredskap för förändring kräver olika bemötande från behandlaren. Därför är det bra att inledningsvis försöka göra en bedömning av motivationen. I nedanstående tabell får du exempel på olika frågor som du kan fokusera samtalet på (33).

Tabell 5. Frågor för att bedöma motivationen.

En väl fungerande fråga för att bedöma motivation eller beredskap för förändring är: <i>Hur intresserad eller beredd är du att sluta röka på en skala 0–10?</i>		
0  10		
0–3 Låg motivation eller beredskap för förändring	4–7 Ambivalent, osäker	8–10 Hög motivation eller beredskap för förändring
Rökaren ser inget problem med rökningen.	Rökaren är medveten om problemet men ambivalent, osäker.	Rökaren vill sluta.
Samtalsfokus	Samtalsfokus	Samtalsfokus
Stimulera tankar på nackdelar med rökningen.	Diskutera fördelar och nackdelar med att sluta.	Uppmuntra beslut att sätta stoppdatum, erbjud hjälp till att lägga upp en konkret plan för rökstopp.
Diskutera rökningens konsekvenser och erbjud information om sambandet med rökningensrelaterade besvär.	Diskutera hinder och möjliga lösningar på det som oroar.	Diskutera vad som kan hända vid rökstoppet och hur svårigheterna kan hanteras, föreslå läkemedel för avvänjning.
Ytterligare två frågor som brukar användas för att ringa in motivationen: <i>"Hur viktigt är det för dig att sluta röka på en skala 0–10?"</i> <i>"Hur säker är du på att kunna klara det om du bestämmer dig på en skala 0–10?"</i>		
0  10		



JAG VILL SLUTA

Patienter som har låg motivation eller beredskap för förändring

Hos patienter med låg motivation måste man försöka skapa motivation till att bli rökfri. Att behandlaren är intresserad av ämnet signalerar att ett rökstopp är viktigt och startar en inre dialog hos patienten. Fokusera på nackdelar med rökning respektive möjliga vinster med rökstopp och anknyt till personliga rökningssrelaterade sjukdomsbesvär. Gå försiktigt fram. Patienter med låg beredskap för förändring kan vara mycket försvarsinställda. Samtalet syftar till att så frön som kan bära frukt långt senare. Fråga vid nästa konsultation hur patienten funderat sedan sist.

Exempel

"Vill du berätta hur du tänker om rökningen?"

"Har du tänkt på att sluta någon gång?"

"Har du försökt sluta någon gång? Berätta"

"Finns det någonting som är mindre bra med att röka som du ser det?"

"Vad vet du om sambandet mellan rökning och dina besvär. Får jag berätta?"

Patienter som är ambivalenta, osäkra

Osäkra patienter kan tänka sig att sluta, men inte just nu. Det finns argument både för och emot att sluta. Många är rädda för att misslyckas, må dåligt eller gå upp i vikt. Ge dem möjlighet att diskutera för- och nackdelar med att sluta, hinder och lösningar, och kanske senare återkomma i ämnet. Patienten känner sig ofta förpliktad av en sådan diskussion. Fråga om tidigare försök att sluta och ge beröm om patienten tidigare försökt och kanske till och med har klarat att sluta under en viss tid. Detta verkar motiverande och bidrar till att stärka kontakten mellan behandlare och patient. Betona de positiva effekterna av ett rökstopp för patientens hälsa. Om patienten inte vill sluta nu, föreslå att prova minskade eller ändrade rökvanor. Forskning visar att detta kan stimulera till ett rökstopp längre fram. Följ upp vid nästa konsultation.

Exempel

"Vad skulle det innebära för fördelar för dig att sluta röka?"

"Skulle det innebära några nackdelar?"

"Finns det några hinder för dig att sluta?"

"Hur skulle du kunna lösa problemen?"

"Skulle du vilja träffa en tobaksavvänjare för att diskutera det här?"

Patienter som har hög motivation eller beredskap för förändring

Patienter som vill sluta är de enklaste att hjälpa. Ett strukturerat stöd för att hjälpa patienter sluta röka bör inkludera minst fyra möten på vardera minst 10 minuter (30, 31). Här nedan ges exempel på ett sådant upplägg. Mellan besöken kan man givetvis erbjuda telefonkontakt vid behov, eventuellt via Sluta-röka-linjen.

Första konsultationen: förberedelse

Hjälp till att bestämma ett datum för rökstopp som ligger en bit fram i tiden, gärna inom 2 veckor. Markera att det är mycket viktigt att inte röka ett enda bloss efter rökstoppet om det hela ska lyckas. Fråga patienten om hur hon eller han tänker gå till väga. Undersök erfarenheter från tidigare försök att sluta. Understryk för patienten att det är bra att lägga lite tid på att förbereda sig inför rökstoppet. Praktiskt kan man förbereda sig genom att tänka igenom hur man ska göra sitt rökstopp för att lyckas och träna på att ändra sina rökvanor som att röka på andra tider och platser och avstå från en och annan cigarett. Vid rökstoppet är det viktigt att rensa bort allt som har med rökningen att göra. Bra är också att förbereda omgivningen och be om stöd.

Diskutera hur nikotinberoendet fungerar och att patienten kan räkna med att bli röksugen. Hjälp patienten att fundera ut vilka situationer som blir svårast och hur dessa kan hanteras. Förbered patienten på att abstinensbesvär kan uppträda och berätta hur man kan förebygga dem, till exempel genom att dricka mycket vatten samt äta ordentligt och regelbundet för att undvika lågt blodsocker. Rekommendera läkemedel och förklara användningen av dessa.

Mer om läkemedel sidan 31 och bilaga 3–5.

Exempel

"Vilken blir din rökstoppsdag?"

"Hur tänker du gå till väga vid rökstoppet?"

"Finns det någonting som känns svårt?" "Hur skulle du kunna lösa problemen?"

"Vill du att jag berättar vad jag vet om hur man kan göra på bästa sätt?"

"Vilka blir dina knep för att hantera röksug?"

"I vilka situationer kan du få mest problem med att stå emot och vad kan du göra då?"

Andra konsultationen: 0–5 dagar efter rökstoppet

Försök ha denna andra konsultation i så nära anslutning till rökstoppet som möjligt. De tre första dagarna efter rökstoppet är ofta de värsta och återfallsrisken är då som störst. Fråga patienten hur det har gått hittills och var generös med beröm och uppmuntran. Diskutera abstinensbesvär och vad som hjälper. Kontrollera hur läkemedelsstödet fungerar. Rekommendera gärna ökad fysisk aktivitet.

Viktigt är att diskutera strategier om patienten blir röksugen, och att fundera igenom vilka situationer som är risksituationer för återfall och hur patienten ska hantera dem. Fest, särskilt i kombination med alkoholbruk, brukar vara en sådan situation. Motivera patienten ytterligare genom att tala igenom de personliga vinsterna med rökstopp och berätta om hälsovinster.

Läs mer om abstinensbesvär på sidan 30 och om läkemedel på sidan 31.

Exempel

"Hur kan du förebygga problem med abstinens?" "Vill du att jag berättar vad jag vet?"

"Vad har du för strategier om du blir röksugen?"

"Vad finns det för situationer som kan bli svåra nu?" "Hur tänker du hantera dessa?"

Tredje konsultationen: 3 veckor efter rökstopp

Abstinensen kan nu vara i stort sett över. Röksuget minskar i styrka och frekvens. Ge beröm och uppmuntran. Diskutera kvarstående problem som till exempel viktökning eller sömnproblem. Det är viktigt att patienten har fungerade strategier om hon eller han blir röksugen och fortsätter vara observant på så kallade högrisksituationer som kan utlösa röksug och öka risken för återfall. Tillfälliga bakslag respektive återfall är vanligt och naturliga steg på vägen mot att bli rökfri. Att sluta röka innebär en läroprocess. Identifiera utlösande faktorer och uppmuntra till ett nytt rökstoppsförsök.

Läs mer om återfall på sidan 33.

Exempel

"Vad märker du för positiva effekter av rökstoppet?"

"Vilka är dina bästa strategier vid röksug?"

"Vad finns det för situationer som kan bli svåra nu?" "Hur tänker du hantera dessa?"

Vid bakslag eller återfall:

"Hur kunde du ha gjort i stället om du velat undvika att röka?"

"Hur tänker du göra nästa gång i motsvarande situation?"

Fjärde konsultationen: Besök 3 månader efter rökstopp (alternativt per telefon)

Är patienten helt rökfri nu? Om så är fallet ge patienten beröm för sin insats. Har patienten depressiva tendenser kan antidepressiv medicin behövas. Kontrollera att nikotinläkemedel trappas ner i enlighet med bruksanvisningen.

Efter fjärde konsultationen: Försök ge möjlighet till telefonkontakt

Efter fjärde konsultationen bör patienten få möjlighet att på ett enkelt sätt ha telefonkontakt vid behov. Hänvisa eventuellt till Sluta-röka-linjen.

Tabell 6. En modell med fyra konsultationer för att stödja till rökstopp

1:A KONSULTATIONEN Före rökstoppet	Bestäm ett datum för rökstopp. Diskutera vad som kan bli svårt och hur patienten kan hantera svårigheterna. Diskutera nikotinberoende och läkemedelsstöd. Ge gärna ett skriftligt material.	
2:A KONSULTATIONEN 0–5 dagar efter rökstoppet	Ge beröm för ansträngningarna. Diskutera eventuella problem som abstinensbesvär och hur man förebygger dem. Diskutera strategier för röksug och högrisksituationer. Tala om hälsovinster.	Om bakslag och återfall inträffar, se det som en naturlig del av den läroprocess som det innebär att sluta röka.
3:E KONSULTATIONEN 3 veckor efter rökstoppet	Ge beröm för ansträngningarna. Diskutera problem och hitta lösningar. Diskutera eventuella kvarstående problem. Diskutera strategier för röksug och högrisksituationer.	Identifiera utlösande faktorer och planera strategier för att förhindra att det händer igen.
4:E KONSULTATIONEN (eventuellt per telefon) 3 månader efter rökstoppet	Ge beröm för ansträngningarna. Diskutera problem och lösningar. Har patienten depressiva tendenser? Trappa ner nikotinläkemedel.	Uppmuntra till ett nytt försök.
DÄREFTER	Telefonkontakt vid behov – eventuellt via Sluta-röka-linjen	

Manualer för patientsamtalet

Det motiverande samtalet om tobaksvanor. En lättläst manual. Statens folkhälsoinstitut. Beställ på tfn 08-449 88 22 eller e-post fhi@strd.se. Ladda ner på www.fhi.se.

Det korta motiverande samtalet om rökning och snus. Liten utvikningsbar folder i fickformat för professionella. Apoteket AB och Statens folkhälsoinstitut. Beställ på tfn 08-449 88 22 eller e-post fhi@strd.se. Ladda ner på www.fhi.se.

En samtalsmetod för att behandla rökare. En kortfattad guide. Sveriges läkarförbund och Svenska läkaresällskapet. Beställ av Läkare mot tobak på tfn 08-669 81 58.

Internet

På www.somt.se finns ett interaktivt program om motivationshöjande samtal och tobaksavvänjning. Centrum för folkhälsa- tobaksprevention, Stockholms läns landsting i samarbete med Statens folkhälsoinstitut.

RÖKAVVÄNJNING – METODER OCH NIVÅER

Nivå 4. Behandling hos tobaksavvänjare eller specialistbehandling

Landstinget bör även kunna erbjuda avvänjningsstöd hos en utbildad tobaksavvänjare för patienter som behöver mer behandling, först och främst i primärvården. Men man bör även kunna få extra stöd där det faller sig naturligt, till exempel i mödrahälsovården om man är gravid, i slutenvården om man behandlas där och exempelvis är inlagd efter en hjärtinfarkt respektive inom tandvården om man genomgår en tandbehandling.

Individuell avvänjning

Med intensivt stöd kan man komma upp i resultat på omkring 30 procent rökfria efter ett år (4). Den individuella avvänjningen bygger på stödjande samtal/terapi med beteendereinriktning, och baseras på en modell av förberedelse och fokusering på kontroll av tankar och beteenden i kombination med läkemedel. En kombination av samtal och läkemedel är effektivast (8, 31). Systematiska översikter har gjorts av flera alternativa behandlingsformer för rökavvänjning. Dessa fann att varken hypnos, akupunktur, laserterapi eller elektrostimulering har bevisad effekt vid rökstopp (41, 42).

Anpassa intensiteten i behandlingen så långt det är möjligt till rökarens behov med tätare träffar direkt efter rökstoppet (4). Det går att komplettera besök med telefon- och e-postkontakt.

