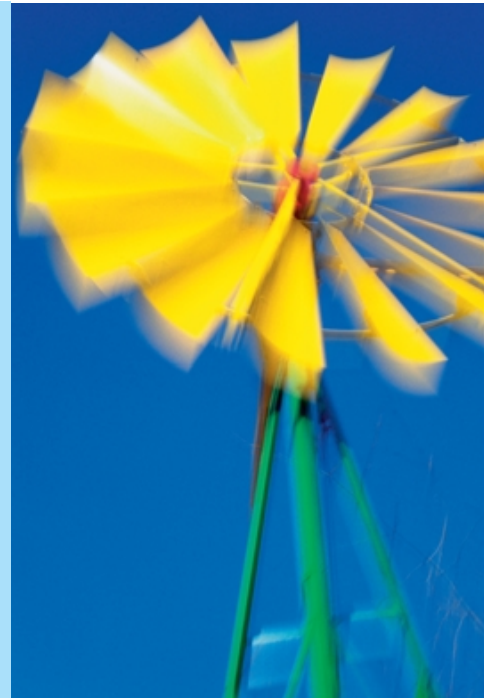




Tobaksavvänjning för psykiskt sjuka

Rekommendationer från Psykologer mot Tobak
i samarbete med Farmaci mot Tobak,
Läkare mot Tobak och Sjuksköterskor mot Tobak





Rökning är den största enskilda hälsorisken i världen idag...

... och därmed ett av WHO:s mest prioriterade områden. Cigaretten kan liknas vid en liten kemisk fabrik innehållande 4 000 kemiska ämnen, varav många är mycket farliga. Statistiskt förkortar rökning livet med upp till 10 år och ger upp till 20 gånger så hög risk att få ett 40-tal sjukdomar som kan sätta ner livskvaliteten allvarligt, däribland hjärt-, kärl- och lungsjukdomar och många olika cancerformer (1). Fjorton procent män och 19 procent kvinnor rökte i Sverige 2004 (2).

De viktigaste skälen för att vilja sluta röka är oro för hälsan och att vilja bli fri från beroendet, men ekonomin spelar också in. Att röka ett paket cigaretter om dagen kostar cirka 13 000 kronor om året. Att bli rökfri höjer välbefinnandet på många sätt. Rökningens skadeeffekter minskar redan från första dygnet. Man blir friskare, piggare, fräschare, lugnare och får bättre kondition.

Psykiskt sjuka

Data från USA och Storbritannien tyder på att andelen rökare är minst dubbelt så hög bland psykiskt sjuka, och högst bland patienter med schizofrena syndrom (3, 4). Rökning är samtidigt en klassfråga. Ju kortare utbildning och sämre socio-

ekonomiska förhållanden desto större risk att vara rökare. Man kan konstatera att det röks mest i den del av befolkningen som har svårast att hantera de sjukdomar och den dåliga ekonomi som ofta följer med rökningen. Dit hör de psykiskt sjuka.

Många psykiskt sjuka är storrökare och starkt nikotinberoende (3). En konsumtion på 2–3 paket per dag tycks inte vara ovanligt bland schizofrena, vilket skapar stora problem med hälsa och ekonomi. Den som lever på folkpensionsnivå kan därför röka upp stora delar av inkomsten. Det kan leda till nedprioritering av andra viktiga behov, t.ex. av mat, mediciner och kläder. På socialkontoret får klienten ofta svaret att sluta röka, vilket är mycket svårt för denna patientkategori utan kvalificerat stöd. Svåra tobaksrelaterade sjukdomar, t.ex. hjärt- och lungsjukdomar, har också visat sig vara mycket vanligare bland schizofrena (5).

SNUS

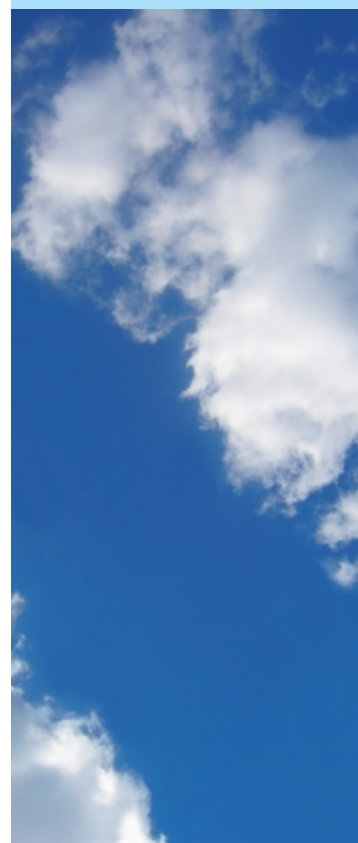
Omkring 22 procent svenska män och tre procent av kvinnorna snusade 2004 (2). En del rökare byter till snus i förhoppningen att det skall vara mindre farligt. Jämfört med rökningen är dokumentationen av snusningens långsiktiga verkningar mycket ofullständig. Indikationer finns dock på att snusning kan ge negativa effekter på hjärt-kärlsystem, ämnesomsättning och fosterutveckling. Senare tids forskning har också visat på ökad risk för cancer (6). Att snusa stressar hjärt-kärlsystemet. Pulsen går upp och blodtrycket höjs. Munhälsan tar skada. Snus innehåller höga halter nikotin och koncentrationen i blodet är jämförbar med rökarens. De vanligaste skälen att sluta snusa är att vilja bli fri från beroendet, en allmän stresskänsla samt att man upplevs som ofräsch. Att sluta snusa innebär en likartad process som vid rökstopp.

Psykiskt sjuka

Vi har idag ingen kunskap om hur vanlig snusning är bland psykiskt sjuka. En aktuell diskussion är om det är bättre att gå över till snus än att röka. Snus är inte en evidensbaserad rökavvänjningsmetod. För människor som har mycket svårt att sluta röka skulle detta dock i enskilda fall kunna vara ett alternativ, men då först sedan man prövat att sluta med hjälp av professionell rådgivning och stöd kombinerat med nikotinläkemedel/bupropion, se nedan.

NIKOTIN – ETT DROGBEROENDE

Nikotin – som finns i cigaretter och snus – är en drog som snabbt ger ett fysiologiskt och psykologiskt beroende. Styrkan i beroendet är jämförbart med heroinberoende. I DSM IV och ICD-10 (7, 8) klassificeras både nikotinberoende och nikotinabstinens som substansbetingad psykisk störning. Nikotinet förändrar hjärnans belöningssystem, varefter nikotin måste tillföras kontinuerligt för att rökaren (snusaren) skall vara i känslomässig balans och känna sig energifylld. Rökaren bestämmer nivån av nikotin i blodet genom antal rökta cigaretter och blossens antal och djup. Rökningen blir snabbt ett överinlärt beteende som betingas till både yttre miljöfaktorer och inre kroppsliga stimuli. Nikotinet ger en centralnervös effekt inom 7–10 sekunder från det att man inhalerar röken. Rökningen har både en stimulerande och en lugnande, ångstdämpande effekt framförallt genom att varje cigarett tar bort den abstinens som börjat sätta in sedan den förra röktes. Rökaren fortsätter att röka för att uppnå de positiva kortsiktiga effekterna av nikotinet ("kicken") och för att undvika de negativa (abstinensen). Cigaretter och snus verkar på ett likartat sätt i belöningssystemet.



