

Tobaksberoende

Matz Larsson, Hjärt-Lungkliniken, Universitetssjukhuset Örebro
Mattias Damberg, Primärvård, psykiatri och habiliteringsverksamhet stab, Region Västmanland

Inledning

Tobaksrökning kan liknas vid en kronisk sjukdom med allvarliga komplikationsrisker, men den är unik genom att den kan botas med ett kort samtal. Metoderna för avvänjning är så mångsidiga och utprövade att varje kliniker kan finna en verksam modell som passar den egna arbetssituationen.

Tobaksrökning

Tobaksrökning, och särskilt cigarettrökning, ökar fortfarande globalt sett men avtar sakta i industriländerna. Ännu röker knappt 1 miljon personer dagligen i Sverige, och kvinnor röker mer än män. Lågutbildade röker mer än övriga (1).

I Sverige dör varje år 12 000 personer lite eller mycket i förtid på grund av rökning. Tobaksrökning är den dominerande före-

byggbara orsaken till ohälsa, sjukdom och för tidig död. Det är därför lika självklart att aktivt stödja rökstopp som att behandla andra riskfaktorer som till exempel högt blodtryck eller diabetes.

Våra kunskaper om tobaksskadorna är störst beträffande rökt tobak. Den djupa inhalationen, "halsblosset", är avgörande för både tillvänjning och skadeverkningar och gör cigaretten till en unikt farlig konsumentprodukt som dödar varannan av tobaksindustrins mest lojala kunder. Varken filtercigaretter eller "lightcigaretter" minskar rökarnas exponering för de toxiska förbränningsprodukterna. Dubbelt så många cigaretter ger dubbelt så stor risk. Redan 1 cigarett/dag liksom så kallad "feströkning" medför ökad risk för sjukdom, se även Tabell 1. För risker vid användning av nikotin under graviditet, se Faktaruta 1.

Tabell 1. Relativ riskökning (gång) för cigarettrökare jämfört med icke-rökare att drabbas av olika sjukdomstillstånd

Malignitet i ^a	Relativ risk	Övriga sjukdomstillstånd ^b	Relativ risk
Lunga	15–30	KOL	10–12
Näshåla	1,5–2,5	Hjärtinfarkt < 50 års ålder	5–6
Munhåla	4–5	Hjärtinfarkt > 50 års ålder	2–3
Bakre svalg	4–5	Stroke	2–2,5
Luftstrupe	10	Claudicatio intermittens	2–10
Matstrupe (körtelcancer)	1,5–2,5	Höftledsfraktur	3
Matstrupe (övriga)	2–5	Aortaaneurysm	5–6
Magsäck	1,5–2,0	Reumatoid artrit	2 (7–15 ^c)
Bukspottkörtel	2–4	Makuladegeneration	3
Lever	1,5–2,5	Hörselnedsättning	3
Njure	1,5–2,0	Crohns sjukdom (återfall)	1,5–2
Urinvägar	3	Struma, toxisk	2
Livmoderhals	1,5–2,5	Psoriasis	2–3

a. Källa: IARC (WHO).

b. Källa: olika översiktsartiklar.

c. För genetiskt predisponerade.

Faktaruta 1. Risker av nikotin under graviditet (2)

Användning av nikotin i alla former under graviditet:

- fördubblar risken för plötslig spädbarnsdöd
- ökar risken för missfall
- ökar antalet missbildningar
- ökar risken för förtida födsel

Nikotin minskar även fertiliteten.

Snusning

Idag snusar var fjärde ung man dagligen. Förutom nikotin innehåller snuset carcinogener, till exempel nitrosaminer. Snusning ger såväl lokala effekter i munhålan som systemeffekter. Sambandet mellan snusning och cancer i munhålan är omtvistat, liksom risken för hypertoni. Risken för hjärtinfarkt förefaller inte vara ökad, men väl risken för letal infarkt. Ett samband mellan snusning och led och muskelskador (3), hörselnedsättning, nedsatt fertilitet hos kvinnor samt påverkan på fostret har påvisats.

Vareniklin är det enda läkemedlet som visat signifikant effekt vid snusavvänjning (4, 5) men snusavvänjning är inte en godkänd indikation enligt produktresumé/Fass.