Gruppavvänjning

För många är det till stor hjälp att sluta röka tillsammans med andra i en organiserad grupp. Gemenskapen, det ömsesidiga stödet och erfarenhetsbakgrunden som deltagarna delar gör det lättare att hålla motivationen uppe. Sluta röka-grupper sträcker sig ofta över 6–8 möten (43). Individuell behandling och gruppbehandling ger lika gott resultat (8, 31).

Specialistbehandling

Det är vidare önskvärt att det också inom landstinget finns tillgång till specialister, till exempel på en tobakspreventiv enhet för dem som har speciella svårigheter. Sådana mottagningar finns i vissa landsting men inte i alla (3). Rökarna är vanligen remitterade till dessa mottagningar på grund av en rökningssjukdom eller andra problem som gör behandlingen komplicerad. Efter ett år är upp till 30 procent av rökarna rökfria (4, 30, 44). Men avvänjningsmottagningarnas patienter är en selekterad grupp som rökt länge och mycket, och oftast även har tobaksrelaterade sjukdomar. En långtidsuppföljning 5–7 år efter terapistarten på en sådan svårbehandlad patientgrupp visade att cirka 40 procent var rökfria (45). Utvärderingar av slutenvårdsbehandling av rökare visar att drygt 50 procent är rökfria efter ett år (46).

Tobaksavvänjare, utbildning, material**Aktiva tobaksavvänjare**

På webbplatsen www.tobaksfakta.org finns en förteckning över aktiva tobaksavvänjare i varje län samt namn på en kontaktperson/samordnare av avvänjningsstödet inom landstinget.

Material om tobaksavvänjning

En handledning för tobaksavvänjning individuellt och i grupp. Statens folkhälsoinstitut. Beställ på tfn 08-449 88 22, e-post fhi@strd.se. Ladda ner på www.fhi.se.

Tobaksfritt liv – funderat på att sluta röka och snusa? Tillhörande handledning i gruppbehandling. Konsultförlaget. Beställ på tfn 018-55 50 80.

OH-serie om tobaksavvänjning med pratmanus och referenser. Statens folkhälsoinstitut. Ladda ner på www.fhi.se.

Utbildning i tobaksavvänjning

Yrkesföreningar mot tobak har skapat en standard för utbildning i tobaksavvänjning. På webbplatsen www.tobaksfakta.org hittar du utbildningar som ges i enlighet med standarden. Upplysningar på tfn 08-6698158.

Abstinensbesvär

De flesta som slutar röka – men inte alla – upplever abstinensbesvär under en övergångstid efter rökstoppet och patienten bör förberedas på att det finns risk för detta. Tala om att besvären är övergående och ge tips om hur man kan hantera dem. De vanligaste abstinenssymtomen är röksug, oro, rastlöshet, irritation, koncentrationssvårigheter, nedstämdhet och sömnstörningar (25). De flesta av dessa symptom ger med sig inom loppet av 2–4 veckor (47) och kan lindras av läkemedel för rökavvänjning, ordentliga och regelbundna måltider (för att undvika lågt blodsocker) samt att dricka mer vatten än vanligt. Patienter med diabetes kan behöva kontrollera sitt blodsocker extra noga. Det kan även vara bra att kontrollera blodtrycket, som initialt kan påverkas vid rökstopp (48). En del patienter får även förstoppning.

Vissa kan känna sig deprimerade eller sorgsna som om de förlorat en vän (cigaretten). Låt patienten tala om hur det känns och lugna med att det ger sig dag för dag.

Mer om depressioner på sidan 38.

De flesta patienter kan förvänta sig en viss viktökning. Den genomsnittliga viktökningen är 2–5 kg (15, 49). Uppmuntra till bra matvanor. Fysisk aktivitet lindrar abstinensbesvär och motverkar viktuppgång i samband med rökstopp, och en studie har visat att fysisk aktivitet i sig även kan öka andelen rökare som lyckas sluta (50, 51).

När patienten inte utsätts för rökning som tidigare kan koncentrationen av vissa läkemedel öka (19). Läkaren kan då behöva justera doserna. Detta kan till exempel gälla läkemedel för diabetes, hjärtsvikt, högt blodtryck, warfarin och neuroleptika. Men effekterna är i regel måttliga.

Definition av nikotinabstinens, se bilaga 2

Tabell 7. Abstinens – vanliga besvär och lämpliga åtgärder

Symtom/Besvär	Åtgärd
Röksug Irritation, rastlöshet, aggressivitet, oro Nedstämdhet, depression Yrsel Koncentrationssvårigheter Sömnighet, dåsigheit	Ordentliga och regelbundna måltider för att undvika lågt blodsocker Mer vatten att dricka än vanligt Läkemedel för avvänjning Fysisk aktivitet Vid nedstämdhet som utvecklas till depression kan patienten behöva antidepressiv medicinering.
Huvudvärk	Mycket vatten att dricka Fysisk aktivitet och avslappning
Förstoppning	Mat med mycket fibrer i kombination med ordentligt med vatten att dricka Fysisk aktivitet
Sömnsvårigheter	Undvik nikotinplåster på natten. Om bupropion används bör andra tabletten tas tidigt under kvällen – dock minst 8 timmar efter den första.
Blåsor och sår i munnen	Enzymtandkräm som lindrar finns på apotek.

Läkemedel för rökavvänjning

I Sverige finns det tre olika grupper av läkemedel för hjälp vid rökavvänjning registrerade: nikotinläkemedel och läkemedel som innehåller bupropion respektive vareniklin. Nikotinläkemedel introducerades redan på 1970-talet, medan bupropion registrerades 2000 och vareniklin 2006. I Sverige är nikotinläkemedel förstahandspreparat och bupropion och vareniklin andrahandspreparat enligt Läkemedelsverket (52, 53). Flera nya läkemedel är under utveckling och det pågår även försök med nikotinvaccin.

Bupropion och vareniklin är receptbelagda medan nikotinläkemedel är receptfritt (utom nässprayen). Bupropion och vareniklin ingår i systemet för läkemedelsförmåner (under förbehållet att patienten prövat nikotinläkemedel och att förskrivningen kombineras med rådgivande stöd), men inte nikotinläkemedel. Av stor betydelse för att läkemedlen ska ha en avsedd effekt är att de tas på rekommenderat sätt. Patienten behöver därför råd och information.

Läs mer om priser, dosering, användning, kontraindikationer och biverkningar i FASS eller kontakta tillverkarna.

Se bilagorna 3–5 för detaljer om läkemedlen. Bilagorna kan även användas som patientinformation.

Nikotinläkemedel

Nikotinläkemedel tillför en mindre mängd nikotin under avvänjningsprocessen och minskar därmed de fysiska abstinensbesvären medan patienten koncentrerar sig på att bryta den inlärd vanan. SBU-rapporten om rökavvänjning framhåller att behandling med nikotinläkemedel tillhör de mest undersökta läkemedelsterapierna över huvud taget (8). Det finns över hundra välgjorda studier som visar att användning av läkemedlen nästan fördubblar möjligheterna att fortfarande vara rökfri ett år efter rökstopp jämfört med placebo.

Patienter ska använda nikotinläkemedel i första hand när de har slutat, inte samtidigt som de röker, men nikotinläkemedel kan också användas för att röka mindre. Nikotinläkemedel finns som tuggummi, plåster, sugtablett, microtab, inhalator och nässpray. Nikotinläkemedel är förknippade med få biverkningar, även om lokal irritation kan förekomma av olika preparat, se bilaga 3. Generellt sett gäller principen att patienter som har ett starkt beroende bör ha en starkare dos. För mätning av nikotinberoendet kan en standardskala användas – läs mer om den i bilaga 2 (28). Användningstiden är individuell, normalt minst 2–3 månader. Nikotinläkemedlen trappas ned enligt anvisningarna i FASS. En del riktlinjer rekommenderar användning av två olika nikotinläkemedel samtidigt för patienter som är starkt nikotinberoende (30, 54). Ett exempel på detta kan vara att kombinera två preparat med olika profiler för nikotinuptag, till exempel nikotinplåster och nikotintuggummi. Det finns flera randomiserade studier om kombinationsbehandlingar med sikte på att tillföra nikotin i nivå med den som gällde då försökspersonen fortfarande rökte. OR för bättre rökfrihet var 1,2, dvs. bara en svag förbättring av resultaten (55–60).

Det finns otillräckliga belägg för att kunna rekommendera användning av nikotinläkemedel och bupropion i kombination (61). Vareniklin ska inte kombineras med nikotinläkemedel.

Beroende av nikotinläkemedel

Alla nikotinläkemedel utom nikotinplåster har en potential för att skapa beroende. Särskilt vanligt är beroende av nikotintuggummi. Men risken för beroende av nikotinläkemedel är generellt sett låg och måste ställas i relation till risken med att fortsätta röka (19). 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 (62).

Erfarenhet har visat att patienter som vill komma ur sitt beroende av nikotinläkemedel kan rekommenderas att trappa ned det dagliga intaget av nikotin över en längre period. Man går ned till svagare styrkor på nikotinläkemedlen, samtidigt som man successivt minskar antalet tuggummin, tabletter sprejningar eller nikotinpluggar per dag. De som ska sluta med nikotintuggummi kan successivt byta ut dessa mot vanliga tuggummin. Under tiden kan man använda ett svagt nikotinplåster. I praktiken har denna metod visat sig fungera mycket bra.

Bupropion

Bupropion (Zyban) tillförs peroralt. Bupropion finns endast som depottabletter i en styrka. Behandlingen inleds innan man slutar röka och pågår normalt i 7 veckor. Datum för rökstopp bör ligga inom andra behandlingsveckan. Bupropion är en selektiv återupptagshämmare av noradrenalin och dopamin med minimal effekt även på återupptaget av serotonin (63, 64).

De vanligaste biverkningarna är muntorrhet, sömnsvårigheter, hudutslag, huvudvärk och yrsel. Vid sömnsvårigheter kan det vara en fördel att tidigarelägga ”eftermiddagstabletten” – men bara under förutsättning att det är minst 8 timmar mellan doserna. De kliniskt viktigaste biverkningarna är kramper, men dessa kan lätt undvikas med en adekvat anamnes. Kontraindikationer är epilepsi eller sänkt kramptröskel som kan ses efter större skalltrauma, anorexi, bulimi, hastig avvänjning från alkohol eller bensodiazepiner eller vid manodepressiv sjukdom. Man avråder definitivt från samtidig användning av MAO-hämmare. Läs mer i bilaga 4.

Vareniklin

Vareniklin (Champix) tillförs peroralt. Behandlingen med vareniklin ska starta 1–2 veckor före datum för rökstopp och normalt pågå i 12 veckor. Vareniklin finns i två olika styrkor, en för den första veckans upptrappning och en starkare dos från dag åtta och framåt. Substansen binder sig till nikotinreceptorn och utövar där en måttligt egenstimulerande effekt samtidigt som den blockerar effekten av tillfört nikotin som vid rökning (65, 66).

De vanligaste biverkningarna är milt till måttligt illamående, huvudvärk, insomningssvårigheter, onormala drömmar, förstoppning och gasbildning. I övrigt finns inga kända kontraindikationer eller interaktioner med andra läkemedel, men erfarenheten är begränsad eftersom preparatet är så nytt. Läs mer i bilaga 5.

Internet

På www.apoteket.se och www.fass.se finns fakta om läkemedlen.

Återfall

Ett återfall innebär att man röker mer eller mindre regelbundet igen. Det är mycket vanligt att patienten upplever återfall under rökslutarprocessen. I genomsnitt räknar man med att det kan behövas minst 3–4 försök innan man lyckas sluta röka för gott (8). Återfall är således inte ett tecken på att vare sig patienten eller behandlaren har misslyckats i sitt arbete. De flesta återfallen sker under de första sex månaderna och de allra första dagarna är som mest kritiska (19). Återfall innebär i regel att man får planera för ett nytt rökstoppsdatum.

För att förebygga återfall behöver man

1. diskutera vilka situationer som innebär risk för återfall, så kallade högrisksituationer
2. planera strategier för att hantera högrisksituationer utan att röka
3. förklara att det brukar vara dömt att misslyckas att försöka att röka bara då och då.

När återfallet är ett faktum är det viktigt att poängtera att återfall är vanligt och att de flesta lyckas sluta först efter flera försök. Att man försökt flera gånger innebär inte att man är ett ”hopplöst fall”, tvärtom. Hjälp patienten att definiera återfallet som en del i en läroprocess. För varje gång man försöker sluta röka lär man sig mer om vad som är svårt, hur man själv reagerar, vad som hjälper och vad som inte fungerar.