Metoder för avvänjning

Rökningen i den vuxna befolkningen i Sverige har minskat mycket kraftigt under de senaste decennierna. Upp till 85 procent av rökarna vill sluta, och nästan varannan snusare (1). Vi har idag goda möjligheter att hjälpa rökare som vill sluta. Det finns många *rökavvänjningsmetoder*, men endast ett mindre antal har visat sig ha en påvisbar effekt, vilket bla redovisas i SBU-rapporten om rökavvänjning (9). Medan två till tre procent som slutar utan stöd är rökfria efter ett år kan man med professionellt stöd i kombination med läkemedel få upp till 30–40 procent rökfria.

Metoderna inriktas mot de två faktorer som håller fast rökaren i sitt beroende, nikotinberoendet och vanan. Ett mål är att lindra nikotinabstinensen, ett annat att avbeta de starka, närmast reflexmässiga sambandet mellan rökning och olika situationer och sinnesstämningar. För att bryta vanan har *stödande samtal/terapi* med beteendearikning visat sig fungera och sådana metoder är allmänt använda. Man behöver också samtalsstöd för att öka motivationen när den sviktar.

Nikotinläkemedel (tuggummi, plåster, inhalator, tablett, nässpray) lindrar röksuget och abstinensen och fördubb-

lar chansen att lyckas sluta röka (9). Viktigt är att inte underdosera läkemedlen. Ett antidepressivt medel *bupropion (Zyban)* som inte innehåller nikotin, är registrerat i Sverige för rökavvänjning. Liksom nikotinläkemedel motverkar bupropion abstinensen inklusive röksug. Enligt Läkeemedelsverket är nikotinläkemedel förstahandspreparat och bupropion andrahandspreparat för rökavvänjning.

Metoder där man har haft svårt att visa någon effekt är hypnos, akupunktur och aversiva metoder.

Erfarenheten visar att *snusavvänjning* bör gå till på samma sätt (1). Snusare får ofta kraftig nikotinabstinensen. Särskilt nikotinplåster kan rekommenderas snusare, eftersom plåstret ger kontinuerlig tillförsel av nikotin i likhet med snuset.

På sid 16–18 beskrivs läkemedlen och hur de används. Materialet kan samtidigt användas som patientinformation vid behov.

Psykiskt sjuka

Många psykiskt sjuka vill och försöker sluta röka, men det visar sig ofta mycket svårt att klara på egen hand. Stödande samtal/terapi med beteendearikning i kombination med läkemedel är den rekommenderade behandlingen. Psykiskt sjuka kan behöva intensivt och långvarigt psykologiskt stöd samt använda läkemedlen i större doser och längre tid än de tre månader som normalt rekommenderas (3,10).

Det finns en indikation på att nikotinläkemedel kan användas samtidigt som man röker för att minska konsumtionen. I brist på erfarenhet rekommenderar vi dock i första hand att nikotinläkemedel används först från dagen för tobaksstoppet.

Processen att sluta röka (snusa)

Att sluta röka (snusa) är en förändringsprocess som ofta tar lång tid och sker stegvis. De flesta är ambivalenta. Man är orolig för farorna och nackdelarna med tobaksbruket och uppskattar samtidigt det man upplever som positiva effekter. Så småningom ökar motivationen att sluta för de flesta. Att sluta röka (snusa) innebär att gå igenom en period på omkring en månad när man kan uppleva kraftigt ökad stress och nedsatt livskvalitet på grund av den stora omställningen och abstinensen. Omkring tre fjärdedelar av de som slutar upplever nikotinabstinens, som karaktäriseras av oro, rastlöshet, irritation, ilska, koncentrationssvårigheter, tankspriddhet, sömnstörningar, viktökning, tomhetskänslor samt nedstämdhet som ibland kan utvecklas till depression. Det gäller att ha tillräcklig motivation för att under lång tid aktivt arbeta för att inte återfalla innan det nya beteendet är fast integrerat. Det kan för många vara ett stort och energikrävande arbete att lära sig hantera livet utan cigaretter (snus). De flesta behöver många försök innan de blir tobaksfria för gott.

Psykiskt sjuka

Generellt är risken för svår abstinens och återfall större för psykiskt sjuka (11). Nikotinabstinensen kan bli svårare att uthärda bland annat på grund av att den ofta påminner om sjukdomssymtomen. Det kan samtidigt vara svårt att avgöra vad som är nikotinabstinens och vad som är ökning av sjukdomssymtom.

SÅ KAN STÖDET UTFORMAS

Nedan beskrivs en stadiorienterad modell som underlättar förståelsen av processen att gå från tanke till beslut, handling och genomförande och hur stödet kan utformas (12,13). Hur lång tid det tar att gå igenom stadierna är individuellt. Man kan pendla flera gånger fram och tillbaka mellan stadierna.

Stadium 1 – Ointresse/Ej beredd:

Rökaren (snusaren) ser inget problem med rökningen (snuset).

Samtalsfokus: stimulera tankar på möjliga vinster med tobaksstopp, diskutera tobaksbrukets konsekvenser.

Stadium 2 – Intresse/Osäker:

Rökaren (snusaren) har blivit medveten om problemet, väger fördelar mot nackdelar och är osäker.

Samtalsfokus: diskutera fördelar och nackdelar med att sluta, farhågor inför tobaksstopp och möjliga lösningar på det som oroar.

Stadium 3 – Förberedelse/Beredd:

Rökaren (snusaren) ser fler fördelar med att sluta än med att fortsätta och börjar tänka på/planera för att sluta.

Samtalsfokus: uppmuntra beslut att sätta stoppdatum, hjälp till att lägga upp en konkret plan för tobaksstopp, föreslå beteendeförändringar som t.ex. rökfria zoner, diskutera vad som kan hända vid tobaksstoppet och hur svårigheterna skall hanteras, föreslå nikotinläkemedel.