Vattenpipa

Rökning med vattenpipa har ökat dramatiskt i Sverige och myten att tobaken i vattenpipan inte är beroendeframkallande och farlig är spridd främst bland ungdomar. Röken innehåller i stort sett samma skadliga ämnen som cigarettrök. En timmes vattenpipsrökning motsvarar rökvolymen från cirka 100 cigaretter, men röken från vattenpipa är mycket mer utspädd. En genomsnittlig "vattenpipsession" är 45 minuter, att röka en cigarett brukar ta 5–10 minuter. Ungefär samma slutkoncentration av nikotin uppnås, men vattenpiprökaren får cirka fyra gånger högre halt av kolmonoxid i blodet (6).

Den passiva röken från vattenpipa är lika farlig som den från cigaretter.

Effekter av nikotin

Vid cigarettrökning sker absorptionen av nikotin snabbt i lungorna. I varje cigarett finns 30–40 tillsatser som används för att öka attraktivitet och tillvänjning, exempelvis smaktillsatser. Vid snusning och cigarrökning sker absorptionen via munslemhinnan och regleras med produktens pH-värde. Det tar några minuter och upplevs därför inte lika starkt. Nikotin är en psykoaktiv drog, som hos personer med beroende ger en upplevelse av förändrat stämningsläge, ökad koncentrationsförmåga och ett tydligt välbefinnande. Nedbrytningen sker i levern och går relativt snabbt. Tillvänjning till nikotin skiljer sig farmakologiskt och beteendemässigt inte från heroin och kokain. Nikotinstämning blir beroende av ständig tillförsel för att undvika abstinens.

Tobaksberoende

I DSM-5 ersätts missbruks- och beroendediagnoserna med det samlade begreppet substansbrukssyndrom, som är en kombination av de tidigare sju beroendekriterierna och de fyra missbrukskriterierna i diagnosen. Dock är kriteriet om kontakter med rättsväsendet ersatt av kriteriet "begär/sug". För diagnos enligt DSM-5 krävs att minst två kriterier är uppfyllda. Flertal dagligrökare uppfyller därmed kriterierna för tobaksberoende.

Passiv rökning (miljötabaksrök)

Tobaksrök är en viktig källa till luftföroreningar. Det finns ett klart samband mellan miljötabaksrök och överkänslighetsbesvär, allergiutveckling och KOL. Effekter som svidande ögon, huvudvärk, hosta och andnöd upplevs av många, och allergiker och astmatiker är särskilt känsliga. Barn är speciellt utsatta med till exempel ökad risk för övre- och nedre luftvägsinfektioner och en fördubbling av otiter.

I Sverige beräknas årligen 50–80 av drygt 3 500 lungcancerfall orsakas av passiv rökning. Längre tids exponering för miljötabaksrök ger ökad risk för akut hjärtinfarkt och under 1990-talet räknade man med cirka 1 300 hjärtinfarkter/år av passiv rökning varav 500 letala (7). Det är rimligt att tro att miljölagstiftningen som till exempel den om rökfria serveringar har minskat antalet sjukdomsfall, även om det ännu inte finns några större studier som bekräftar detta.

Strategier för minskat tobaksbruk

Tre av fyra rökare i Sverige säger att de vill sluta, men beslutet har nått olika mognadsgrad. Tobaksbrukarna är en heterogen grupp människor med olika grad av beroende, utbildning och sociala omständigheter, vilket gör att de lyssnar på olika sorters budskap. Med individanpassad information kan man nå och påverka många rökare att fatta beslut om rökstopp. Man får vara beredd på att vissa rökare inte är motiverade att ta steget vid just detta tillfälle. Informationen ska helst knyta an till rökarens speciella situation. Ex-rökarna kan behöva höra om hur de kan undvika återfall.

Läkarna underskattar ofta sina möjligheter att påverka rökande patienter. Undersökningar visar att ju mer omfattande hjälpen och informationen är, desto fler patienter tar steget och blir bestående rökfria. Bara genom att ta upp frågan kan läkaren öka antalet lyckade rökstul från 2–3 % till 5–6 %, mätt efter 1 år (8). Steget till den professionella nivån där 30–40 % uppnår rökfrihet kräver större och långvarigare insatser. Se rökningen som en kronisk sjukdom som till exempel diabetes. Det är oftast inte ett enda avgörande råd som får rökaren att sluta. Det handlar om ett förtroendefullt och långsiktigt arbete. Kan man bara ge ett enda råd är kanske det viktigaste att det går att få hjälp samt läkemedel den dag du vill sluta. Uppföljning är särskilt viktig och en väl synlig markering "Rökare" eller diagnoskod F17.2 i journalen gör det lättare.