Exempel:

”Vill du berätta vad som hände?” ”Hur tänkte du?” ”Hur gjorde du?”
 ”Hur kunde du ha gjort i stället för att undvika att röka?”
 ”Hur kan du göra nästa gång?”

Uppföljning av behandlingsresultaten

Oavsett behandlingsnivå är det värdefullt att följa upp patienten efter 3, 6 och 12 månader, till exempel via brev, e-post eller telefonsamtal. När man följer upp via brev tenderar bortfallet dock att bli stort. Registrera helst både kontinuerlig rökfrihet (inte ett enda bloss) och rökfrihet vid kontrolltillfälle (patienten kan ha rökt av och till men röker inte nu).

Uppföljningsformulär vid tobaksavvänjning

Namn _____

Datum _____

Uppföljning vid

- | | | |
|-------------------------------------|-------|--|
| ☐ 3 månader | efter | ☐ stoppdatum |
| ☐ 6 månader | | ☐ bedömningsamtal |
| ☐ 12 månader | | |

Vi undrar hur det går för dig med tobaksstoppet?

Vi skulle vara mycket tacksamma om du ville besvara nedanstående frågor och återsända formuläret i bifogat kuvert.

Jag röker dagligen Nej ☐ Ja ☐ Hur många cigaretter per dag? _____

Jag röker då och då Nej ☐ Ja ☐ Hur många cigaretter per månad? _____

Jag snusar dagligen Nej ☐ Ja ☐ Hur många prillor per dag? _____

Jag snusar då och då Nej ☐ Ja ☐ Hur många prillor per månad? _____

Om du använder läkemedel för tobaksavvänjning, ange vad och hur mycket

Om du inte röker/snusar, har du använt tobak någon gång sedan du slutade röka/snusa?

Nej ☐

Ja, rökt ☐ Om ja, när rökte du (ange datum på ett ungefär) _____

Hur många cigaretter rökte du totalt? _____

Ja, snusat ☐ Om ja, när snusade du (ange datum på ett ungefär) _____

Hur många prillor snusade du totalt? _____

Kommentarer

Välkommen att höra av dig!

Med vänliga hälsningar

Namn _____

Tel _____

Om snus och avvänjning

Även om det saknas vetenskapliga studier visar erfarenhet att de ovan beskrivna metoderna för rådgivning och avvänjning kan tillämpas även på snusande personer. Program för snusavvänjning är under utveckling (4). Abstinensen efter snusstopp kan vara kraftig, och erfarenhet visar att nikotinläkemedel lindrar abstinens och ökar möjligheten att lyckas även vid snusavvänjning (67, 68). Nikotinfritt snus är hittills inte vetenskapligt prövat vid avvänjning.

Snus som "hjälpmedel" för att sluta röka

I dag marknadsförs snus ofta som ett hjälpmedel för att sluta röka. Några kliniska studier som bevisar detta finns inte, och snusning är således inte en evidensbaserad rökavvänjningsmetod. Däremot finns det i dag bra och evidensbaserade metoder för att hjälpa rökare som vill sluta och som redovisas i denna skrift. Hälsoriskerna av snus är samtidigt avgjort större än av nikotinläkemedel. Det är också större risk att bli långtidsberoende av snus än av till exempel nikotinläkemedel. Vid en jämförelse framstår nikotinläkemedel som betydligt säkrare, mindre hälsoskadliga och bevisat effektiva hjälpmedel för att sluta röka.

Slutar man röka genom att använda snus, tycks risken för att utveckla ett snusberoende vara stor och då har man bara bytt tobaksprodukt. Risken är även att man blir blandbrukare, det vill säga blandar snusning med att röka då och då, eller till och med dagligen. Av vuxna dagligsnusare 2005 var 36 procent blandbrukare (69).

Hjälp och material för snusare

Telefonrådgivning

På Sluta-röka-linjen tfn 020-84 00 00 kan patienten utan kostnad få snusavvänjning och även få ett stödjande material.

Apotekets sluta-röka-coacher ger råd i första hand om läkemedel för avvänjning på tfn 0771-450 450.

Internet

Det finns en Sluta snusa-skola på www.tobaksfakta.org.

Skriftligt material

Expertens bästa råd om att sluta snusa. Informationsblad i A5-format som passar för hälso- och sjukvårdsmiljöer. Statens folkhälsoinstitut. Beställ på tfn 08-449 88 22 eller e-post fhi@strd.se. Ladda ner på www.fhi.se.

Fimpa dig fri. En självhjälpbok för att sluta röka och snusa. Förlagshuset Gothia. Beställ på tfn 08-462 26 70.

Vad vi vet om snus. Informationsfolder om skador och avvänjning. Statens folkhälsoinstitut. Beställ på tfn 08-449 88 22 eller e-post fhi@strd.se. Ladda ner på www.fhi.se.

Speciella målgrupper

Mödra- och barnhälsovården

Rökning under graviditeten är till exempel förknippad med ökad förekomst av låg födelsevikt, dödfödsel och plötslig spädbarnsdöd (70, 71). Kvinnor som slutar röka före eller under den första trimestern av graviditeten minskar riskerna för barnet till en nivå som kan jämföras med kvinnor som aldrig har rökt. Även om det ger de största fördelarna för moder och foster att mamman slutar röka tidigt, ger det likväl en positiv effekt att sluta när som helst under graviditeten. Därför bör läkare och barnmorskor erbjuda hjälp att sluta röka till gravida kvinnor vid alla graviditetskontroller. Barnmorskor och BVC-sjuksköterskor ställer som praxis frågan om rökning och snusning och journalför svaret.

Läkemedel under graviditet

Nikotinläkemedel är inte godkänt för användning under graviditet, och gravida bör helst försöka bli rökfria utan hjälp av läkemedel. Moderns intag av nikotin påverkar fostret via blodförsörjningen. Det är inte riskfritt för barnet om modern använder nikotinläkemedel under graviditet, och man misstänker att det kan ge en viss ökad risk för till exempel plötslig spädbarnsdöd (72). Men risken med att använda nikotinläkemedel måste vägas mot risken med att kvinnan fortsätter att röka. Barnmorskan eller läkaren bör därför göra en bedömning i varje enskilt fall om patienten kan klara att sluta utan att använda nikotinläkemedel. Flera riktlinjer, bland annat från Läkemedelsverket, råder att överväga nikotinläkemedel i de fall kvinnan annars inte klarar av att sluta röka (19, 54, 73). Om man bedömer att kvinnan behöver använda nikotinläkemedel rekommenderas låg dos av korttidsverkande nikotinläkemedel (tuggummi, tablett, inhalator), förskrivning på recept, journalföring och uppföljning. Det är viktigt att ange dosering. Stödjande samtal blir här mycket viktiga. Bupropion och vareniklin får inte användas av gravida eller ammande kvinnor.

Amning

Man bör uppmuntra mamman till att bli förbli rökfri även efter barnets födelse för sin egen skull, men också för att nikotin passerar över i modersmjölken. Det är dock oklart vilken effekt detta har på spädbarn (74).

Passiv rökning under småbarnstiden

Plötslig spädbarnsdöd är förknippad med såväl rökning under graviditeten som exponering för passiv rökning efter födseln. Barn som utsätts för passiv rökning löper högre risk att drabbas av luftvägssjukdomar och öroninflammation. Det finns en ökad förekomst av astma hos barn under två år i hem där man röker. Dessutom ökar svårighetsgraden av astmaanfall hos barn med föräldrar som röker inomhus (75, 76). Därför är det viktigt att fråga även om passiv rökning vid besök på BVC och ge föräldrarna råd om att sluta röka alternativt rekommendera att röka utomhus.

Material för MVC och BVC

Se webbplatsen www.tobaksfakta.org.

Sluten somatisk vård

Inläggning på sjukhus är ett gyllene tillfälle att föra rökningen på tal. Den första veckan efter en hjärtinfarkt förefaller vara en tid då rökaren är särskilt mottaglig för interventioner för rökstopp (77). De korta vårdtiderna är en komplikation, 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 bra råd om hur man slutar röka. Kort rådgivning, dokumentation och uppföljning bör vara självklara. Patienten bör också få med sig skriftliga råd om avvänjning vid utskrivningen samt eventuellt hänvisas till rökavvänjare eller Sluta-röka-linjen om sjukhuset inte kan sköta uppföljningen.

Rökstopp och operation

Rökstopp minskar kraftigt risken för komplikationer vid operationer, och rökstopp bör stödjas före främst elektiv men även vid akut operation (78). Oavsett om patienten har kunnat hålla upp eller inte inför operationen är det även viktigt att stimulera att patienten är rökfri efter operationen.

Nikotinberoende hos inneliggande patienter

Det är viktigt att landstingen har rekommendationer om hur man ska hantera nikotinberoende hos inneliggande patienter, eftersom läkemedlen i dag är många och kan vara svåra att dosera. Alla landsting har inte sådana rekommendationer (3). Finns inte det riskerar rökande och snusande patienter att inte bli erbjudna nikotinläkemedel under sin slutenvårdsvistelse, trots att de ibland kan ha svår abstinens.

Sluta röka på sjukhus

I ett projekt av Läkare mot tobak, Sjuksköterskor mot tobak och Hjärt-lungfonden har man tagit fram en informationsfolder till vårdpersonal och en annan till patienter om att sluta röka på sjukhus. Yrkesföreningar mot tobak. Beställ på tfn 08-669 81 58 eller e-post professionals@globalink.org.

En patientfolder om rökstopp före operation har tagits fram av Jämtlands läns landsting och får fritt kopieras. Tobakspreventiva enheten, Jämtlands läns landsting. Kontakt på tfn 063-15 30 00.

Psykiatrisk vård

För att psykiskt sjuka ska klara att sluta är det viktigt att omgivningen signalerar intresse och positivt stöd. Personal inom psykiatri har med sina specialkunskaper en strategisk roll när det gäller att stödja psykiskt sjuka som vill sluta röka. I dag hänvisas psykiatrins patienter 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 där de känner sig trygga och där deras grundsjukdom behandlas. En ökad kunskap om avvänjningsmetodik bör stimuleras hos personal inom psykiatri. I praktiken sker tobaksavvänjningen oftast i ett samarbete mellan psykiatri och primärvården (79). Det är viktigt att välja en tidpunkt för tobaksstopp då patienten är i bästa möjliga psykiska balans. Vidare är det värdefullt att ha en tillräcklig förberedelsestid och – helst tillsammans med kontaktperson – försöka att noggrant planera hur patienten ska hantera olika problem som kan förutses i samband med tobaksstoppet. De flesta psykiskt sjuka rökare är starkt nikotinberoende och behöver i regel läkemedelsstöd (80).



8 EXTRA SJUKDAGAR

Depressivitet

Erfarenhet visar att abstinensen för depressivt lagda personer har en tendens att vara intensiv och ihållande med oro, negativa tankar och känslor och starkt röksug. Patienter som haft depressioner löper dessutom risk att tillfälligt återinsjukna i samband med att de slutar röka (81). Det är viktigt att vara observant och sätta in antidepressiv medicinering vid behov. Observera att bupropion inte är godkänt i Sverige för behandling i antidepressivt syfte, utan enbart för rökavvänjning. Var särskilt försiktig och observant vid en eventuell kombination av antidepressiva mediciner och bupropion, på grund av ökad risk för CNS-biverkningar och interaktioner (läs mer i FASS).

Schizofreni

Rökning håller nere blodkoncentrationen av de flesta neuroleptika. Därför brukar rökare stå på högre doser än icke-rökare. Vid ett rökstopp kan blodkoncentrationen – och därmed eventuella biverkningar – öka under de följande veckorna och medicineringen behöver då anpassas (81). När det gäller patienter med schizofrena syndrom är det extra viktigt att patienten får stöd av den sjukvårdspersonal som känner patienten och kan sjukdomsbilden och medicineringen. Det finns inga bevis för att sjukdomssymptomen skulle öka som en följd av ett rökstopp. Det finns exempel på att patienter med schizofreni som fått mycket stöd har klarat att sluta röka, och många kan minska konsumtionen betydligt (81, 82).

Bupropion torde vara kontraindicerat för personer med schizofrena syndrom på grund av biverkningsspektrumet. Läs mer i FASS.

Skriften *Tobaksavvänjning för psykiskt sjuka* ger praktiska råd och anvisningar om tobaksavvänjning för psykiskt sjuka och om hur man kan utforma en tobakspolicy för psykiatri. Yrkesföreningar mot tobak. Beställ på tfn 08-669 81 58 eller e-post professionals@globalink.org. Ladda ner på www.tobaksfakta.org.