Stadium 4 – Handling:

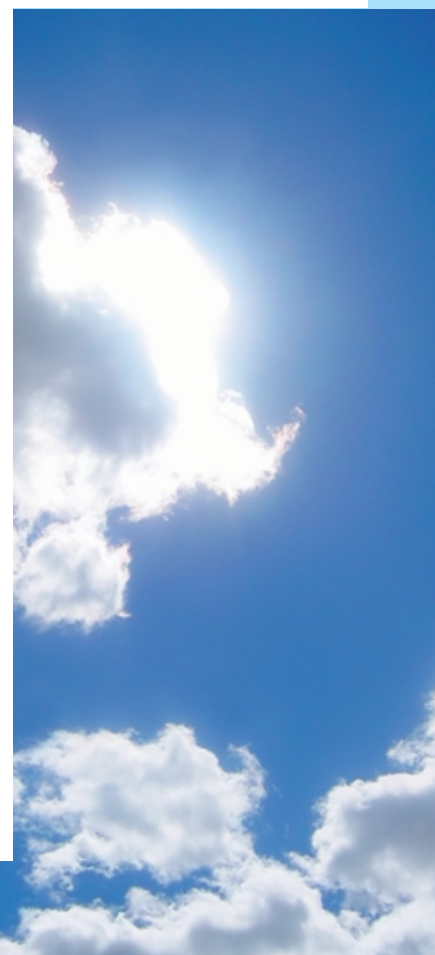
Aktiva försök att sluta. Problem med abstinens. Ofta bakslag och återfall.

Samtalsfokus: strategier för att lindra abstinensen, diskutera alternativa sätt att hantera känslor och situationer istället för att röka (snusa), definiera återfall som lärosituationer. Beröm även små framsteg!

Stadium 5 – Vidmakthållande:

Aktivt arbete för att fortsätta vara tobaksfri. Så småningom stabiliseras förändringen och det är naturligt att vara tobaksfri.

Samtalsfokus: diskussion om risk-situationer för återfall, lärdomar av eventuella bakslag/återfall, hjälp till att hålla kvar motivationen genom att ha fokus på fördelar med att vara tobaksfri och den nya identiteten som tobaksfri.



BEHANDLINGENS INTENSITET

Normalt rekommenderas minst ett par träffar före tobaksstoppet för att stärka motivationen, finna lösningar på hinder och lägga upp en plan för förberedelse och rökstopp. Efter tobaksstoppet ses man 1–2 gånger den första veckan och därefter 1 gång per vecka i cirka 3 veckor. Därefter glesar besöken ut. Det är viktigt med täta träffar direkt efter stoppdatumet eftersom den tiden är avgörande för hur det ska gå. Sammanlagt 7–12 träffar kan vara ett riktmärke både individuellt och i grupp. Idealiskt är att kunna skraddarsy intensiteten i behandlingen efter klientens behov. Det går att komplettera besöken med telefon- respektive e-postkontakt.

Psykiskt sjuka

Att vara psykiskt sjuk kan förlänga och komplicera processen att sluta röka (snusa) på olika sätt. Många psykiskt sjuka behöver täta träffar under en längre tid efter tobaksstoppet och noggrann övervakning av medicineringen (11). Det är värdefullt att involvera patientens kontaktperson i arbetet.

Att mäta motivationen

EN LÄMPLIG FRÅGA FÖR ATT MÄTA MOTIVATIONEN ÄR: HUR INTRESSERAD ÄR DU AV ATT SLUTA RÖKA (SNUSA) PÅ EN SKALA 0-10? (13)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<p><i>Stadium 1 (0–3)</i> <i>Ointresse/Ej beredd</i></p> <p>Rökaren (snusaren) ser inget problem med rökningen (snuset).</p> <p><i>Samtalsfokus:</i> stimulera tankar på möjliga vinster med tobaksstopp, diskutera rökningens (snusningens) konsekvenser.</p>			<p><i>Stadium 2 (4–7)</i> <i>Intresse/Osäker:</i></p> <p>Rökaren (snusaren) har blivit medveten om problemet, väger fördelar mot nackdelar och är osäker.</p> <p><i>Samtalsfokus:</i> diskutera fördelar och nackdelar med att sluta, farhågor inför rökstopp (snusstopp) och möjliga lösningar på det som oroar.</p>				<p><i>Stadium 3 (8–10)</i> <i>Förberedelse/Beredd:</i></p> <p>Rökaren (snusaren) ser fler fördelar med att sluta än med att fortsätta och börjar tänka på/planera för att sluta.</p> <p><i>Samtalsfokus:</i> uppmuntra beslut att sätta stoppdatum, hjälp till att lägga upp en konkret plan för tobaksstopp, föreslå beteendeförändringar som t.ex. rökfria zoner, diskutera vad som kan hända vid tobaksstoppet och hur svårigheterna skall hanteras, föreslå nikotinläkemedel.</p>			

Allmän tobaks- avvänjnings- metodik

FÖRBERED TOBAKSSTOPPET ORDENTLIGT GENOM ATT

- Sätta ett datum en bit fram i tiden (2–6 veckor) när man tänker sluta helt.
- Ändra vanor, prova att röka på andra tider och platser, byta cigarettmärke. Skapa gärna rökfria zoner, så att man under en tid före rökstoppet bara röker utomhus eller på en särskild rökplats. För snusare kan det vara bra att träna på att ta mindre prillor och vara tom under läppen ibland.
- Planera strategier för olika svåra situationer efter tobaksstoppet, exempelvis vad man skall göra vid abstinens och nikotinsug.

RÅD I SAMBAND MED SJÄLVA RÖK- ELLER SNUSSTOPPET

- Drink mer vatten än vanligt och åt regelbundet för att hålla blodsockerhalten jämn.
- Vid stoppdatumet är nikotinläkemedel i rekommenderad dos och tid ett mycket värdefullt hjälpmedel för att lindra abstinens och röksug hos dem som har svårt att sluta (minst 3 månader, men längre tid än 1–2 år kan ibland vara motiverat). Det går också att kombinera nikotinläkemedel så att man har plåster som en bas och kompletterar med inhalator, tuggummi, tablett eller nässpray vid behov. För att ge rätt råd om styrka behöver man mäta beroendet, se sid 16–17 Fakta om nikotinläkemedel.

- Bupropion (Zyban) minskar också abstinensbesvär och röksug vid rökstopp. Bupropion ges under en sju-veckors-period. Man börjar med bupropion medan man röker, och sätter ett rökstoppsdatum under andra veckan.

På sidan 11 hittar du litteratur som beskriver mer ingående hur en behandling kan läggas upp. Det mesta kan laddas ner kostnadsfritt från www.tobaksfakta.org under rubriken För professionella.

Psykiskt sjuka

Den som har en psykisk sjukdom behöver följa dessa råd särskilt noggrant. 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 tobaksavvänjare och kontaktperson – försöka att noggrant planera hur patienten skall hantera olika problem som kan förutses i samband med tobaksstoppet. De flesta psykiskt sjuka rökare är starkt nikotinberoende och behöver nikotinläkemedel i full dos (10).