Praktisk tobaksavvänjning

Sociala och psykologiska skäl, liksom djupt rotade vanor, bidrar till fortsatt rökande och försvårar ett rökstopp.

Tobaksberoende innebär:

- Fysiologiskt beroende, nikotinberoende – mer än 15 cigaretter/dag och kortare tid än 30 minuter till första cigaretten på morgonen indikerar starkt beroende.
- Psykologiskt beroende – känsla av saknad, ökad irritabilitet etc
- Vana – bryts med aktiv bearbetning
- Socialt beroende, att hantera situationer på ett nytt sätt – till exempel rökning på arbetet.

Avvänningsstödet för rökare/snusare ska individualiseras, men nedanstående delmoment kan vara viktiga:

- Informera om att det finns hjälp för den som vill sluta
- Medvetenhet om rökningens risker för alla rökande patienter
- Riktad upplysning om tobaksskador
- Stöd och praktiska råd
- Hjälp mot abstinensbesvär.

Se också Faktaruta 2.

Faktaruta 2. Stöd och praktiska råd

Råd och tips ska ges i anslutning till patientens egna frågor och farhågor:

- Sluta tvärt! – är det vanligaste rådet, eftersom bara ett fåtal klarar av att minska successivt. Däremot kan nedtrappning och förberedelser vara av värde. Inte så få lyckas sluta tvärt, utan förberedelser, men de söker inte heller hjälp.
- Ha inte tobak i din närhet! Suget efter nikotin kan bli intensivt, men varar bara korta stunder – ofta bara 15–60 sekunder. En klunk vatten eller tandborstning kan räcka. Stå ut! Det går över!
- Undvik situationer där återfall hotar.
- Satsa på aktiviteter där tobak normalt inte används. Tobaksbruket är delvis en betingad vana och uteblir oftast i situationer där man normalt inte använder tobak – till exempel vid lek med barn eller på bio.
- Väg dig den första tiden för att veta var du står. En halvtimmes daglig promenad, minskat intag av fett och godis plus mer fibrer i kosten minskar risken för viktuppgång och förstoppning.
- Undvik att "testa". Ytterst få kan bli feströkare. Många återfall orsakas av att rökaren/snusaren efter en kort tids tobaksstopp, av nyfikenhet, tar ett enstaka bloss.

Motiverande samtal om tobak

Det är viktigt att beslutet att sluta röka verkligen är patientens eget. I vissa fall kan en betygssättning av de rökta cigaretterna under loppet av några dagar ge insikt. En Likert-skala kan inspirera rökaren att själv reflektera över sin rökning (se Figur 1). Be patienten gradera sig själv mellan 1 och 10 och fråga sedan varför inte ett lägre värde valts. Det brukar öppna upp för en diskussion utan pekpinnar. Patienten leder och tar ansvar!

Figur 1.

Din behandling av patientens tobaksberoende efter Svenska Läkarförbundet och Svenska Läkaresällskapet. Anpassat till Socialstyrelsens riktlinjer 2011.

NIVÅ 1 – Som du alltid klarar och hinner med (motsvarar Socialstyrelsens "Enkla råd": 2–5 minuter)

- Fråga varje patient om rök- och snusvanor
- Journalför och diagnosregistrera – F17.2 Tobaksberoende
- Bedöm motivationsgraden: Hur intresserad är du av att sluta röka på en skala 1–10?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ointresserad			Osäker				Beredd att sluta		
Fokusera på att väcka intresse			Fokusera på att påverka ambivalensen				Fokusera på att stödja beslutet		
<ul style="list-style-type: none"> • Känner du till hur rökning påverkar din hälsa/sjukdom? Får jag berätta? 			<ul style="list-style-type: none"> • Hjälp patienten att väga fördelar mot nackdelar • Identifiera hinder för att sluta – diskutera lösningar 				<ul style="list-style-type: none"> • Sätt stoppdatum • Ge praktiska råd: <ul style="list-style-type: none"> – Ät och drick ordentligt – Rör på dig – Använd nikotinläkemedel – Rök inte en enda cigarett 		