Ungdomar

När det gäller ungdomar och tobaksavvänjning kan vi konstatera att det finns en brist på vetenskapliga studier. I väntan på bättre kunskap rekommenderas samma metoder som till vuxna (83). Intrycket är att efterfrågan på hjälp att sluta röka ökar hos ungdomar och skolhälsovården har här en viktig uppgift.

Ungdomar under 18 år får inte köpa nikotinläkemedel utan recept. Det saknas ännu forskning om vilken effekt nikotinläkemedel har på patienter under 18 år. Läkaren måste göra en bedömning i varje enskilt fall om patienten är i behov av nikotinläkemedel. Om man rekommenderar någon under 18 år att använda nikotinläkemedel bör man förskriva läkemedlet på recept, föra journal och följa upp. Det är viktigt att ange dosering. Personer under 18 år får inte använda bupropion och vareniklin.

Motiverande samtal och tobaksavvänjning med ungdomar är en manual utarbetad av Tobakspreventivt centrum i Örebro i samarbete med landstinget i Uppsala och Statens folkhälsoinstitut. Ladda ner på www.tobaksfakta.org.

Andra arenor för rådgivning och tobaksavvänjning

Företagshälsovården, tandvården och apoteken är exempel på andra arenor där man ofta ger råd om tobak och ibland även kan erbjuda tobaksavvänjning.

Apoteken är viktig samarbetspartner för hälso- och sjukvården i arbetet med tobaksavvänjning eftersom läkemedlen för avvänjning köps där. Men riksdagen kommer under 2007 att ta ställning till ett förslag om att nikotinläkemedel ska få säljas även i allmän handel.

Hur tobaksavvänjning kan organiseras i landstinget

För att kunna ge den rådgivning och behandling som vi beskrev i förra kapitlet behövs både personal med övergripande samordningsansvar för avvänjningsstöd och öronmärkta ekonomiska resurser. Enligt en undersökning 2006 saknade flera landsting detta (3).

Kostnader

Att hålla en god nivå på utbudet behöver inte kosta så mycket. Nedan redovisas ett förslag på en miniminivå i ett medelstort landsting (4). Många faktorer påverkar naturligtvis behovet. Hur många procent av en heltid som behövs för tobaksavvänjning på en vårdcentral respektive ett sjukhus beror till exempel på storleken på vårdenheter och hur aktivt personalen ger råd om tobaksvanor och rekommenderar tobaksavvänjning.

A. Kort rådgivning

Alla inom hälso- och sjukvården bör fråga efter tobaksvanor och helst kunna ge kort rådgivning.

Detta bör kunna göras inom ramen för det löpande arbetet.

B. Behandling hos utbildad tobaksavvänjare

Varje primärvårdsenhet behöver ha en speciellt utbildad tobaksavvänjare, motsvarande minst 10 procents tjänst.

Lönekostnad 40 000 kronor per år.

På varje sjukhus behöver det finnas en resursperson för tobaksavvänjning av patienter motsvarande minst en halvtidstjänst.

Lönekostnad 200 000 kronor per år.

C. Specialistbehandling på en tobakspreventiv enhet

I varje landsting behöver det finnas en tobakspreventiv enhet (TPE), med uppgift att stimulera tobakspreventionen i regionen. TPE fungerar som avvänjningsmottagning och kompetenscentrum, verkar som kunskapsförmedlare, utbildare, handledare, nätverksbyggare och har ett övergripande ansvar för avvänjningsstödet i landstinget. På TPE finns specialutbildad personal som kan behandla de svåra fall som remitteras dit. TPE arbetar också med epidemiologisk bevakning, policy, uppföljning, utveckling och marknadsföring. Enheten är slutligen landstingets expertorgan i tobakspolitiska frågor. I brist på en TPE behöver det finnas en person som har ansvar för samordning och utveckling av tobaksavvänjningen i länet.

Exempel från ett medelstort landsting

Kostnader för avväjningsverksamhet visas genom ett exempel från ett medelstort län – Örebro med 280 000 invånare. Örebro har en tobakspreventiv enhet (TPE) med två sjuksköterskor på heltid, en hälsoutvecklare på heltid, en läkare på halvtid och en sekreterare på kvartstid till en kostnad av 1,7 miljoner kronor per år (3).

Nedan visas de kostnader som Örebro läns landsting skulle ha för att hålla den standard på tobaksavvänningsverksamheten och tobakspreventionen som föreslagits ovan.

Tabell 8. Beräknade kostnader för Örebro läns landsting för att hålla den standard på tobaksavvänningsverksamheten och tobakspreventionen som den här rapporten beskriver (3, 4).

Typ av verksamhet	Beräknade kostnader
Kostnad för 10-procentstjänster på vårdcentraler (beräknad kostnad) 40 000 kr/vårdcentral	28 vårdcentraler = 28 x 40 000 kr = 1 120 000 kr
Kostnad för halvtidstjänster på sjukhus (beräknad kostnad) 200 000 kr/sjukhus	Universitetssjukhuset Örebro = resursen finns integrerad i den tobakspreventiva enheten, som är placerad på sjukhuset = 0 kr Därutöver 2 sjukhus x 200 000 kr = 400 000 kr
Kostnad för en tobakspreventiv enhet (faktisk kostnad 2006)	1 700 000 kr
Totalt	3 220 000 kr

Praktiska råd för mottagningen

Utnyttja väntrummet

Utnyttja väntrummet för att informera om vilka effekter tobaksanvändningen har och vilket stöd som mottagningen erbjuder. Detta visar både personal och patienter vilken inställning mottagningen har till tobakens betydelse som hälsoproblem och vikten av att vara tobaksfri. Ett ”aktivt” väntrum visar inte bara att man arbetar med tobaksavvänjning, utan gör också patienten bättre föreberedd på att frågor om tobaksbruk kan aktualiseras i kommande besök. Utöver mottagningens egna möjligheter att ge stöd till den som vill sluta röka kan väntrummet utnyttjas för självhjälp-material och för att informera om Sluta-röka-linjen.

Speciellt framtaget för väntrummet

Affschen *Alla vinner* är särskilt framtagen för hälso- och sjukvården med plats för att fylla i var tobaksavvänjning finns lokalt samt Sluta-röka-linjens telefonnummer. Statens folkhälsoinstitut. Beställ på tfn 08-449 88 22 eller e-post fhi@strd.se.

Expertens bästa råd om att sluta röka/Expertens bästa råd om att sluta snusa. Informationsblad i A5-format framtaget för hälso- och sjukvårdsmiljöer. Statens folkhälsoinstitut. Beställ på tfn 08-449 88 22 eller e-post fhi@strd.se. Ladda ner på www.fhi.se.

Affisch och bordsställ med små kort om Sluta-röka-linjen. Beställ av Statens folkhälsoinstitut på tfn 08-449 88 22 eller e-post fhi@strd.se.

Tobaksavvänjare

Det är rimligt att mottagningen har en egen utbildad tobaksavvänjare. Om man inte har en egen tobaksavvänjare, kan man ha en lättillgänglig förteckning över andra närbelägna tobaksavvänjare som man vet kan ta emot nya patienter. Man bör även kunna lämna ut Sluta-röka-linjens telefonnummer.

Marknadsför tobaksavvänjningen

Många landsting har på sina webbplatser information om var man kan få hjälp med att sluta röka. Om mottagningen har en egen webbplats bör den informera om vilka möjligheter mottagningen har att erbjuda tobaksavvänjning med kontaktuppgifter. Tryck gärna upp plånboksvänliga kort med namn, adress och telefonnummer till mottagningens tobaksavvänjare. Kortet kan lämnas ut till den som ännu inte bestämt sig och kan också distribueras i närmiljön, till exempel på apotek, medborgarkontor och andra hälso- och sjukvårdsenheter som inte har egen avvänjning. Etablera gärna kontakt med lokalt apotek för marknadsföring och samarbete.



Aktiva tobaksavvänjare

Lista över tobaksavvänjare i respektive län finns på www.tobaksfakta.org. Överst på listan står den som ansvarar för listan i landstinget.

Verktyg för att fråga och mäta

Förebyggande arbete är på många sätt ofta i underläge jämfört med annat sjukvårdsarbete. Detta kan till exempel gälla verktyg för att mäta och registrera levnadsvanor inklusive tobaksbruk. I undersökningsrummet finns i allmänhet blodtrycksmätare, stetoskop, reflexhammare, otoskop med mera. Dessa instrument är till hjälp i sjukvårdsarbetet för att mäta och diagnostisera sjukdom. Men hur mäter man och ”diagnostiserar” ohälsosam livsstil? Ett strukturerat frågeformulär med några enkla frågor om bland annat tobaksvanor kan fungera som mätinstrument, se exempel i bilaga 6. Frågeformuläret får här samma funktion i preventionsarbetet som till exempel otoskopet eller stetoskopet har för att diagnostisera öronsjukdomar respektive hjärtsjukdomar. En annat bra pedagogiskt hjälpmedel kan vara spirometern där resultatet av lungfunktionsundersökningen kan användas för att motivera till rökstopp. En kolmonoxidmätare kan även vara till god hjälp vid samtal om rökning både som diagnosinstrument och motiverande verktyg.

Livsstilsformulär

För att underlätta arbetet och spara tid kan man lämna ut ett ”livsstilsformulär” redan i receptionen när patienten kommer till mottagningen. Förutsatt att man har ett kallelsesystem kan ett alternativ vara att skicka formuläret hem till patienten tillsammans med kallelsen inför planerade besök. En fördel med att skicka hem formuläret är att patienten hinner reflektera och fylla i formuläret i lugn och ro. Att lämna ut eller skicka hem ett livsstilsformulär är också ett sätt från mottagningens sida att ytterligare betona vilken vikt man tillmäter levnadsvanornas betydelse.

Formuläret kan innehålla frågor om såväl nuvarande som tidigare tobaksbruk, men även innehålla frågor om patientens inställning till sitt tobaksbruk, önskemål om tobaksstopp och eventuellt behov av stöd för att lyckas.

Att lämna ut formulär 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 (se bilaga 6) till den man skulle besöka, som hade formuläret som underlag för ett samtal om rökningen. För de röka-

re som önskade hjälp med rökavvänjning skrevs remiss till vårdcentralens egen tobaksavvänjare. Antalet patienter som kom till rökavvänjning ökade trefaldigt på de nio experimentvårdcentralerna jämfört med kontrollvårdcentralerna (84).

Dokumentera i journalen

Det är viktigt att dokumentera resultatet av tobakssamtalet i journalen oavsett om patienten använder tobak eller inte. I patientjournalagen (3§) står att en patientjournal ska innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård av patienten. Om uppgifterna föreligger ska en patientjournal alltid innehålla bland annat väsentliga uppgifter om bakgrunden till vården.

För att få struktur på journalen är det bra om tobaksbruk i form av rökning eller snusning har egna ”sökord” i journalen, gärna i anslutning till andra livsstilsrelaterade sökord som motion, matvanor och alkohol.

Exempel på mätbara tobaksvariabler

Mängden tobak (cigaretter, snusdosor) kan registreras i lablistan som värden om det inte finns någon annan faktilista. Detta gör det lättare att följa en patients tobaksvanor över en längre tid och gör det möjligt att redovisa samlade tobaksdata. Till exempel kan det vara bra att notera rökning, antal cigaretter per dag, snusning, antal snusdosor per vecka och hur många år patienten har rökt eller snusat, eventuellt även antal paketår (antal rökta paket per dag gånger antalet rökår, till exempel ger 0,5 paket per dag i 38 år 19 paketår).

Klassificera alla patienters rökstatus i journalen enligt följande:

- (1) dagligrökare
- (2) då-och då-rökare
- (x) före detta rökare (slutat för mer än 6 månader sedan)
- (0) aldrig-rökare.

För snusning kan motsvarande värden användas.

- (1) dagligsnusare
- (2) då-och då-snusare
- (x) före detta snusare (slutat för mer än 6 månader sedan)
- (0) aldrig-snusare.

Andra former av rökverk kan omräknas. Ett paket pipetobak motsvarar till exempel 50 cigaretter.

Diagnos F17

För att ytterligare poängtera tobaksbrukets betydelse rekommenderas att diagnos F17 används för nikotinberoende rökare och snusare. Läs mer i bilaga 2.