Observera att bupropion (Zyban) farmakologiskt tillhör gruppen antidepressiva substanser och är en återupptagshämmare av noradrenalin/dopamin. Bupropion har ett biverkningsspektrum som man måste ha i åtanke om man förskriver det till psykiskt sjuka personer. Psykotiska och maniska symtom har rapporterats, framförallt hos patienter med känd anamnes på psykisk sjukdom. Bland generellt vanliga biverkningar kan nämnas muntorrhet, sömnsvårigheter, huvudvärk, yrsel, oro, ångest och överkänslighetsreaktioner såsom nässelutslag. Krampfall är en sällsynt biverkan som tillskrivs en kramptröskelsänkande effekt hos bupropion. Av denna anledning är bupropion kontraindicerat hos patienter med känd ökad risk

för epileptiska anfall. Anamnes på bipolär sjukdom kontraindicerar också bupropion, eftersom det kan utlösa maniska episoder under den depressiva fasen av sjukdomen. FASS-texten för bupropion ger detaljerad information om gällande kontraindikationer liksom varningar och försiktighetsmått. Dosen av andra läkemedel kan behöva justeras vid samtidig behandling med bupropion.

Specifika patient- kategorier

DEPRESSION

Patienter som haft depression/er löper risk att tillfälligt återinsjukna i samband med rökstopp (3). Det är viktigt att vara observant och sätta in antidepressiv medicinering vid behov. Erfarenhet visar att man kan premedicinera med antidepressiva när en patient uppger att rökstopp har utlöst eller förvärrat depression, och man börjar då minst en månad innan man slutar röka och fortsätter till omkring sex månader efter rökstoppet (14). Ett tricykliskt antidepressivum, nortriptylin (Sensaval), är ett preparat som rekommenderats, som också ökar chansen att bli rökfri (10,15,16). Observera att bupropion inte är godkänt i Sverige för behandling i antidepressivt syfte utan enbart för rökavvänjning. Särskild försiktighet och observans bör iakttas vid eventuell kombination av antidepressiv medicinering och bupropion, på grund av ökad risk för CNS-biverkningar och interaktioner (se FASS-text). Abstinensen för depressivt lagda personer har en tendens att vara intensiv och ihållande med oro, negativa tankar och känslor och starkt röksug. ➤

ÅNGESTSYNDROM

Avvänjning av patienter med ångest-syndrom bör ske i långsam takt, så att patienten hinner ställa in sig på förändringen. Rökfrihet brukar medföra minskad ångest men den allra första veckan av abstinensfasen kan innebära höjd ångestnivå, och det är bra att förbereda sig för hur man skall hantera det (3,17).

SCHIZOFRENI

När det gäller patienter med schizofrena syndrom (3,18) 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 rökstopp. Rökning håller dock nere blodkoncentrationen av de flesta neuroleptika på grund av att rökningen påskyndar nedbrytningen av läkemedlen. 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. Även om en majoritet schizofrena troligen inte är motiverade att sluta, är det viktigt att de som vill sluta får hjälp. Det finns exempel på att patienter med schizofreni som fått mycket stöd har klarat att sluta röka, och många kan minska konsumtionen betydligt (3,18). Patienter som går över till s.k. atypiska neuroleptika tycks spontant reducera rökningen

och har också större chans att lyckas när de försöker sluta röka. Dokumentationen gäller främst klozapin (Leponex, Clozapin), men vissa data talar för att det även kan gälla risperidon (Risperdal) och olanzapin (Zyprexa) (10,19,20). Bupropion (Zyban) torde vara kontraindicerat för personer med schizofrena syndrom pga biverkningsspektrumet, se informationsrutan på sidan 7.

TOKSAVVÄNJNING AV PERSONER MED ALKOHOL- OCH NARKOTIKAMISSBRUK

Eftersom de flesta alkohol- och narkotikamissbrukare är rökare och ofta storkonsumenter utgör de en högriskgrupp för att få rökrelaterade sjukdomar. Professionella tobaksavvänjare har regelmässigt rekommenderat att man slutar med andra droger först och med rökningen (snuset) efter en längre tids drogfrihet, och det tycks också vara den modell de flesta patienter föredrar. Vid tobaksstopp kan man vara orolig för återfall i den andra drogen. Det finns dock ingenting som tyder på att detta skulle vara vanligt (11). Det finns exempel på att patienter klarat att sluta röka innan de blivit fria från andra droger. En ny trend i forskningen pekar mot att den mest framgångsrika behandlingsmetoden kan vara att sluta med alla droger samtidigt, men kunskapen på området är mycket begränsad (10,21). Möjligheten att få stöd till tobaksstopp bör naturligtvis stå till buds på alla behandlingsenheter.

Varför skall psykiatrin bry sig om tobaken?

Ofta bagatelliseras de psykiskt sjukas problem med tobak. Inställningen är att "det finns större problem" respektive "patienterna mår bäst av att ha sin rökning kvar". Dessa attityder kan tjäna som en uppmuntran till fortsatt rökning. För att klara att sluta är det viktigt att omgivningen signalerar intresse och positivt stöd. Att personalen underlåter att beröra frågan om rökningen kan för patienten bli övertygande bevis för att det är ofarligt att röka alternativt att personalen bedömer att personen inte är kapabel att sluta. Med den kunskap vi har idag om rökningens förödande konsekvenser, och att många psykiskt sjuka både kan, vill och försöker sluta, kan det inte anses som annat än oetiskt att negligera frågan i behandlingsarbetet. *Det är cyniskt att ge behandling för den psykiska sjukdomen eller drogmissbruket men låta patienterna dö av sin rökning.*

Personal inom psykiatrin har med sina specialkunskaper en strategisk roll när det gäller att stödja psykiskt sjuka som vill sluta röka (snusa). Idag hänvisas psykiatrins patienter i regel till primärvårdens tobaksavvänjare eller till Sluta-röka-linjen, en nationell telefonlinje där man kostnadsfritt får tobaksavvänjning per telefon. Det stöd dessa institutioner kan ge är dock många gånger alldeles otillräckligt för de psykiskt sjuka, som behöver få stöd där de känner sig trygga och där deras grundsjukdom behandlas.

Tobakspolicy

Det är viktigt att psykiatriska kliniker och behandlingshem har en genomtänkt och väl känd tobakspolicy. "Smoke-free psychiatric units" har rekommenderats av American Psychiatric Association sedan början av 1990-talet för att motverka en tendens att miljö och gruppträck på psykiatriska kliniker skapar rökare. Det är svårt att motivera patienter att sluta så länge rökning är tillåten inomhus. Konsumtionen minskar när det blir svårare att röka. I möjligaste mån bör man ta bort rökrummen och låta patienter röka utomhus, även i slutenvården. Cigaretter bör aldrig användas som belöning eller liknande.

Psykiatriska kliniker både i Sverige och i andra länder (3) som infört en rökfri miljö har mycket goda erfarenhe-

ter. Patienterna blir lugnare och sover bättre, och det visar sig vara en fördel att kulturen i rökrummet bryts och ersätts av andra former av umgänge.