NIVÅ 2 – När du tar dig lite längre tid (motsvarar Socialstyrelsens "Rådgivande samtal": 5–30 minuter)

- | | | |
|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Vad skulle kunna få dig att över huvud taget tänka på att sluta? • Kan du se någon fördel med att sluta? • Erbjud ny kontakt vid behov | <ul style="list-style-type: none"> • Förklara abstinenssymtom och viktökning • Betona alla vinster med rökstopp Hänvisa till • Lokal rökavvänjare • Sluta-Röka-Linjen, tfn 020-84 00 00 | <ul style="list-style-type: none"> • Informera om läkemedel • Skriv recept vid behov • Diskutera återfallsstrategi Hänvisa till • Lokal rökavvänjare • Sluta-Röka-Linjen, tfn 020-84 00 00 |
|--|---|---|

NIVÅ 3 – Rökavvänjningsenhet – kräver särskild utbildning och organisation (motsvarar Socialstyrelsens "Kvalificerat rådgivande samtal")

- Identifiera redan fungerande enhet som du kan remittera till
- Verka för att din vårdcentral och ditt sjukhus etablerar en egen resurs
- Sluta-Röka-linjen är hela tiden en professionell komplettering på nationell nivå

Personligt relaterad upplysning om tobakens skadeverkningar

Många patienter har besvär som beror på tobaksbruket och skraddarsydd information är alltid bäst. Man har också visat att patienter litar mer på läkaren än på någon annan informationskälla. Detta ger läkaren en unik chans att hjälpa patienten. En broschyr kan vara av värde (se www.slutarokalinjen.org). Använd och variera informationsmaterial utifrån patientens informationsbehov och förutsättningar. Material med rökstoppsråd, affischer med mera finns som pdf på olika språk, www.psykologermottobak.org.

Hjälp mot abstinensbesvär

Yrsel, koncentrationsproblem, sömnsvårigheter, irritabilitet och ökad hosta (!) är vanliga symtom under den första tiden. Besvärerna är oftast kortvariga och lindriga. Vanligen är detta mest uttalat dag tre.

Nikotinsubstitution

Nikotinsubstitution med plåster eller tuggummi är förstahandsmedel om läkemedel bedöms bli nödvändiga. Substitutionen hjälper mot nikotinabstinens, medan man försöker bryta tobaksvanan. Man kan utgå från att de flesta hjälpsökande har nytta av substitutionen. Tuggummi eller tablett föredras oftast. Plåster fungerar också bra och kan med fördel kombineras med andra beredningsformer. Storrökare (> 15 cigaretter/dag) behöver ofta mer nikotin och därför kan antingen 24-timmarsplåster eller en kombination av plåster och tuggummi krävas (9). Många "rökslutare" behöver titrera fram en egen nikotindos. Effekten av tuggummi och tablett kommer inom några minuter och de kan därför användas vid behov. Snabbare höjning av nikotinnivån uppnås med beredningsformen (mun-)spray. Nikotin nässpray saluförs inte längre i Sverige.

Nikotininalatorn (som liknar ett cigarettmunstycke) ger något att ha i handen, men det kan krävas 15 sug för att motsvara ett halsbloss. De olika beredningsformerna är likvärda i effekt, men ger möjligheter att skraddarsy behandlingen och minska biverkningarna. Behandlingstider om 2–3 månader brukar rekommenderas. Det finns ingen risk för akut överdosering och

även om man avråder från långtidsbruk är biverkningarna få. Långtidsanvändning (< 2 år) har observerats hos 2–10 % beroende på beredningsform (10). Kronisk nikotinsubstitution kan i undantagsfall övervägas. Samtidig rökning och läkemedelsbehandling med nikotin kan ske i nedtrappningskedet.

Underbehandling är ett större problem än motsatsen. NNT är 23 (95 % KI 20–27) för gruppen nikotinläkemedel, som i det närmaste fördubblar effekten av rådgivningen (11). Omvänt kan rådgivning potentiella läkemedelsbehandlingen. I ett poolat material som framför allt omfattade nikotinläkemedel låg tilläggs effekten av rådgivning mellan 10 och 25 % (12). Hjärt- och kärlsjukdom utgör endast undantagsvis kontraindikation för nikotinläkemedel.