Riktade insatser mot utvalda patientgrupper

Att utnyttja datajournalens uppgifter om tobaksanvändning för att rikta insatser mot utvalda patientgrupper, exempelvis alla rökande diabetiker, kan vara ett effektivt sätt att få fler att sluta röka. I ett framgångsrikt exempel fick rökande diabetiker en personlig inbjudan av sin doktor till en rökavvänjningsgrupp (85). Mer än hälften av alla som fick inbjudan tackade ja. Efter 1,5 år var fortfarande 64 procent av dem som gått i rökavvänjningsgruppen rökfria. Metoden har senare prövats i en kontrollerad multicenterstudie på 17 vårdcentraler med goda resultat (86). På liknande sätt kan andra rökande patienter med gemensam diagnos (till exempel KOL eller hjärtinfarkt) få en inbjudan.

Arbetsprocess för denna skrift

Dokumentet är utarbetat av Statens folkhälsoinstitut i samarbete med Socialstyrelsen. Skriften har *Røykeavvenning i primærhelsetjenesten 2004* från Sosial- og helsedirektoratet i Norge som förebild (87). Till arbetet har knutits en styrgrupp bestående av personal från Statens folkhälsoinstitut och Socialstyrelsen samt en arbetsgrupp. Flera referensgrupper representerande organisationer och praktiker har tillfrågats om synpunkter.

Personer som har varit involverade i arbetet

Styrgrupp

Barbro Holm Ivarsson, leg. psykolog, utredare, Statens folkhälsoinstitut (ordförande)
 Bengt Wennermark, utredare, Socialstyrelsen
 Hans Gilljam, läkare, Centrum för folkhälsa -tobaksprevention, Stockholms läns landsting
 Margaretha Haglund, tobakspolitisk expert, Statens folkhälsoinstitut

Arbetsgrupp

Barbro Holm Ivarsson, se ovan (redaktör)
 Hans Gilljam, se ovan
 Hans Lingfors, läkare, Habo vårdcentral och primärvårdens FOU-enhet, Jönköpings läns landsting
 Lena Lundh, sjuksköterska, Sjuksköterskor mot tobak

Referensgrupp Yrkesföreningar mot tobak

Psykologer mot tobak
 Läkare mot tobak
 Sjuksköterskor mot tobak
 Tandvård mot tobak.
 Farmaci mot tobak

Referensgrupp praktiker

Öppenvård:

Mai-Lis Hellenius, professor, Centrum för allmänmedicin, Stockholm
 Anders Lindman, läkare, primärvården Luleå (tidigare även knuten till Fammi)
 Per Neander, läkare, Örebro

Slutenvård:

Agneta Hjalmarson, leg. psykolog, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg
 Marianne Lång, sjuksköterska, Trollhättan

Tobakspreventiva enheter:

Göran Boëthius, läkare, tobakspreventiva enheten, Östersunds sjukhus
 Matz Larsson, läkare, tobakspreventiva enheten, Universitetssjukhuset Örebro

Referensgrupp organisationer

Apoteket AB
 Familjemedicinska institutet
 Sveriges Kommuner och Landsting
 Svensk förening för allmänmedicin
 Svenska läkaresällskapet
 Svensk sjuksköterskeförening

BILAGA 1.

Rökningsrelaterade skador

Få organsystem undgår att skadas av tobaksrökning. Tobaksbolagens målsättning har varit att skapa produkter som är lätta att inhalera och förstärker nikotinberoendet. Cigaretten är numera en mycket sofistikerad, högteknologisk produkt med uppemot 600 olika kända tillsatser. Bland tillsatserna återfinns till exempel ammoniak som ökar tillgängligheten för nikotin ("free-basing") och verkar accelererande på upptaget. När cigaretten tänds skapas en förbränning vid höga temperaturer som gör att cigaretten kan liknas vid en liten "kemisk fabrik". I tobaksröken har identifierats fler än 4 000 olika ämnen, varav fler än 50 är kända som cancerframkallande, och med det djupa halsblosset fås en snabb, hög och spridd exponering i kroppen. De så kallade light-cigaretterna avger lika mycket skadliga ämnen som andra cigaretter (88).

Hjärt-kärlsjukdomar

Rökningen hör till de största riskfaktorerna för hjärt-kärlsjukdomar, till exempel åderförkalkning (ateroskleros), cerebrovaskulär sjukdom (till exempel slaganfall), kransartärsjukdom (åderförkalkade kranskärl) och pulsåderbräck (aortaaneurysm). 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 (89). Risken för hjärtinfarkt hos rökare i allmänhet anses 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 antal rökta cigaretter per dag (90).

Cancer

I Sverige beräknas cirka 20 procent av alla cancerfall kunna kopplas till rökning (91). Cancer av rökning hör till de mer svårbehandlade. Vanliga former är cancer i munhåla (oral cancer), luftstrupe (larynxcancer), lunga, matstrupe (oesophagus), mage (ventrikelcancer), bukspottskörtel (pancreas), njure, urinblåsa, livmoderhals (cervixcancer) och blod (leukemi). Det finns ett samband mellan cancerrisken och antalet cigaretter man rökt, antalet år man varit rökare och åldern för rökdebuten.

Lungsjukdomar

Kronisk bronkit är en sjukdom som medför hosta och slembildning. Den utvecklas hos rökare ofta till en invalidiserande form med tilltagande andnöd på grund av utveckling av lungemfysem, som innebär en nedbrytning av lungvävnaden. 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. Undersökningar talar för att alla som röker tillräckligt mycket får KOL. Kliniskt betydelsefull KOL kan man se hos kanske 25 procent av alla rökare, medan cirka 50 procent av rökarna får påvisbara förändringar (92). Andra effekter på luftvägar och lungor är till exempel slembildning, pipande andning, hosta, allergiutveckling och lunginflammation.

Nervsjukdomar

För Alzheimers sjukdom tycks långvarig rökning vara en riskfaktor och flera studier visar att sjukdomen är dubbelt så vanlig hos rökare (93). Detta är för närvarande en viktigare lärdom än att Alzheimersjukas minne tillfälligt kan förbättras av nikotintillförsel. Multiinfarktdemens är vanligare hos rökare medan Parkinsons sjukdom tycks vara mindre vanlig i denna grupp (94).

Stress och humör

Generellt upplever rökare mer stress och negativa känslor än icke-rökare (95). 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 (96). Man röker i stressiga situationer och upplever att det tar bort stress och hjälper till att reglera dåligt humör. Men både förmågan hos cigaretter att lindra stress och dämpa negativa känslor verkar vara mer illusion än verklighet. Den lugnande effekt man upplever när man röker beror på lindring av nikotinabstinens snarare än en direkt påverkan på stress och negativa känslor (97). Rökningen lindrar alltså den stress och de negativa känslor den framkallat. Rökning är således i sig en stressfaktor. Den som slutar blir gradvis mindre stressad. Rökstopp innebär oftast också bättre sömn, som i sig leder till mindre stress (98). Att röka mycket i tonåren ökar risken att drabbas av ångestsjukdomar, särskilt panikångest (99).

Potens, fertilitet och graviditet

Rökning minskar fertiliteten hos både kvinnor och män (100, 101). Risken för impotens är dubbelt så stor för rökare (102).

Särskilt allvarlig är påverkan på fostret under graviditeten om modern röker, och det skapar problem som för tidig födsel, dödfödsel, lägre födelsevikt och plötslig spädbarnsdöd (103). Effekterna är tydliga under själva graviditeten men verkar också kunna orsaka senare problem som till exempel mindre lungkapacitet (104), ökad risk för uppmärksamhetsstörning (ADHD) (105) och även en ökad risk för barnet att få cancer senare i livet (106).

Operationskomplikationer

Rökstopp kan minska risken för komplikationer vid operationer, som hjärt-kärlkomplikationer och sårrelaterade komplikationer samt minska risken för en ny operation och minska den genomsnittliga vårdtiden efter operation. Rökstopp före elektiv knä- respektive höftplastik minskade antalet komplikationer betydligt i en dansk studie. Den totala frekvensen av komplikationer minskade från 52 till 18 procent, de sårrelaterade komplikationerna från 31 till 5 procent, hjärt-kärlkomplikationerna från 10 till 0 procent och risken för ny operation från 15 till 4 procent. Den genomsnittliga vårdtiden minskades med 2 dagar. Dessa resultat talar för att rökavvänjning före kirurgiska ingrepp kan vara en av de mest effektiva besparingsåtgärder som över huvud taget går att införa i sjukvården. I denna ”intention to treat”-studie blev cirka 50 procent rökfria före ingreppet jämfört med några få i kontrollgruppen (78).

Några övriga sjukdomar och tillstånd som har samband med rökning

- Nedsatt kondition
- Ryggbesvär
- Magkatarr och magsår
- Risken för skador på gula fläcken (maculadegeneration) – det vill säga den vanligaste orsaken till åldersblindhet – ökar med allt från 2,5 gånger till mer än 5 gånger beroende på rökningens intensitet (107, 108).
- Rökning ger 70 procents ökad risk för neurogen hörselnedsättning (109).
- Giftstruma med ögonkomplikationer (Grave's disease) är 2–3 gånger vanligare hos rökare (110).
- Ökad risk för benskörhet (osteoporos) som ofta leder till höftledsfraktur (111).
- Crohnpatienter som slutar röka har ett gynnsammare sjukdomsförlopp jämfört med dem som fortsätter (112).
- Rökare har 3–5 gånger ökad risk att drabbas av tandlossning (parodontit) (113).

Passiv rökning

Tobak som inhaleras (huvudrök) förbränns vid en högre temperatur än den som fyller rummet när cigarettens glöder (sidorök). Sidoröken är giftigare och innehåller en högre koncentration av partiklar, vilket gör den farligare än den rök som rökaren inhalerat och filtrerat i sina lungor och till sist blåser ut (114).

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, cancer i bihålorna) (115). Även kortvarig exponering kan hos till exempel hjärt-kärlsjuka ge allvarliga besvär (116).

Barn är särskilt utsatta för skador om de utsätts för passiv rökning. Sambandet mellan passiv rökning och sjukdom bör diskuteras vid möjliga relaterade besvär såsom astma, öroninflammation och bronkit (114).

BILAGA 2.

Nikotinberoendet

Nikotin är en drog som ger ett mycket starkt fysiskt och psykiskt beroende (24). Både nikotinberoende och nikotinabstinens räknas i dag som sjukdomar. I de internationella klassifikationssystemen för sjukdomar ICD 10 och DSM IV klassas tobaksberoende/nikotinberoende som ett beroendesyndrom orsakat av att en psykoaktiv substans (nikotin) sätter hjärnans belöningssystem ur balans, diagnos F17 (25, 26).

Via den inhaleerade röken når nikotinet snabbt blodbanan och inom 10 sekunder har den nått hjärnan (24). Nikotin är unikt på så sätt att det verkar både stimulerande och lugnande, i motsats till andra psykoaktiva substanser som huvudsakligen verkar antingen stimulerande eller dämpande på det centrala nervsystemet.

En övervägande andel av dem som röker blir fysiskt beroende (24). Nikotin stimulerar hjärnans belöningssystem. Det ger en känsla av välbehag och upprymdhet. Nikotinet utövar sin beroendeskaperande verkan i första hand genom bindning till kolinerga receptorer (nikotinreceptorer) och åtföljande frisättning av dopamin i hjärnan. Nikotinreceptorer finns både på nervterminalernas membran i nucleus accumbens i det mesolimbiska systemet och i dopaminproducerande neuroner i mellersta hjärnan som innerverar nucleus accumbens (117). Nikotinreceptorer finns också perifert i nervsystemet.

Definitioner av nikotinberoende och nikotinabstinens

I ICD-10 (26), ett internationellt klassifikationssystem för sjukdomar, faller tobaksberoende och nikotinabstinens under rubriken psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av tobak, sjukdomskod F 17.

DSM IV (25), ett internationellt klassifikationssystem för psykiska störningar, betecknar nikotinberoende som en sjukdom som orsakas av en psykoaktiv substans (substans- drogberoende).

Kriterierna för nikotinberoende enligt DSM IV

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

1. Tolerans, definierat som endera av följande:
 - a. Ett behov av påtagligt ökad mängd av substansen för att uppnå önskad effekt.
 - b. Påtagligt minskad effekt vid fortgående bruk av samma mängd av substansen.
2. Abstinens, vilket visar sig på något av följande sätt:
 - a. Abstinenssymtom som är karakteristiska för substansen.
 - b. Samma substans (eller liknande substans) intas i syfte att lindra eller undvika abstinenssymtom.
3. Substansen används ofta i större mängd eller under en längre period än vad som avsågs.
4. Det finns en varaktig önskan om eller misslyckade försök att begränsa eller kontrollera substansbruket.
5. Mycket tid ägnas åt att försöka få tag på substansen, nyttja substansen (till exempel kedjeröka) eller hämta sig från substansbrukets effekter.
6. Viktiga sociala aktiviteter, yrkes- eller fritidsaktiviteter överges eller minskas på grund av substansbruket.
7. Bruket av substansen fortgår trots vetskap om fysiska eller psykiska besvär som sannolikt orsakats av eller förvärrats av substansen.