Fråga därför alla patienter om tobaksbruk och ge ett kort motive-rande samtal. Erbjud avvänjning. Vi rekommenderar att man inom slutenvården tillhandahåller nikotinläkemedel generöst, t.ex. nikotinplåster och nikotintuggummi. Även patienter i öppenvård kan ibland på grund av ansträngd ekonomi och svårigheter att planera ha behov av att få hjälp med nikotinläkemedel. Nikotinläkemedlen (utom nässprayen) är receptfria, men blir billigare om de skrivs ut på recept eftersom den 25-procentiga momsens då försvinner. Nikotinläkemedlens pris per dag ligger under kostnaden för genomsnittsrökarens dagliga cigarettkonsumtion men eftersom man köper läkemedlen i större förpackningar än för en dags förbrukning, kan det för personer med dålig betalningsförmåga ändå vara svårt att ha råd att betala den större summa som behövs vid ett och samma tillfälle. Bupropion är receptbelagt och ingår sedan oktober 2004 i läkemedelsförmånssystemet.

PERSONALENS EGET TOBAKSBRUK

Personalen har en speciell roll som normbildare i hälsofrågor. Tobaksfrihet hos dessa personer skapar särskilt viktiga ringar-på-vattnet-effekter. Som arbetsgivare bör man uppmuntra personalen att sluta och erbjuda tobaksavvänjningsstöd på generösa villkor. Rökrum för personal är avskaffade inom alla landsting. Som personal bör man aldrig röka tillsammans med patienter. En allt vanligare policy inom landstingen innebär att personal får röka bara på lunchen och då klä om till privata kläder och lämna arbetsplatsen för att röka.



Sammanfattning

Rökningens effekter på hälsa och ekonomi – både klienternas och samhällets – är förödande. Hos psykiskt sjuka förekommer rökning i stor omfattning. Många av dem både kan, vill och försöker sluta. Men tillgången på adekvat hjälp för att kunna sluta med tobak för dessa patienter är idag mycket bristfällig. Man kan konstatera att de i vårt samhälle som behöver mest stöd för att kunna sluta har minst tillgång till behandling. Det är en grundläggande rättvisefråga att de psykiskt sjuka får tillgång till tobaksavvänjning anpassad till sina speciella behov.

Rekommendationer

Alla psykiatriska kliniker bör införa en tobakspolicy (se sidan 12). All personal bör få en grundläggande kunskap om rökning och snusning och om hur man i det löpande arbetet kan stimulera och stödja patienter som vill bli fria från cigaretter och snus. Dessa rekommendationer bör beställas och distribueras till all personal. Vi rekommenderar vidare att varje psykiatrisk klinik utser en särskild person som ansvarig för tobaksinformation och avvänjning. Denna person kan, efter egen utbildning, utbilda och handleda övrig personal.

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

UTBILDNING OCH HANDELEDNING

- Psykologer mot Tobak, Farmaci mot Tobak, Läkare mot Tobak och Sjuksköterskor mot Tobak hjälper till att anordna föredrag och utbildningar. Upplysningar: Yrkesföreningar mot Tobaks kansli 08/669 81 58, professionals@globalink.org
- I Stockholm (08/737 35 90), Göteborg (031/342 48 65), Uppsala (018/611 86 42) och Örebro (019/602 55 90) finns specialistkliniker för tobaksprevention där man också ger utbildning och handledning.
- I varje län finns en kontaktperson för tobaksfrågor inom landstinget, se www.fhi.se
- Sluta-röka-linjen 020-84 00 00 är en kostnadsfri telefonlinje för att sluta röka och snusa. Dit kan man även som personal ringa för råd, hänvisning och tobaksavvänjning. www.slutarokalinjen.org.
- Allt om tobak finns på www.tobaksfakta.org. Här finns bl.a. en lista över tobaksavvänjare uppdelad på län.

MATERIAL OCH LITTERATUR

- Dessa rekommendationer kan beställas från Yrkesföreningar mot Tobaks kansli 08/669 81 58, professionals@globalink.org. Pris 20 kr.
- Sluta-röka-linjen. Affisch och bordstill med små kort kostnadsfritt. Fax 08/737 38 80.
- Fimpa dig fri. En självhjälpsbok för att sluta röka och snusa. Barbro Holm

Ivarsson och Inger Nordström Torpenberg. Reviderad 2004. Pris 45 kr. Cancerfonden 08/ 677 10 00.

- Vägen till ett rökfritt liv. Patientbroschyr: Läkare ger råd om rökstopp. Läkare mot Tobak. Reviderad 2004. Yrkesföreningar mot Tobaks kansli, se ovan. Pris 1 kr.
- Rökfritt Liv- funderat på att sluta. Tillhörande handledning i gruppbehandling. Pris 105 kr resp. 75 kr. Margareta Pantzar. Reviderad 2001. Konsultförlaget 018/55 50 80.
- Det Motiverande Samtalet om Tobaksvanor". En lättläst manual om motiverande samtal och tobaksavvänjning. Barbro Holm Ivarsson. Reviderad 2004. Statens folkhälsoinstitut. Pris 50 kr. Tel 08-449 88 22.
- Det korta motiverande samtalet om rökning och snus. Liten utvecklingsbar folder i fickformat för professionella. 2004. Statens folkhälsoinstitut. Kostnadsfri. Tel 08-449 88 22.
- En samtalsmetod för att behandla rökare (lathund för läkare). Svenska Läkarförbundet och Svenska Läkarsällskapet. 2004. Yrkesföreningar mot Tobaks kansli, se ovan. Kostnadsfri.
- Post A, Gilljam H. "Tackla tobak." Tobaksprevention i teori och praktik. Lund. Studentlitteratur; 2003.
- Rökfri på Jobbet, en verktyglåda för arbetsgivare som vill skapa en rökfri miljö och hjälpa anställda sluta röka. Reviderad 2004. Pris 200 kr. Statens folkhälsoinstitut och Hjärt-Lungfonden. Information och beställning, www.tobaksfakta.org

REKOMMENDATIONER

Tobakspolicy för psykiatri

Målet för en tobakspolicy inom psykiatri är att skapa rökfria inomhusmiljöer och att stimulera och stödja personal och patienter att sluta röka och snusa. Tobakspolicyn inom psykiatri skall harmonisera med den övergripande tobakspolicyn i den övriga vården.

Införandet av en ny policy bör ske med god framförhållning (minst 3–6 månader) och tydlig information så att personal och patienter har möjlighet att ställa in sig på förändringen.