Om nikotinsubstitution ges under graviditet måste man beakta att nikotin passerar över till fostret och kan leda till skador. Nikotintillförsel under graviditet bör därför ges efter särskilt övervägande och kontinuerlig tillförsel (läs plåster) bör undvikas. Tobaksrökning är givetvis långt farligare. Nikotin passerar över i modersmjölken och koncentrationen i mjölken blir 2–3 gånger högre än i moderns blod. Om detta ger ökade risker för fostret är oklart. Vid rökning rekommenderas amning framför flaskuppfödning och denna rekommendation bör rimligen även gälla vid användning av nikotinläkemedel. Likaså innebär återfall i rökning att barnet exponeras för mer skadliga ämnen, såväl via bröstmjölken som via passiv rökning. Nikotinexponeringen kan minskas något om amningen inte sker direkt efter intag av till exempel nikotintuggummi (13). Koncentrationen är som högst kort efter exponeringen för nikotin med en halveringstid på cirka 60 minuter.

Vareniklin

Vareniklin är en nikotinagonist/-antagonist som ger en viss stimulering av nikotinreceptorerna samtidigt som substansen blockerar exogent tillfört nikotins verkan på samma receptorer. Rökaren erfår viss tillfredsställelse av preparatet, men ett bloss ger ingen ytterligare förstärkning. Medlet är receptbelagt och intas peroralt 2 gånger/dag under 12 veckor. Dosen trappas upp under den första veckan enligt schema. Ibland kan längre behandling krävas (totalt upp till 24 veckor). I de fallen kan nedtrappning med hjälp av "omvänd startförpackning" övervägas.

Enligt publicerade studier ger vareniklin signifikant bättre långtidsresultat än placebo (14). Samtidig rådgivning är viktig. Måttligt illamående rapporteras första veckan av cirka 30 %. Det kan mildras med matintag före tablett och leder sällan till terapiavbrott. Vid uttalade besvär av illamående kan antiemetika, till exempel tablett metoklopramid vid behov fylla en funktion. Att reducera dosen genom att dela tablettorna mitt itu vid ett eller två dostillfällen per dag kan hjälpa. Framhåll även att illamåendet inte är farligt i sig (om det inte leder till vätske- eller näringsbrist) och att det oftast lindras när rökningen upphör. NNT för vareniklin jämfört med placebo är 10 (95 %

KI 7–14) och preparatet omfattas av förmånssystemet om det kombineras med motiverande stöd (14).

En meta-analys från 101 studier visade en större effekt av vareniklin jämfört såväl med bupropion som nikotinläkemedel (odds ratio cirka 1,5) (15).

Bupropion

Bupropion är en selektiv återupptagshämmare av noradrenalin och dopamin. Medlet underlättar tobaksavvänjning och minskar risken för återfall. Bupropion ska kopplas till rådgivning och fördubblar effekten jämfört med placebo. Bupropion är receptbelagt, och intas oralt 1–2 gånger/dag i 7–8 veckor. Dosen 1 gång per dag ger inte påtagligt sämre effekt, kan minska eventuella biverkningar och möjliggör lång behandlingstid till låg kostnad. NNT för bupropion är 18 (95 % KI 14–23) (14).

Bupropion har av Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket klassats som ett andrahandsmedel och omfattas av förmånssystemet under förutsättning att det ges i samband med motiverande stöd. Bupropion kan i erfarna händer kombineras med nikotinläkemedel. Klinisk erfarenhet talar för att ingen dosjustering behöver göras om bupropion kombineras med SSRI-preparat. Hos personer med kramptendens kan kramper utlösas.

Bupropion (Zyban) är även registrerat som antidepressivt läkemedel men då under annat produktnamn (Voxra).

Att beakta

Tidigare misstankar om att patienter som fått vareniklin hade en ökad risk för depression och självmord har inte bekräftats, och studier har visat att det inte föreligger någon riskökning för vare sig vareniklin eller bupropion jämfört med behandling med nikotinläkemedel eller rökstopp utan läkemedelsbehandling (17, 18). Däremot kan vissa patienter reagera med ökad nedstämdhet som en följd av nikotinabstinens. Misstänkta symtom bör föranleda läkarkontakt. Rökare har som grupp mer depressionsproblem, vilket ökar anledningen till att ge bra stöd och support. På sikt tycks rökstopp leda till minskade symtom av psykisk sjukdom. Dokumentation av läkemedelsbehandling vid rökavvänjning under 18 års ålder saknas, liksom om det föreligger könsskillnader för val av bästa behandling. Gravida ska inte behandlas med vareniklin och för personer med kraftigt sänkt njurfunktion gäller dosreduktion.