Kriterierna för nikotinabstinens enligt DSM IV

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

- dysfori eller nedstämdhet
- sömnsvärigheter
- irritabilitet, frustration eller ilska oro koncentrationssvärigheter rastlöshet
- sänkt hjärtverksamhet
- ökad aptit eller viktökning.

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

Mätning av nikotinberoendet

Graden av exponering eller nikotinberoende kan uppskattas direkt genom att mäta nikotinets huvudmetabolit kotinin i urin, saliv eller blod, eller indirekt genom att använda Fagerströms beroendskala, se nedan. Beroendskalan är ett standardset med frågor för att bedöma graden av nikotinberoende (28). Mängden rökta cigaretter per dag och tiden från det att man vaknar till att man tar sin första cigarett på morgonen anses vara de viktigaste indikatorerna på graden av beroende. Testet bör betraktas som ett hjälpmedel, framför allt för att bedöma hur stor dos av nikotinläkemedel som patienten behöver (se bilaga 3). Är patienten mycket nikotinberoende är risken för abstinens och återfall större och patienten kan behöva mer stöd.

1. Hur lång tid efter uppvaknandet röker du dagens första cigarett?	
Inom 5 min	3 poäng
6–30 min	2 poäng
31–60 min	1 poäng
Efter 60 min	0 poäng
2. Har du svårt att låta bli att röka i situationer där rökning inte är tillåten, till exempel på bio eller flyget?	
Ja	1 poäng
Nej	0 poäng
3. Vilken cigarett är svårast att undvara?	
Morgonens första	1 poäng
En av de övriga	0 poäng
4. Hur många cigaretter röker du per dag?	
10 eller färre	0 poäng
11–20	1 poäng
21–30	2 poäng
30 eller fler	3 poäng
5. Röker du mer på morgonen än under resten av dygnet?	
Ja	1 poäng
Nej	0 poäng
6. Röker du även om du är så sjuk att du ligger till sängs större delen av dagen?	
Ja	1 poäng
Nej	0 poäng

Räkna ihop poängsumman:

7–10 poäng: Högt nikotinberoende.

4–6 poäng: Medelhögt nikotinberoende.

0–3 poäng: Lågt beroende.

BILAGA 3.

Information om läkemedel för tobaksavvänjning den 1 april 2007.

Kan användas som patientinformation.

Nikotinläkemedel

Nikotinläkemedlens syfte är att bryta nikotinberoendet stegvis genom att tillföra nikotin på ett annat sätt än genom cigaretter. Det lindrar abstinens hos de flesta medan man koncentrerar sig på att bryta vanan. Erfarenhet visar att nikotinläkemedel lindrar abstinens och ökar möjligheten att lyckas även för snusare. Dock saknas indikation i FASS för läkemedelsanvändning vid snusavvänjning. Nikotinläkemedel köps i dag på apotek och personalen där kan ge råd. Nikotinläkemedel kan köpas utan recept (utom nässprayen) och ingår inte i systemet för läkemedelsförmåner. Nikotinläkemedel har 18-årsgräns. Gravida och ammande kvinnor bör i första hand försöka sluta utan läkemedel och konsultera läkare eller barnmorska för rådgivning.

Man bör använda nikotinläkemedel i första hand när man har slutat, inte samtidigt som man röker, men man kan också använda nikotinläkemedel för att röka mindre. Rökreduktion är registrerad som indikation för behandling med nikotintuggummi och inhalator.

Nikotinplåster ger en jämn tillförsel av nikotin, vilket minskar risken för plötsliga abstinensattack-er. Tuggummit, tablettorna, inhalatorn och nässprayen bör man använda regelbundet, till exempel en gång i timmen. De har den fördelen att man kan ta en extrados vid behov och att de på olika sätt sys-selsätter personen. Kombinationer med plåster som en basbehandling och tuggummi, inhalator eller tablett som extra förstärkning kan vara till hjälp om det blir riktigt svårt, särskilt för dem som rökt eller snusat i stora mängder.

Det är viktigt att följa instruktionen i förpackningen när det gäller dos, användningstid och ned-trappning. För att veta vilken dos man ska ta kan man behöva mäta beroendet.

Tuggummi

Styrkor: 2 respektive 4 mg, flera olika smaker.

Fabrikat: Nicorette, Nicotinell och Nikotugg.

Rekommenderad dos:

2 mg tuggummi 8–12 gånger per dag vid lågt beroende

4 mg tuggummi 8–12 gånger per dag vid högt beroende.

Rekommenderad tid:

Individuellt, normalt minst 3 månader, därefter nedtrappning. Inte längre än 1 år.

Det är mycket viktigt att tugga enligt instruktionen. Tugga långsamt, långsamt tills du känner en stark smak, låt vila i munnen, tugga långsamt en stund, låt vila och så vidare. Om man tuggar som man gör med ett vanligt tuggummi frisätts nikotinet för snabbt, vilket både påverkar tuggummits effekt negativt och ökar risken för problem med hicka och halsbränna.

Plåster

Fabrikat och styrkor:

Nicorette: 16-timmarsplåster, 15 mg, 10 mg, 5 mg

Nicotinell: 24-timmarsplåster, 21 mg, 14 mg, 7 mg

NiQuitin Clear: 24-timmarsplåster, 21 mg, 14 mg, 7 mg

Rekommenderad tid:

Individuellt, normalt maximalt 3 månader inklusive nedtrappning. Olika för olika fabrikat. Följ anvisningarna i förpackningen när det gäller nedtrappning.

Apoteket kan ge råd om typ och styrka. Placera plåstret på ett nytt ställe varje dag för att undvika hudirritation.

Microtab

Styrka: 2 mg/tablett.

Fabrikat: Nicorette.

Rekommenderad dos:

1 tablett 8–12 gånger per dag vid lågt beroende.

2 tablett 8–12 gånger per dag vid högt beroende.

Rekommenderad tid:

Individuellt, normalt minst 2–3 månader, därefter nedtrappning. Inte längre än 6 månader.

En liten, diskret resoriblett (liten tablett) som ska smälta under tungan. En tablett ger samma effekt som ett 2-mg-tuggummi. Man kan ta två tabletter samtidigt om det behövs. Tabletten smälter på 20–30 minuter.

Sugtablett

Styrka: 1 mg, 2 mg, 4 mg/tablett.

Fabrikat: Nicotinell, NiQuitin.

Nicotinell:

Rekommenderad dos:

1 mg tablett 8–12 gånger per dag vid lågt beroende.

2 mg tablett 8–12 gånger per dag vid högt beroende.

Rekommenderad tid:

Individuellt, normalt minst 3 månader därefter nedtrappning. Inte längre än 6 månader.

NiQuitin:

Rekommenderad dos:

2 mg varje–varannan timme vid lågt beroende

4 mg varje–varannan timme vid högt beroende

Rekommenderad tid:

6 veckor, därefter nedtrappning. Totalt 12 veckor.

Sugtabletten är en större tablett som man suger på som en vanlig karamell. Man suger tills smaken känns ordentligt, sedan ska tabletten vila en stund mellan kind och tandkött. Tabletten räcker cirka 30 minuter.

Inhalator

Styrka: 10 mg/nikotinplugg

Fabrikat: Nicorette

Rekommenderad dos:

4–12 nikotinpluggar per dag. Genomsnittsdos: sex pluggar per dag.

Rekommenderad tid:

Individuellt, normalt minst 3 månader, därefter nedtrappning. Inte längre än 6 månader.

Inhalatorn kombinerar vanan att ha något mellan fingrarna med den att dra in nikotin i munnen. Den består av ett cigarettliknande munstycke som laddas med en nikotinplugg. En nikotinplugg räcker till 20 minuters puffande och kan i styrka jämföras med ett 2 mg-tuggummi.

Nässpray

Styrka: 0,5 mg/dos

Fabrikat: Nicorette

Rekommenderad dos:

1–2, högst 3 doser i timmen i vardera näsborren.

Rekommenderad tid:

Individuellt, normalt 3 månader, därefter nedtrappning under 6–8 veckor. Inte längre än 6 månader.

Nässprayen är receptbelagd men inte rabatterad. Den ger en ganska stark, snabb effekt och är lämplig för storrökare och snusare. Kan ge stark lokal irritation i näsan.

BILAGA 4.

Information om läkemedel för rökavvänjning den 1 april 2007.

Kan användas som patientinformation.

Läkemedel utan nikotin: Bupropion

Det finns två olika preparat utan nikotin för att sluta röka. Ett innehåller i stället den verksamma substansen bupropion. Det andra innehåller vareniklin (Champix).

Bupropion minskar abstinensbesvär vid rökstopp och ökar chansen att lyckas.

Fabrikat: Zyban

Bupropion är ett receptbelagt läkemedel som ingår i systemet för läkemedelsförmåner. Det måste förskrivas av läkare och ges tillsammans med motiverande stöd. Bupropion är ett andrahandsmedel för rökavvänjning. Bupropion kan vara lämpligt för rökavvänjning hos nikotinberoende rökare som inte lyckats bli rökfria trots användning av nikotinläkemedel.

Rekommenderad dos:

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

Behandlingstid: 7–9 veckor.

Behandlingen inleds innan man slutar röka. Patienten och läkaren kommer överens om ett datum för rökstopp, som bör ligga inom andra behandlingsveckan. Då har läkemedlet uppnått verksam koncentration i kroppen.

Vanliga biverkningar:

Muntorrhet, sömnsvårigheter, hudutslag, huvudvärk och yrsel.

Vid sömnsvårigheter kan det vara en fördel att ta ”eftermiddagstabletten” tidigare – men bara under förutsättning att det är minst 8 timmar mellan doserna.

Bupropion ska inte användas av:

Personer med benägenhet att få krampanfall eller av personer med manodepressiv sjukdom. Inte heller av gravida eller ungdomar under 18 år.

Interaktioner:

Använd inte nikotinläkemedel samtidigt med bupropion utan att rådgöra med läkare (risk för blodtrycksstegring). Interaktioner med andra läkemedel förekommer. Läs mer i FASS.

BILAGA 5.

Information om läkemedel för avvänjning den 1 april 2007.

Kan användas som patientinformation.

Läkemedel utan nikotin: Vareniklin

Det finns två olika preparat utan nikotin för att sluta röka. Ett innehåller i stället den verksamma substansen vareniklin. Det andra innehåller bupropion (Zyban).

Vareniklin minskar abstinensbesvär vid rökstopp och ökar chansen att lyckas.

Fabrikat: Champix

Vareniklin är ett receptbelagt läkemedel som ingår i systemet för läkemedelsförmåner. Det måste förskrivas av läkare och ges tillsammans med motiverande stöd. Vareniklin är ett andrahandsmedel för rökavvänjning. Vareniklin kan vara lämpligt för rökavvänjning hos nikotinberoende rökare som inte lyckats bli rökfria trots hjälp av nikotinläkemedel.

Rekommenderad dos:

1 mg vareniklin två gånger dagligen efter en veckas upptrappning enligt följande:

Dag	Dos
Dag 1–3	0,5 mg en gång dagligen
Dag 4–7	0,5 mg två gånger dagligen
Dag 8–behandlingens slut	1 mg två gånger dagligen

Behandlingstid:

Patienten ska behandlas med Champix i 12 veckor.

Patienten bör bestämma ett sluta-röka-datum. Behandlingen med Champix ska starta 1–2 veckor före detta datum.

Vanliga biverkningar: Den vanligaste biverkan är milt till måttligt illamående som oftast är övergående vid fortsatt behandling. Andra vanliga biverkningar är huvudvärk och sömnstörningar.

Vareniklin ska inte användas av gravida eller ungdomar under 18 år.

Det finns inga kända kontraindikationer eller interaktioner med andra läkemedel, men erfarenheten är begränsad eftersom preparatet är så nytt.

BILAGA 6.

Exempel på väntrumsenkät (84)



Namn:
 Personnummer:
 Adress:
 Telefonnummer:

Datum:

Vårdcentral:

Enkät om rökvanor

Att använda tobak, framför allt att röka, ökar risken för många sjukdomar. Att sluta röka är den bästa investeringen en rökare kan göra, för sin framtida hälsa.