PERSONALENS TOBAKSVANOR, AVVÄNJINGSSTÖD OCH KOMPETENS

För personal gäller att

- rökning inte sker på arbetstid
All tid utom lunch räknas som arbetstid under arbetspasset
- rökning är tillåten endast på särskilt anvisad plats utomhus
- rökning ej är tillåten i kläder som används i patientarbetet
- rökning ej får ske tillsammans med patienter
- rök- respektive snusavvänjning skall erbjudas kostnadsfritt under arbetstid
- läkemedel för tobaksavvänjning bör subventioneras helt eller delvis
- nattpersonal som röker och som ej kan lämna arbetsplatsen under ett arbetspass bör erbjudas nikotinläkemedel.
Läkemedel för tobaksavvänjning avsedda för personal skall förvaras avskilt från läkemedel avsedda för patienter.
- även snusfrihet är önskvärd under arbetstid

- all personal skall erbjudas kompetensutveckling för att kunna ge adekvat stöd till tobaksbrukande patienter.

PATIENTENS TOBAKSBEHOV ÄR EN OMVÅRDNADSRÅG

- Alla patienter bör stödjas till tobaksfrihet.
- Alla patienter skall tillfrågas om tobaksvanor och informeras om vilka regler som gäller för tobaksbruk på avdelningen.
- Alla patienter skall få ett kort motiverande samtal om rökning respektive snus vid lämpligt tillfälle under vårdtiden samt erbjudas avvänjning. Det är en fördel om det finns personal som är särskilt utbildad och kan ge avvänjningsstöd vid behov, men om så inte är fallet ska patienten få hjälp att hitta lämplig tobaksavvänjare t.ex. i primärvården.
- Patienter i slutenvård ska utan kostnad få läkemedel för tobaksavvänjning efter behov. Observera att även patienter som fortfarande röker kan behöva nikotinläkemedel på natten.
- Patienter som kan och har möjlighet att gå ut bör i möjligaste mån hänvisas till att röka på särskilt anvisad plats utomhus. För tvångsvårdade kan tidsreglerad rökning utomhus vara ett alternativ men rökrum inomhus kan behöva finnas kvar. För att begränsa både aktiv och passiv rökning bör rökrummet vara välventilerat, ha reglerade öppettider och vara stängt nattetid.

BESÖKARE

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



SÅ HÄR GJORDE VI – NÅGRA VÅRDENHETER BERÄTTAR

Skellefteå Lasarett inför rökfritt i psykiatri

» Först trodde vi att det skulle vara helt omöjligt att genomföra en rökfri psykiatrisk klinik. Men nu är rökrummen avskaffade vilket bl.a. har lett till en bättre inomhusmiljö och gett oss ett extra rum på varje avdelning. Personalen har gått före med gott exempel. Cirka en fjärdedel av tobaksanvändarna har slutat helt. Detta berodde till stor del på att vi erbjöd all personal konkret rökavvänjningsstöd i samband med rökstoppet vid kliniken. Det positiva fokus detta gav, tror vi har haft en viss betydelse både vad gäller själva trovärdigheten i beslutet, samt den uppbackning personalen stått för vid genomförandet och fortfarande. Vi har även fått positiv respons från en stor del av patienterna, faktiskt även från rökande patienter. Någon patient har till och med slutat röka själv under tiden på avdelningen.

TIPS FÖR ATT ÅSTADKOMMA EN RÖKFRI PSYKIATRISK KLINIK: INFÖR RÖKSTOPPET
Förankra beslutet i hela personalen. Ett tydligt starkt ledarskap på alla nivåer är centralt. Det är viktigt med en enig och konsekvent personal. Ge tydlig information till patienterna. Ha klara rutiner och tydliga regler. Stäng rökrummen. Erbjud patienterna nikotinläkemedel.

Motivera beslutet och var beredd att förklara bakgrunden. Använd ett ickepolariserande förhållningssätt för att undvika konflikter.

PERSONAL

Erbjud rökavvänjning. Starta slutaröka-grupper. Lobba för att nå fler. Erbjud subventionerat medicinskt stöd. Uppmuntra och stötta. Ge pedagogisk information i god tid. Använd gärna morötter och tävlingsmoment. Stötta personalen kontinuerligt. Utmana andra kliniker. Följ upp!

Slutligen:

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

Kontaktperson:

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

Beroende- centrum och allmänpsykiatri Malmö

» En av vårdavdelningarna har stängt rökrummet och patienterna röker utomhus på angiven rökplats under dagtid. Nattetid erbjuds de som önskar nikotinplåster. Den andra avdelningen har kraftigt reducerade öppettider av rökrummet. Helt stängt under natten.

FÖRDELAR

Personalen uppskattar att ha fått en rökfri arbetsmiljö, och detta gäller även de som fortfarande röker. Rökningen har minskat hos patienterna. Patienterna har fått bättre nattsömn och det är ingen stor efterfrågan av behovsmedicinering. Patienterna är mindre oroliga, mer fysiskt aktiva och har en bättre social samvaro i dagrummet än de hade i rökrummet där det blev mycket stillasittande, kedjerökande och "drogprat". ➤

SVÅRIGHETER

Det har varit vissa protester från patienterna. Det har smygrökts på toaletterna, men detta hände också innan rökstoppet. Den låsta avdelningen har haft större problem än den öppna. Problemen har tex handlat om konflikter för att personal hanterat rökbegränsningarna olika, att personal måste följa patienter som har tillsyn eller är somatiskt sjuka när de ska ut och röka och att rökrummets öppettider inte alltid respekterats. Konflikter har uppstått då patienter upplever personal som "kontrollanter" samt problem sammanhängande med att patienter rökt i olika otillåtna utrymmen inomhus. Personalen har inte alltid respekterat att det endast är tillåtet att röka på raster och i privata kläder.

ALLMÄNPSYKIATRI MALMÖ

En av vårdavdelningarna har stängt rökrummet. Patienterna röker utomhus på anvisad rökplats. Tre av vårdavdelningarna har reducerade öppettider i rökrummet under dagtid och helt stängt under natten. Tre övriga avdelningar planerar detsamma efter sommaren (2005). Natttid erbjuds de som önskar nikotinplåster. Erfarenheterna är desamma som ovan, dvs att patienterna fått en bättre nattsömn. <<

Kontaktperson:

Elisabet Löwdal,
Universitetssjukhuset MAS,
elisabet.lowdahl@skane.se,
tel 040-33 34 34

Brostugegården – särskilt boende för psykiskt funk- tionshindrade

» Brostugegården är ett särskilt boende för personer med psykiska funktionshinder med 27 platser. Personalen består av ca 20 personer totalt. Av de boende är 14 rökare och 2 snusare (en av dessa röker också). Bland personalen finns 6 rökare och 2 snusare. Av de yngre patienterna röker endast 1 av 5. Genom att vi arbetar med tobaksfrågan är det större sannolikhet att de kan förbli rökfria. Diagnoserna är övervägande psykossjukdomar och ett par patienter har tvångssyndrom. Tankarna på en antirökkampanj har funnits en tid eftersom rökningen bland de boende förutom att äventyra hälsa och ekonomi också medför andra olägenheter som brandrisk, nedskräpning, konfliktrisk i samband med lån av cigaretter, utnyttjande av dem som inte kan säga nej till dem som "tigger" cigaretter etc.