E-cigaretter

E-cigaretter med nikotin klassas inte som läkemedel och saknar evidens.

Val av läkemedel och kombinationsbehandling

Alla läkemedlen är effektiva. Som singelbehandling är vareniklin effektivast, följt av bupropion och nikotinläkemedel. De två förstnämnda kan kombineras med nikotinläkemedel vid behov men i de flesta fall ger det ringa tilläggseffekt. Att vara helt nikotinfri efter rökstoppet är som regel bäst – och förstås ett billigare alternativ. Det finns viss evidens för att kombinationen bupropion och vareniklin har större effekt än vareniklin som monoterapi.

Dokumentera, diagnosätt och följ upp

Uppföljning är särskilt betydelsefull vid tobaksavvänjning. Tobaksberoende (ICD-10, F17.2) är en användbar sjukdomskör.

Övriga åtgärder

I enstaka fall uppkommer nya symtom vid rökstopp/nikotinabstinens. Följande behandlingar kan vara indicerade:

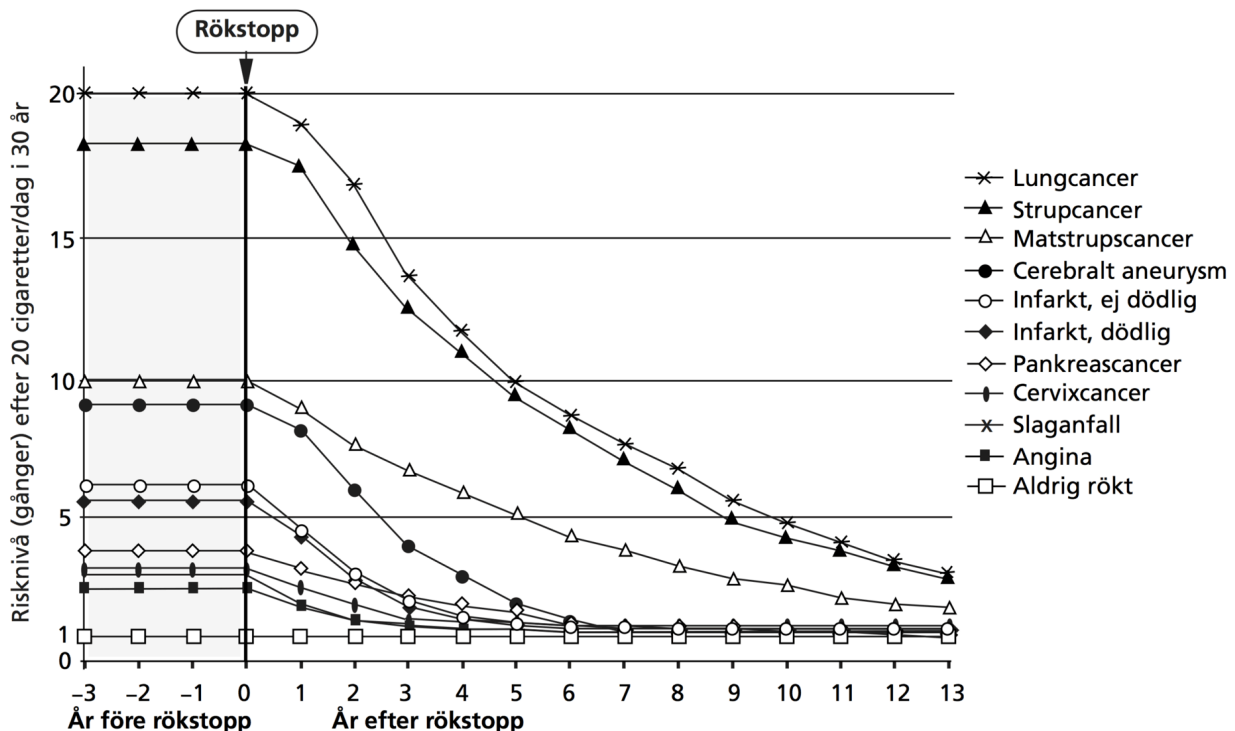
- Sedativa för korttidsbruk kan i enstaka fall underlätta vid uttalade sömnproblem. Observera att ett långvarigt bruk av sedativa/hypnotika minskar möjligheten att sluta röka/snusa. Vanligast är dock att sömnen förbättras efter nikotinstopp.
- Depressionsanamnes: Kognitiv terapi eller antidepressiva kan i undantagsfall behövas.
- Obstipation är inte ovanligt efter rökstopp och ytterligare ett skäl för att äta mer fiberrik mat och motionera. Bulkmedel eller laktulos kan behövas.