På vår vårdcentral har vi en utbildad tobaksavvänjare som erbjuder stöd och hjälp till de som vill bli rökfria.

För att vi ska nå rätt personer ber vi dig fylla i denna enkät. Det gäller även dig som inte är rökare, eller inte är motiverad att sluta röka just nu.

Det är bra om du svarar på följande frågor i väntrummet och lämnar enkäten till den du ska träffa på hälsocentralen (läkare, sjuksköterska, barnmorska, sjukgymnast, arbetsterapeut etc.)

1 Röker du? Ja ☐ Nej ☐

2 Om du röker - hur mycket? Antal:cigaretter/dag
 Antal:paket rulltobak/vecka

3 Hur motiverad är du av att sluta röka på en skala 1-10?

(1 innebär att du är helt ointresserad och 10 att du är beredd att sluta inom de närmaste 2 veckorna). Sätt ett kryss i den ruta som passar bäst för dig!

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Vill ej sluta

osäker

beredd att sluta

4 Vad tror du om dina möjligheter att kunna sluta röka?

(1 innebär att du har små möjligheter att sluta just nu och 10 att du har stora möjligheter att lyckas sluta.) Sätt ett kryss i den ruta som passar bäst för dig!

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Små

stora

Fylls i av vårdpersonal!

Vill ha remiss: Ja ☐ Nej ☐

Referenser

1. Nationella folkhälsoenkäten. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2006. Kan laddas ner på www.fhi.se.
2. Tobaksvanor bland gravida och spädbarnsföräldrar. Stockholm: Socialstyrelsen; 2003.
3. Holm Ivarsson B. Tobaksfritt Landsting på agendan. En uppföljning av det tobakspreventiva arbetet i landsting/regioner 2006. Rapport. Statens folkhälsoinstitut. Kan laddas ner på www.fhi.se.
4. Tobak och avvänjning. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2004. Rapport R 2004:29. Kan laddas ned på www.fhi.se.
5. Helgason AR, Lund KE. General practitioners' perceived barriers to smoking cessation-results from four Nordic countries. *Scand J Public Health* 2002; 30(2):141–147.
6. Mjörnheim J, Fagerström KO, Hermanson J, Raak R. Rökarna som kommer till vårdcentralerna vill sluta röka och dessutom få hjälp. Poster på Svenska läkaresällskapets riksstämma; 2003.
7. Andréasson S, Graffman K. Alkoholprevention i primärvården. Patienterna positiva till att frågor om alkohol och livsstil tas upp. *Läkartidningen* 2002;99:4252–5.
8. Metoder för rökavvänjning. SBU. Rapport 138. Stockholm; 1998.
9. Cochrane: Hämtat 2007-04 från http://www.update-software.com/search/search.asp?zoom_query=Smoking+cessation.
10. Nice: Hämtat 2007-04 från <http://www.nice.org.uk/guidancesearch.aspx?o=GuidanceFinder&ss=Smoking+Cessation>.
11. Bjugård I. Tobaksfritt Landsting – det breda perspektivet. En uppföljning av det tobakspreventiva arbetet i landsting/regioner 2002. Statens folkhälsoinstitut; 2003. Rapport 2003:6. Kan laddas ner på www.fhi.se.
12. Bjugård I. Med fokus på Tobaksfritt Landsting. En uppföljning av det tobakspreventiva arbetet i landsting/regioner 2005. Statens folkhälsoinstitut; 2005. Rapport A 2005:11. Kan laddas ner på www.fhi.se.
13. The Health Consequences of Smoking. A Report by the Surgeon General of the USA 2004. http://www.cdc.gov/tobacco/sgr/sgr_2004/chapters.htm.
14. Brønnum-Hansen H, Juel K. Abstention 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.
15. Sullivan LW. The health benefits of smoking cessation. A report of the Surgeon General. 1990. US Dept of Health and Human Services.
16. Wilhelmsen L, Rosengren A. Stor risk även i ”måttlighetsgrupperna”. *Läkartidningen* 2002; 99:4966–73.
17. Godtfredsen 2006). Godtfredsen NS, Prescott E, Vestbo J, Osler M. Smoking reduction and biomarkers in two longitudinal studies. *Addiction*. 2006 Oct;101(10):1516–22.
18. Tverdal A, Bjartveit K. Health consequences of reduced daily cigarette consumption. *Tobacco Control* 2006;15:472–480.
19. North D, Barham P, Glasgow H, Glover M, Mac Lean D, Taylor S. Guidelines for Smoking Cessation. National Health Committee, 2002.
20. Lightwood JM, Glantz SA. Short-term economic and health benefits of smoking cessation: myocardial infarction and stroke. *Circulation*. 1997 Aug 19;96(4):1089–96.
21. Cnattingius S, Galanti R, Grafström R, Hergens M, Lambe M, Nyrén O, et al. Hälsorisker med svenskt snus. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2005. Rapport A 2005:15.
22. Norberg M, Stenlund H, Lindahl B, Boman K, Weinehall L. Contribution of Swedish moist snuff to the metabolic syndrome: a wolf in sheep's clothing? *Scand J Public Health*. 2006;34(6): 576–83)
23. Lua J, Ye W, Zendejdel K, Adami J, Adami H-O, Boffetta P, Nyrén O. Oral use of Swedish moist snuff (snus) and risk for cancer of the mouth, lung and pancreas in male construction workers: a retrospective cohort study. *The Lancet online* May 10, 2007.

24. US Dept of Health and Human Services. The Health Consequences of smoking, nicotine addiction. A report of the Surgeon General. 88–8406. 1988. US Dept of Health and Human Services.
25. Diagnostic and statistic manual of mental disorders, DSM-IV. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994. Svensk översättning: MINI-D IV. Diagnostiska kriterier enligt DSM-IV-TR. Danderyd: Pilgrim Press; 2002.
26. Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem 1997. Svensk version av International Statistical Classification of Diseases and related Health Problems, ICD-10. 10th Revision. Socialstyrelsen; 1997.
27. Nicotine addiction in Britain. Tobacco Advisory Group of the Royal College of Physicians. London: Royal College of Physicians of London; 2000. <http://www.rcplondon.ac.uk/pubs/books/nicotine/index.htm>
28. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerstrom KO. The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *Br J Addict* 1991; 86(9):1119–1127.
29. Hälso- och sjukvårdslag (SFS 1982:763).
30. Fiore MC, Bailey W, Cohen SJ. Treating tobacco use and dependence. Clinical practice guideline. 2000. Rockville, U.S. Department of Health and Human Services. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/bv.fcgi?rid=hstat2.chapter.7644>
31. Tobacco Use: Prevention, Cessation, and Control. RTI International?University of North Carolina Research Triangle Park, North Carolina. Prepared for: Agency for Healthcare Research and Quality U.S. Department of Health and Human Services. Evidence Report/Technology Assessment. Number 140. AHRQ Publication No. 06-E015. June 2006.
32. Rollnick, S, Mason, P & Butler, C. Health Behaviour Change. A guide for practitioners. 1999. Churchill Livingstone.
33. Holm Ivarsson B. Det Motiverande Samtalet om Tobaksvanor. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2003. Rapport 2003:40.
34. Hettema J, Steele J & Miller WR. Motivational Interviewing. *Annu.Rev.Clin.Psychol.* 2005(1):91–111.
35. Hämtat 2006-01 från sammanställningar av forskning på <http://www.motivationalinterview.org/>.
36. Soria R, Legido A, Escolano C, Lopez Yeste A, Montoya J. A randomised controlled trial of motivational interviewing for smoking cessation. *Br J Gen Pract.* 2006 Oct;56(531):768–74
37. Borrelli B, Novak S, Hecht J, Emmons K, Papandonatos G, Abrams D. Home health care nurses as a new channel for smoking cessation treatment: outcomes from project CARES (Community-nurse Assisted Research and Education on Smoking). *Prev Med.* 2005 Nov-Dec;41(5-6):815–21.
38. Helgason AR, Tomson T, Lund KE, Galanti R, Ahnve S, Gilljam H. Factors related to abstinence in a telephone helpline for smoking cessation. *Eur J Public Health.* 2004 Sep;14(3):306–10.
39. Lancaster T, Stead L. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2004 Oct 18;(4):CD000165.
40. Thorogood M, Hillsdon M, Summerbell C. Changing behaviour. *Clinical Evidence.* *BMJ*, 2003; 72–94.
41. Abbot NC, Stead LF, White AR, Barnes J, Ernst E. Hypnotherapy for smoking cessation. Review. *Cochrane Database Syst Rev* 2000;(2):CD001008.
42. White AR, Rampes H, Ernst E. Acupuncture for smoking cessation.[update of *Cochrane Database Syst Rev.* 2000;(2):CD000009; PMID: 10796466]. Review. *Cochrane Database Syst Rev* 2002;(2):CD000009.
43. Stead LF Lancaster T Group behaviour therapy programmes for smoking cessation (review) *The Cochrane Library* 2005, issue 1.
44. Hjalmarson A. Smoking cessation. Evaluation of supportive strategies with special reference to nicotine replacement therapy. Dissertation. Göteborg: Dept of Internal Medicine, Sahlgrenska Hospital; 1996.
45. Galanti MR, Holm Ivarsson B, Helgason AR, Gilljam H. Smoking cessation: Gender on the agenda. *Drugs: education, prevention and policy* 2002;Vol 9(1):71–84.
46. Hoffman EH, Blackburn C, Cullari S. Brief residential treatment for nicotine addiction: a five-year follow-up study. *Psychol Rep* 2001;89:99–105.

47. Hughes JR. Tobacco withdrawal in self-quitters. *J Consult Clin Psychol* 1992; 60(5):689–697.
48. Janzon E, Hedblad B, Berglund G, Engstrom G. Changes in blood pressure and body weight following smoking cessation in women. *J Intern Med*. 2004 Feb;255(2):266–72.
49. O'Hara P, Connett JE, Lee WW, Nides M, Murray R, Wise R. Early and late weight gain following smoking cessation in the lung health study. *Am J Epidemiol* 1998;148:821–30.
50. Ussher M. Exercise interventions for smoking cessation. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005.
51. Marcus BH, Albrecht AE, King TK, Parisi AF, Pinto BM, Roberts M, et al. The efficacy of exercise as an aid for smoking cessation in women: A randomised controlled trial. *Archives of Internal Medicine* 1999;159:1229–
52. Läkemedelsverkets läkemedelsmonografi Zyban 29 maj 2000.
53. Läkemedelsverkets läkemedelsmonografi Champix 18 oktober 2006.
54. West R, McNeill A, Raw M. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. *Health Education Authority. Thorax* 2000; 55(12):987–999.
55. Blondal T, Gudmundsson LJ, Olafsdottir I, Gustavsson G, Westin A. Nicotine nasal spray with nicotine patch for smoking cessation: randomised trial with six year follow up. *BMJ* 1999; 318:285–9. [MedLine: 1999122875].
56. Bohadana A, Nilsson F, Rasmussen T, Martinet Y. Nicotine inhaler and nicotine patch as a combination therapy for smoking cessation - A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Archives of Internal Medicine* 2000;160:3128–34. [MedLine: 20529086].
57. Croghan GA, Sloan JA, Croghan IT, Novotny P, Hurt RD, DeKrey WL, et al. Comparison of nicotine patch alone versus nicotine nasal spray alone versus a combination for treating smokers: A minimal intervention, randomized multicenter trial in a nonspecialized setting. *Nicotine & Tobacco Research* 2003;5(2):181–7.
58. Puska P, Bjorkqvist S, Koskela K. Nicotine-containing chewing gum in smoking cessation: a double blind trial with half year follow-up. *Addictive Behaviors* 1979;4:141–6. [MedLine: 79252470].
59. Tonnesen P, Mikkelsen KL. Smoking cessation with four nicotine replacement regimes in a lung clinic. *European Respiratory Journal* 2000;16:717–22.
60. Kornitzer M, Boutsen M, Dramaix M, Thijs J, Gustavsson G. Combined use of nicotine patch and gum in smoking cessation: a placebo-controlled clinical trial. *Preventive Medicine* 1995; 24:41–7. [MedLine: 95258472].
61. Guidance on the use of nicotine replacement therapy (NRT) and bupropion for smoking cessation. 2002; National Institute for Clinical Excellence. <http://www.nice.org.uk/>.
62. Schmølker L. En litteraturgennemgang af undersøgelser af langtidsbrug af Nikotinsubstitution. A Review of the evidence for long-term use of Nicotine Replacement Therapy (NRT). Det sundhedsvidenskabelige fakultet. Københavns Universitet. 2005.
63. Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 4. Art. No.: CD000031. DOI: 10.1002/14651858.CD000031.pub2.
64. Ascher JA, Cole JO, Colin JN, Feighner JP, Ferris RM, Fibiger HC, Golden RN, Martin P, Potter WZ, Richelson E, et al. Bupropion: a review of its mechanism of antidepressant activity, *J Clin Psychiatry* 56 (1995) (9), pp. 395–401.
65. Gonzales D, Rennard SI, Nides M, Oncken C, Azoulay S, Billing CB, Watsky EJ, Gong J, Williams KE, Reeves KR; Varenicline Phase 3 Study Group. Varenicline, an alpha4beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation: a randomized controlled trial. *JAMA* 2006;296 (1):47–55.
66. Jorenby DE, Hays JT, Rigotti NA, Azoulay S, Watsky EJ, Williams KE, Billing CB, Gong J, Reeves KR; Varenicline Phase 3 Study Group. Efficacy of varenicline, an alpha4beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs placebo or sustained-release bupropion for smoking cessation: a randomized controlled trial. *JAMA* 2006;296 (1):56–63.
67. Wickholm S. Att snusa – ett omdebatterat tobaksbruk. Rapport nr 5. Stockholm: Centrum för tobaksprevention; 2003.