Vi hade en informationsträff med hela gruppen tobaksbrukare. Vi informerade om våra tankar för att "sälja" idén att vi ska hjälpa varandra till en bättre hälsa, miljö och ekonomi samt anpassa oss till hur samhället idag ser på rökning. Vid mötet enades alla om att inte längre låna, låna ut, köpa eller sälja cigaretter till/av varandra. Generella åtgärder blev förbud mot rökning vid Brostugegården förutom på tre bestämda platser utomhus, en för varje boendeenhet. Befintligt rökrum

har stängts. Inga rökpauser tillåts under planerade aktiviteter. Vi har skaffat kunskap om hur man stödjer människor att sluta röka. Individuella planer kommer att göras upp för varje rökare i samråd med ansvarig kontaktperson. Målen kommer att variera från person till person. De flesta kommer initialt att ha målet att minska sitt rökande, andra att sluta helt. För de personer som redan blivit sjuka av sitt rökande kommer extra energi att läggas för att stimulera till att snarast helt sluta med rökningen. En patient som är storsnusare ska få prova nikotinfritt snus. Flera patienter har uttryckt att det är fantastiskt att ha mera pengar och kunna köpa tex. kläder och gå ut och fika. De som slutat är lugnare och har ett bättre välbefinnande. Även de som bara dragit ner mår bättre och är lugnare när det blir mindre spring ut för att röka.

Vi kommer att erbjuda rökfria aktiviteter, promenader, resor, discussionsgrupper, tidningsläsningsgrupper, handarbete i grupp osv. Personalen skall inte i något fall röka tillsammans med de boende. Målet för samtliga i personalgruppen är att överhuvudtaget inte röka under ett arbetspass. <<

Kontaktperson:

Föreståndare Erik Flodin, tel 018-32 42 11,
brostugegarden.glenn@telia.com



”Minska eller sluta” -grupper på Norrtulls psykosmottagning

» På den öppna psykosmottagningen har vi haft tre cirklar om rökning med 8–10 deltagare åt gången. Vi har varit två cirkelledare och haft lite olika upplägg. Det bästa har varit att planera in ca 10 träffar en gång per vecka under en termin. Vi har suttit ner 1,5 timme och då haft kaffe med enklare fikabröd som stått framme att ta under mötet.

Fördelen med att vara tillsammans i en grupp är att deltagarna har kunnat ge varandra tips och stöd. Alla deltagare har kontakt med vår mottagning och har ofta en långvarig sjukdomshistoria bakom sig. Det har varit positiv och trevlig stämning under träffarna. Att fokusera på friskvård istället för sjukdom har kanske gjort att patienterna slappnat av och haft lättare att nå varandra. Vi har märkt att deltagarna inte orkar med för mycket prat om alla sjukdomar som rökning för med sig utan det har mest fått handla om allt som finns att vinna på att sluta röka.

Vi har följt upplägget som vi cirkelledare lärt oss på våra sluta-röka-kurser. Dock har vi inte haft som mål att alla ska sluta helt utan att minska rökningen har också kunnat vara ett mål i sig. Vi har pratat om att det är viktigt att känna sig någorlunda stabil när man ska försöka sluta röka.

Den typiska deltagaren röker 1–2 paket/dag och har ofta rökt sedan tonårstiden. Under själva cirkeltiden har de flesta kunnat minska sin konsumtion. Flera deltagare har varit rökfria under perioder. Vi har haft uppföljningsmöten men då har endast ett fåtal kommit och det verkar vara bättre att ha ett tydligt slutdatum. Vi tycker att det har varit värdefullt att ha dessa cirklar för att stimulera det friska hos patienterna och stödja dem i deras strävan att sluta röka. Många försöker sluta och att få vara med i grupperna har varit mycket uppskattat av patienterna. «

Kontaktperson:
Cecilia Rappne,
Norrtulls Psykiatriska mottagning,
tel 08-672 42 74

**KAN ANVÄNDAS
SOM PATIENTINFORMATION**

Fakta om nikotinläkemedel

Nikotinläkemedlets syfte är att bryta nikotinberoendet stegvis genom att tillföra nikotin på annat sätt än genom cigaretter och snus. Det lindrar abstinens hos de flesta medan man koncentrerar sig på att bryta vanan. Men viljan att sluta måste man stå för själv. Nikotinläkemedel köps på apotek och personalen där kan ge råd. Det är viktigt att följa instruktionen i förpackningen när det gäller användningstid, dos och nedtrappning. Nikotinläkemedlen fungerar bäst om man använder dem först när man fimpat, inte samtidigt som man röker eller snusar.

Nikotinplåster ger en jämn tillförsel av nikotin, vilket minskar risken för plötsliga abstinensattacker. Tuggummi, tablett, inhalatorn och sprayen bör man använda regelbundet, tex. en gång i timmen. De har den fördelen att man kan ta en extrados vid behov och att de på olika sätt sysselsätter personen. Kombinationer med plåster som en basbehandling och tuggummi, inhalator, tablett eller nässpray som extra förstärkning vid akuta besvär kan vara till hjälp om det blir riktigt svårt. Det gäller särskilt dem som rökt eller snusat i stora mängder.

Beroendetest

Högt eller lågt beroende?

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

Poängberäkning:

Räkna ihop dina poäng _____

Lågt beroende = 0–1 poäng

Högt beroende = 2–3 poäng

Nikotinläkemedel

Tuggummi

Styrkor:	2 respektive 4 mg, flera olika smaker (naturell, mint, pepparmint, frukt, citrus och lakrits).
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:	3 månader, därefter nedtrappning.

Det är mycket viktigt att tugga dem 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 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, omkring 3 månader. Följ anvisningarna i förpackningen när det gäller nertrappning.			

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

Sugtablett

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

Fabrikat: Nicotinell, NiQuitin.

Rekommenderad dos

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

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

NiQuitin: 2 mg varje-varannan timme vid lågt beroende 6 veckor,
därefter nertrappning.

4 mg varje-varannan timme vid högt beroende 6 veckor,
därefter nertrappning.

Rekommenderad tid: omkring 3 månader

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

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: 3 månader, därefter nedtrappning.

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.

Inhalator

Styrka: 10 mg/nikotinplugg.

Fabrikat: Nicorette

Rekommenderad dos: 4–12 nikotinpluggar/dag. Genomsnittsdos: sex pluggar per dag.

Rekommenderad tid: 3 månader, därefter nedtrappning.

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: 3 månader, därefter nedtrappning.

Nässprayen är receptbelagd men ej rabatterad. Den ger en ganska stark kick-effekt och är lämplig för storrökare och snusare. Kan ge lokal irritation i näsan.