Effekter av rökstopp

Riskminskningen efter att ha slutat röka cigaretter är väl studerad. Följande ungefärliga förlopp är typiska efter att ha rökt 20 cigaretter/dag i 30 års tid (Figur 2). Snabbast är riskminskningen för hjärt-kärlsjukdomarna.

Figur 2.

Kraftig minskning av risken att drabbas av tobaksrelaterade sjukdomar efter rökstopp. Minskningen är snabbast för kardiovaskulära risker (data från olika källor, sammanställda och tolkade av Hans Gilljam).



Organisationer som arbetar tobaksförebyggande

Det finns ett mål att Sverige till 2025 ska ha uppnått att tobaksrökning är ett marginellt folkhälsoproblem. Bakom denna opinionsbildning står en lång rad av viktiga organisationer som Sveriges Läkareförbund, Svensk Sjuksköterskeförening, Svenska Läkarsällskapet och ett ökande antal landsting och regioner.

Folkhälsomyndigheten, A Non Smoking Generation, Visir och Yrkesföreningar mot Tobak (till exempel Läkare mot Tobak) spelar alla roller i det tobaksförebyggande arbetet. Information och material om tobak och tobaksavvänjning publiceras i tryckta och elektroniska media, se Faktaruta 2.

Faktaruta 3. Rökslutar- och tobaksinformation

- Sluta-Röka-Linjen, telefon 020–84 00 00
www.slutarokalinjen.org
- 1177 Vårdguiden
www.1177.se
- www.tobaksfakta.se
- www.tobaccoorhealthsweden.org
- Flera av Sveriges apotekskedjor har rökavvänjningsinformation på sina respektive webbplatser.
- Broschyren "Må bra under Ramadan" innehåller ett kapitel om rökavvänjning. Materialet är framtaget av Region Örebro län och finns som pdf på svenska, arabiska och somaliska, www.regionorebrolan.se/ramadan

Resurser för rökavvänjning

Rökavvänjningsstöd erbjuds på många håll inom primärvård, slutenvård och folktandvård. Dock visar enkätundersökningar att såväl inom primär- som slutenvården kan både täckning och kvalitet förbättras. Av särskild betydelse är att alla inom hälso- och sjukvården framför ett gemensamt hälsobudskap.

Den specialinriktade rökavvänjningsklinikens roll är trefaldig:

- att vara en specialistklinik för rökare som har svårt att sluta röka
- att utveckla och utvärdera nya rökavvänjningsmetoder
- att sprida kunskap om verksamma rökavvänjningsmetoder.

På flera håll ilandet utbildas diplomerade tobaksavvänjare. Dessa personer är viktiga nyckelpersoner för att lägga upp rutiner för tobaksavvänjning på den egna enheten. Rökavvänjning är idag en väl evidensbaserad behandling. Bäst resultat nås med team av erfarna rökavvänjare, helst med olika professionell bakgrund, som träffar sina patienter vid 4–7 tillfällen, i grupp eller individuellt, med kognitiva och beteendemodifierande metoder i kombination med läkemedel. Med motiverade rökare ligger behandlingsresultaten i nivån 30–40 % rökfria efter 12 månader. Ett fåtal långtidsuppföljningar (5–7 år) visar att resultaten i stort sett består (19). Vid snusavvänjning har vareniklin visat signifikant effekt (20) men inte nikotinläkemedel eller bupropion. Snusavvänjning är dock inte en godkänd indikation enligt produktresumé/Fass.

Andra resurser för tobaksavvänjning

Vården kan "remittera" rökare och snusare till Sluta-Röka-Linjen, telefon 020–84 00 00, men linjen är öppen för alla. Linjens professionella avvänjare kan lotsa till tobaksfrihet och till och med erbjuda återuppringning för att öka effekten. Vården är välkommen att ringa för att konsultera. Kontinuerlig utvärdering visar på hög effekt och kvalitet. Tjänsten är öppen vardag och kvällar. Information om tider ges via telefon eller Internet. Stödande material finns att tillgå.