68. Gilljam H., Rankka M. & Langworth S. Smokeless tobacco cessation with NRT: A feasibility study. Stockholm. Tobaksprevention. Centrum för folkhälsa. Karolinska Institutet. Abstract SRNT meeting in Europe 2003.
69. Nationella Folkhälsoenkäten. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2005. Kan laddas ner på www.fhi.se.
70. Dybing E, Sanner T. Passive smoking, sudden infant death syndrome (SIDS) and childhood infections. *Hum Exp Toxicol* 1999; 18(4):202–205.
71. Andres RL, Day MC. Perinatal complications associated with maternal tobacco use. *Semin Neonatol* 2000; 5(3):231–241.
72. Nattie E, Kinney H. Nicotine, serotonin, and sudden infant death syndrome. *Am J Respiratory and Critical Care Medicine* 2002; Vol 166(12):1530–1.
73. Rekommendationer från Läkemedelsverket hämtade 060404 från http://www.lakemedelsverket.se/Tpl/NewsPage____2478.aspx.
74. The American Academy of Pediatrics Committee on Drugs. Transfer of drugs and other chemicals into human milk. [Review] [392 refs]. *Pediatrics* 2001; 108(3):776–789.
75. Strachan DP, Cook DG. Health effects of passive smoking. 6. Parental smoking and childhood asthma: longitudinal and case-control studies. *Thorax* 1998; 53(3):204–212.
76. Cook DG, Strachan DP. Health effects of passive smoking-10: Summary of effects of parental smoking on the respiratory health of children and implications for research. [Review] [62 refs]. *Thorax* 1999; 54(4):357–366.
77. van Berkel TF, Boersma H, Roos-Hesselink JW, Erdman RA, Simoons ML. Impact of smoking cessation and smoking interventions in patients with coronary heart disease. [Review] [61 refs]. *Eur Heart J* 1999; 20(24):1773–1782.
78. Moller AM, Villebro N, Pedersen T, Tonnesen H. Effect of preoperative smoking intervention on postoperative complications: a randomised clinical trial.[comment]. *Lancet* 2002; 359(9301): 114–117.
79. Tobaksavvänjning för psykiskt sjuka. Rekommendationer från Psykologer mot tobak i samarbete med Läkare mot tobak, Sjuksköterskor mot tobak och Farmaci mot tobak. 2005; Yrkesföreningar mot tobak. Kan laddas ner på www.tobaksfakta.org.
80. Ziedonis DM, Williams JM. Management of Smoking in People With Psychiatric Disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2003; 16(3):305–315.
81. McNeill, A. Smoking and mental health – a review of the literature. SmokeFree London Programme. 2001. <http://www.smokefreelondon.com>.
82. Dalack, GW, & Meador-Woodruff, JH. Smoking, smoking withdrawal and schizophrenia: case reports and a review of the literature. *Schizophrenia Research* 1996;22:133–141.
83. Sanchez del Mazo S. Youth Smoking Cessation – what can we do? Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2005. Kan laddas ner på www.fhi.se.
84. Lindström U, Persson L-G. Rökavvänjning på remiss, RöR. Landstinget i Jönköpings län. Rapport. 2005. Kan laddas ner på http://www.fhi.se/templates/Page____6327.aspx.
85. Persson LG, Lindström K, Lingfors H. Quality improvement in primary health care using computerised journal, exemplified by a smoking cessation programme for diabetic patients. *Scand J Prim Health Care* 2000;18:252–3.
86. Persson LG, Hjalmarson A. Smoking cessation in patients with diabetes mellitus: results from a controlled study of an intervention programme in primary healthcare in Sweden. *Scand J Prim Health Care*. 2006 Jun;24(2):75–80.
87. Røykeavvenning i primærhelsetjenesten 2004. Oslo. Sosial- og helsedirektoratet. 2004.
88. Kozlowski LT, O'Connor RJ. Cigarette filter ventilation is a defective design because of misleading taste, bigger puffs, and blocked vents. *Tob Control*. 2002 Mar;11 Suppl 1:I40–50.
89. Parish S, Collins R, Peto R, et al. Cigarette smoking, tar yields and non-fatal myocardial infarction: 14 000 UK cases and 32 000 controls. *BMJ* 1995; 311: 471–77.
90. Teo KK, Ounpuu S, Hawken S, Pandey MR, Valentin V, Hunt D, Diaz R, Rashed W, Freeman R, Jiang L, Zhang X, Yusuf S; INTERHEART Study Investigators. 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.

91. Cancer i siffror 2005. Populärvetenskapliga fakta om cancer. Stockholm: Cancerfonden och EpC/Socialstyrelsen.
92. Lindberg A, Bjerg-Backlund A, Ronmark E, Larsson LG, Lundback B. Prevalence and under-diagnosis of COPD by disease severity and the attributable fraction of smoking Report from the Obstructive Lung Disease in Northern Sweden Studies. *Respir Med.* 2006 Feb;100(2):264–272. Epub 2005 Jun 21.
93. Luchsinger JA, Reitz C, Honig LS, Tang MX, Shea S, Mayeux R. Aggregation of vascular risk factors and risk of incident Alzheimer disease. *Neurology.* 2005 Aug 23;65(4):545–51.
94. Wirdefeldt K, Gatz M, Pawitan Y, Pedersen NL. Risk and protective factors for Parkinson's disease: a study in Swedish twins. *Ann Neurol.* 2005 Jan;57(1):27–33.
95. Jorm AF, Rodgers B, Jacomb PA, Christensen H, Henderson S, Korten AE. Smoking and mental health: results from a community survey. *Med J Aust.* 1999 Jan 18;170(2):74–7.
96. Kassel JD, Stroud LR, Paronis CA. Smoking, stress, and negative affect: correlation, causation, and context across stages of smoking. *Psychol Bull.* 2003 Mar;129(2):270–304. Review.
97. Parrott AC. Nesbitt's Paradox resolved? Stress and arousal modulation during cigarette smoking. *Addiction.* 1998 Jan;93(1):27–39.
98. Wolter TD, Hauri PJ, Schroeder DR, Wisbey JA, Croghan IT, Offord KP, Dale LC, Hurt RD. Effects of 24-hr nicotine replacement on sleep and daytime activity during smoking cessation. *Prev Med.* 1996 Sep-Oct;25(5):601–10.
99. Upadhyaya HP, Deas D, Brady KT, Kruesi M. Cigarette smoking and psychiatric co-morbidity in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2002.
100. Bouyer J, Coste J, Shojaei T, Pouly JL, Fernandez H, Gerbaud L, Job-Spira N. 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.
101. Seltzer V. Smoking as a risk factor in the health of women. *Int J Gynaecol Obstet* 2003; 82(3):393–397.
102. Feldman HA, Johannes CB, Derby CA, Kleinman KP, Mohr BA, Araujo AB, McKinlay JB. Erectile dysfunction and coronary risk factors: prospective results from the Massachusetts male aging study. *Prev Med.* 2000 Apr;30(4):328–38.
103. Cornelius MD, Day NL. The effects of tobacco use during and after pregnancy on exposed children. *Alcohol Res Health.* 2000;24(4):242–9.
104. Cunningham J et al (1994) Maternal smoking during pregnancy as a predictor of lung function in children. *American Journal of Epidemiology* 139:1139–52.
105. Rodriguez A, Bohlin G. Are maternal smoking and stress during pregnancy related to ADHD symptoms in children? *J Child Psychol Psychiatry.* 2005 Mar;46(3):246–54.
106. Pettersson A, Kaijser M, Richiardi L, Askling J, Ekblom A, Akre O. Women smoking and testicular cancer: one epidemic causing another? *Int J Cancer.* 2004 May 10;109(6):941–4.
107. Khan JC, Thurlby DA, Shahid H, Clayton DG, Yates JR, Bradley M, Moore AT, Bird AC; 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.
108. Chakravarthy U, Augood C, Bentham GC, de Jong PT, Rahu M, Seland J, Soubrane G, Tomazzoli L, Topouzis F, Vingerling JR, Vioque J, Young IS, Fletcher AE. Cigarette Smoking and Age-Related Macular Degeneration in the EUREYE Study. *Ophthalmology.* 2007 Mar 3; [Epub ahead of print]
109. Cruickshanks KJ, Klein R, Klein BE, Wiley TL, Nondahl DM, Tweed TS. Cigarette smoking and hearing loss: the epidemiology of hearing loss study. *JAMA.* 1998 Jun 3;279(21):1715–9.
110. Holm IA, Manson JE, Michels KB, Alexander EK, Willett WC, Utiger RD. Smoking and other lifestyle factors and the risk of Graves' hyperthyroidism. *Arch Intern Med.* 2005 Jul 25;165(14):1606–11.
111. Osteoporos – prevention, diagnostik och behandling. SBU. Rapport nr 165/1, 165/2 2003. Stockholm; 2003.

112. Cosnes J, Beaugerie L, Carbonnel F, Gendre JP. Smoking cessation and the course of Crohn's disease: an intervention study. *Gastroenterology* 2001;120:1093–9.
113. Rökning och ohälsa i munnen. En evidensbaserad kunskapssammanställning. Rapport nr 157. SBU. Stockholm; 2002.
114. Andras rök och din hälsa. Forskningsrön om passiv rökning. Statens folkhälsoinstitut. Rapport 2001:16. Stockholm; 2001.
115. Protection from Second-hand tobacco smoke in Ontario: A review of evidence regarding best practices. The Ontario Tobacco Research Unit. May 2001. Se: www.otru.org/pdf/special/special_ets_eng.pdf.
116. Pechacek TF, Babb S (2004) How acute and reversible are the cardiovascular risks of second-hand smoke? *British Medical Journal* 328: 980–3.
117. Dybing E, Sanner T. Nikotinavhengighet – medisinsk-biologiske forhold. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2002; 122(3):302–305.

Tobaksbruket förblir en av de enskilt största hälsoriskerna i Sverige. Samtidigt vill de flesta vuxna rökare och nästan varannan snusare sluta. Men nikotinberoendet är starkt. Många både vill ha och behöver professionell hjälp. Rökavvänjning anses vara en av de mest kostnadseffektiva behandlingsmetoder som idag finns att tillgå inom hälso- och sjukvården. Det är viktigt att landstingen och regionerna kan erbjuda tobaksavvänjning till alla som behöver det.

Denna kunskapssammanställning är riktad till alla inom hälso- och sjukvården som i sitt arbete kan stödja patienter att sluta med tobak. Huvudfokus är primärvården. Den redovisar effektiva och väldokumenterade metoder för rökavvänjning som är lätta att lära sig och som kan anpassas till en tidspressad vardag. Snusavvänjning behandlas även i ett särskilt avsnitt.

Skriften beskriver hur man rent praktiskt kan strukturera, organisera och genomföra rådgivning och behandling av rökare och snusare. Den tar även upp tobaksrelaterade skador, nikotinberoende och läkemedel för avvänjning samt journalföring och praktiska råd för mottagningen.

Arbetet med kunskapssammanställningen har genomförts i samarbete med Socialstyrelsen.



**STATENS
FOLKHÄLSOINSTITUT**

Statens folkhälsoinstitut
Distributionstjänst
120 88 Stockholm

Fax 08-449 88 11
E-post fhi@strd.se
Internet www.fhi.se

Rapport 2007:16
ISBN 978-91-7257-526-4
ISSN 1651-8624