**KAN ANVÄNDAS
SOM PATIENTINFORMATION**

Fakta om bupropion

Nu finns preparat utan nikotin för att sluta röka, som istället innehåller den verksamma substansen bupropion.

Fabrikat: Zyban

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.

Bupropion (Zyban) är receptbelagt läkemedel som ingår i högkostnadsskyddet. Det måste förskrivas av läkare och ges tillsammans med motiverande stöd. Bupropion betraktas som ett andrahandsmedel på grund av allvarliga men sällsynta biverkningar. Bupropion kan vara lämpligt för rökavvänjning hos nikotinberoende rökare som inte lyckats bli rökfria trots hjälp av nikotinläkemedel.

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.

Bupropion minskar abstinensbesvär vid rökstopp. De vanligaste biverkningarna är muntorrhet, sömnsvårigheter, hudutslag, huvudvärk och yrsel. Vid sömnsvårigheter kan det vara en fördel att tidigarelägga "eftermiddagstabletten" (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.

Använd inte nikotinläkemedel samtidigt med bupropion utan att rådgöra med läkare.

REFERENSER

1. Tobak och avvänjning – en faktskrift om behovet av avvänjning. Statens folkhälsoinstitut. Stockholm; 2004.
2. Rapport om levnadsvanor. Vad vet vi och vad behöver vi veta? Statens folkhälsoinstitut. Stockholm; 2003.
3. McNeill, A. Smoking and mental health – a review of the literature. SmokeFree London Programme. 2001.
4. Lasser et al. Smoking and Mental Illness. A population-based prevalence study. *JAMA* 2000; Vol 284. Nr 20: 2606-2610.
5. Brown. S, Inskip.H, Barraclough. B. Causes of the excess mortality of schizophrenia. *Br J Psychiatry* 2000; 177:212-7.
6. Cogliano V, Straif K, Baan R, Grosse, Y, Secretan B, El Ghissassi, F. Smokeless tobacco & tobacco-related nitrosamines. *Lancet Oncol.* 2004 Dec;5(12):708.
7. 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.
8. Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem 1997. Svensk version av International Statistical Classification of Diseases and related Health Problems, ICD-10. 10th Revision. Socialstyrelsen. Stockholm; 1997.
9. Metoder för rökavvänjning. SBU. Rapport nr 138. Stockholm; 1998.
10. Ziedonis DM, Williams JM. Management of Smoking in People With Psychiatric Disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2003; 16(3):305-315.
11. Hughes, JR, Fiester, S, Goldstein, MG, Resnick, MP, Rock, N & Ziedonis, D. American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Nicotine Dependence. *American Journal of Psychiatry* 1996; 153:1-31.
12. Prochaska, JO, DiClemente, CC. Stages and processes of self-change in smoking: towards an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol* 1983;51:390-5.
13. Holm Ivarsson, B. Det Motiverande Samtalet om Tobaksvanor. Statens folkhälsoinstitut. Stockholm; 2004.
14. Kinnunen, T, Henning, L. & Nordstrom, B.L. Smoking Cessation in Individuals with Depression. *CNS Drugs* 1999; 11(2): 93-103.
15. Hildebrand, B & Svensson, T. Nya möjligheter till farmakologisk behandling av nikotinberoende. *Läkartidningen* 1999; Vol 96. Nr 47.
16. Wagena EJ, Knipschild P, Zeegers PA. Should nortriptyline be used as a first-line aid to help smokers quit? *Addiction* 2005;100: 317.
17. West.R, Hajek.P. What happens to anxiety levels on giving up smoking? *Am J Psychiatry*; 1997; 154: 1589-92.
18. Dalack, GW, & Meador-Woodruff, JH. Smoking, smoking withdrawal and schizophrenia: case reports and a review of the literature. *Schizophrenia Research* 1996;22:133-141.
19. George TP, Ziedonis DM, Feingold A, et al. Nicotine transdermal patch and atypical antipsychotic medications for smoking cessation in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2000; 157:1835-1842.
20. Procyshyn RM, Ihsna N, Thompson D. A comparison of smoking behaviours between patients treated with clozapine and depot neuroleptics. *Int Clin Psychopharmacology* 2001; 16:291-294.
21. McIlvain, H.E. & Bobo, J.K. Tobacco cessation with patients recovering from alcohol and other substance abuse. *Primary Care* 1999; 26(3): 671-83.

Rökningens effekter på hälsa och ekonomi – både klienternas och samhällets – är förödande. Hos psykiskt sjuka förekommer rökning i stor omfattning. Många av dem både kan, vill och försöker sluta. Men tillgången på adekvat hjälp för att kunna sluta med tobak för dessa patienter är idag mycket bristfällig.

Man kan konstatera att de i vårt samhälle som behöver mest stöd för att kunna sluta har minst tillgång till behandling. Det är en grundläggande rättvisefråga att de psykiskt sjuka får tillgång till tobaksavvänjning anpassad till sina speciella behov.

Denna skrift ger praktiska råd och anvisningar om tobaksavvänjning för psykiskt sjuka och om hur en tobakspolicy för psykiatrin kan utformas.

Dessa rekommendationer har skrivits av:

Psykologer mot Tobak i samarbete med Farmaci mot Tobak, Läkare mot Tobak och Sjuksköterskor mot Tobak.

Redaktionsgrupp:

PmT: Barbro Holm Ivarsson (redaktör), Birgitta Anshelm Olson, Agneta Hjalmarson och Margareta Pantzar
FmT: Carina Altsjö, LmT: Göran Boëthius och Ulf Berggren (särskilt anlita psykiatriker), SmT: Katarina Törnqvist.

Bakom dessa rekommendationer står också:

Kliniska psykologers förening, Psykiatriska Riksföreningen, Svenska Psykiatriska Föreningen och Sluta-röka-linjen.

I arbetet med dessa rekommendationer har personal från psykiatriska kliniker på följande sjukhus deltagit:

Kungälv Sjukhus, Skellefteå Lasarett, Universitetssjukhuset MAS, Malmö och Östersunds Sjukhus.

Yrkesföreningar mot Tobak är en gemensam kanslifunktion för:

Läkare mot Tobak, Tandvård mot Tobak, Sjuksköterskor mot Tobak, Lärare mot Tobak, Farmaci mot Tobak och Psykologer mot Tobak.

Besöksadress: Västgötagatan 2, plan 3, Stockholm. Postadress: Box 17 533, 118 91 Stockholm.

E-post: professionals@globalink.org Tel: 08-669 81 58 Fax: 08-669 81 65.

Dessa rekommendationer har producerats med bidrag från Statens folkhälsoinstitut och Cancerfonden.



Grafisk form: Pangea design
Tryck: Ekotryck Redners
Fotografier: Pressens Bild, Susanne Hofmann
Tack till modellerna syskonen Karlsson
Stockholm juli 2005