Rökavvänjning för nya svenskar

Tobaksvanor och kulturmönster varierar stort och är ofullständigt kända. Det är av vikt att grupper med språksvårigheter nås av adekvat information på det egna språket och av rökslutarstöd i kontakterna med vården. Se även Faktaruta 3.

Referenser

1. Tobaksfakta. Tillgänglig på www.tobaksfakta.se
2. Suter MA, Mastrobattista J, Sachs M, Aagaard K. Is there evidence for potential harm of electronic cigarette use in pregnancy? *Birth Defects Res A Clin Mol Teratol.* 2015;103(3):186–95.
3. Heir T, Eide G. Injury proneness in infantry conscripts undergoing a physical training programme: smokeless tobacco use, higher age, and low levels of physical fitness are risk factors. *Scand J Med Sci Sports.* 1997;7:304–11.
4. Fagerström K, Gilljam H, Metcalfe M, Tonstad S, Messig M. Stopping smokeless tobacco with varenicline: randomised double blind placebo controlled trial. *BMJ.* 2010;341:c6549.
5. Ebbert JO, Elrashidi MY, Stead LF. Interventions for smokeless tobacco use cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(10):CD004306.
6. Jacob P 3rd, Abu Raddaha AH, Dempsey D, Havel C, Peng M, Yu L, Benowitz NL. Comparison of nicotine and carcinogen exposure with water pipe and cigarette smoking. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2013;22:765–72.
7. Folkhälsomyndigheten om Passiv rökning, www.folkhalsomyndigheten.se
8. Russel MA, Wilson C, Taylor C, Baker CD. Effect of GP's advice against smoking. *Br Med J.* 1979;2:231–5.
9. Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, et al. Treating tobacco use and dependence: 2008 Update. *Clinical Practice Guideline.* Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. May 2008.
10. Sims TH, Fiore MC. Pharmacotherapy for treating tobacco dependence: what is the ideal duration of therapy? *CNS Drugs.* 2002;16:653–62.
11. Stead LF, Perera R, Bullen C, Mant D, Lancaster T.

- Nicotine replacement therapy for smoking cessation.
Cochrane Database Syst Rev. 2008;(1):CD000146.
12. Stead LF, Koilpillai P, Lancaster T. Additional behavioural support as an adjunct to pharmacotherapy for smoking cessation.
Cochrane Database Syst Rev. 2015;(10):CD009670.
 13. Gartner LM, Morton J, Lawrence RA, Naylor AJ, O'Hare D, et al; American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk.
Pediatrics. 2005;115:496–506.
 14. Cahill K, Stead LF, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation.
Cochrane Database Syst Rev. 2008 Jul 16;(3):CD006103.
 15. Mills EJ, Wu P, Spurden D, Ebbert JO, Wilson K. Efficacy of pharmacotherapies for short-term smoking abstinence: a systematic review and meta-analysis.
Harm Reduct J. 2009;6:25.
 16. Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation.
Cochrane Database Syst Rev. 2007;(1):CD000031.
 17. Thomas KH, Martin RM, Davies NM, Metcalfe C, Windmeijer F, Gunnell D. Smoking cessation treatment and risk of depression, suicide, and self harm in the Clinical Practice Research Datalink: prospective cohort study.
BMJ. 2013;347:f5704.
 18. Anthenelli RM, Benowitz NL, West R, St Aubin L, McRae T, Lawrence D, et al. Neuropsychiatric safety and efficacy of varenicline, bupropion, and nicotine patch in smokers with and without psychiatric disorders (EAGLES): a double-blind, randomised, placebo-controlled clinical trial.
Lancet. 2016;387:2507-20.
 19. Galanti MR, Holm-Ivarsson B, Helgason AR, Gilljam H. The future of smoking cessation: Gender on the agenda. Drugs education, prevention and policy. 2002;9:71–84.
 20. Fagerström K, Gilljam H, Metcalfe M, Tonstad S, Messig M. Stopping smokeless tobacco with varenicline: randomised double blind placebo controlled trial.
BMJ. 2010;341:c6549.

För vidare läsning

- a. www.treatobacco.net

© Läkemedelsverket | Senast ändrad: 2017-05-16 10:32