



Tobaksavvänjning inom psykiatrin

Rökning är kraftigt överrepresenterat bland personer med långvarig psykisk sjukdom. Det medför att tobaksrelaterade fysiska sjukdomar leder till ökad dödlighet i dessa grupper. Därför är det viktigt att erbjuda effektiva metoder för rökavvänjning till personer med psykisk ohälsa. I dag vet vi att personer med psykisk sjukdom vill, försöker och kan sluta röka, och att stöd från hälso- och sjukvården är en framgångsfaktor. Uppdrag tobaksprevention Stockholm vid Region Stockholm, vill med det här faktabladet sammanfatta de tobakspreventiva insatserna som kan och bör införas inom psykiatrin.

Bruk och konsekvenser

Daglig rökning minskar bland socialt utsatta grupper i Sverige, men förekomsten är fortsatt hög i jämförelse med genomsnittet för hela befolkningen, som är sju procent år 2018 (1). Internationella studier har visat att bland personer med psykisk sjukdom som bipolärt syndrom, schizofreni eller kronisk depression kan andelen rökare vara så hög som 70 procent (2). Det ökar risken att drabbas av rökningens skadeverkningar: främst cancer, hjärt-kärlsjukdom och lungsjukdomar. Den förväntade livslängden för personer med allvarlig psykisk sjukdom är 15 till 25 år kortare än för den generella befolkningen, och rökning anses vara en av de största orsakerna till det (3).

Rökning påverkar dessutom ekonomin, så att andra behov inte blir tillgodosedda för att ha råd med tobaken. Undersökningar pekar på att bland rökare med schizofreni är cirka 60 procent storrökare (över 20 cigaretter per dag) och nästan en tredjedel av den disponibla inkomsten spenderas på cigaretter (4).

Tobaksberoende och den psykiska hälsan

Dagligt tobaksbruk definieras i de internationella sjukdomsklassifikationssystemen DSM-5 (substansberoende) och ICD-10: F17.2 (tobaksberoende) (5,6) som ett psykiatriskt tillstånd som kräver medicinsk uppmärksamhet. I kriterierna ingår nikotinsug men också beteendestörningar till följd av beroendet. Hur tobaksberoende interagerar med den primära psykiatriska diagnosen bland psykiatriska patienter är inte fullkomligt klarlagt, men en systematisk översikt och metaanalys som inkluderar 26 studier visar att personer, med eller utan psykisk sjukdom, som slutar röka rapporterar mindre depressivitet, ångest och stress samt ökad livskvalitet (7, 8).

Tobaksavvänjning

I riktlinjer för behandling av personer med depression, ångestsyndrom och schizofreni liksom i Socialstyrelsens riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor rekommenderas stöd till rökstopp (9). Psykisk sjukdom är förknippad med starkt nikotinberoende men motivationen att sluta röka är lika hög som hos den generella befolkningen (10). Den samlade vetenskapliga kunskapen talar för att patienter inom psykiatrin kan behöva rökavvänjningsstöd under längre tid, och att den mest effektiva interventionen är en kombination av läkemedelsbehandling, kognitiv beteendeterapi och motiverande samtal. Enbart beteendeorienterade metoder tycks ha svag effekt, men det är svårt att bedöma eftersom studierna ofta har brister i redovisning av den beteendemodifierande komponenten, samt påverkas av lågt deltagarantal och stort bortfall (11).

För att övervinna hinder för rökstopp är det viktigt att förmedla kunskap och motivation genom rådgivning. Som start kan nedtrappning av antalet cigaretter bryta invanda mönster och stärka självförtroendet att på sikt kunna sluta röka – särskilt för personer med starkt beroende (4). Eftersom välbefinnandet kan sjunka de första veckorna efter ett rökstopp på grund av abstinensbesvär, är rekommendationen att rökstoppet görs i en period där den primära diagnosen är kliniskt stabil. Om personens psykiska sjukdom försämras, är risken för återfall till rökning hög. I en sådan situation kan upprepade behandling bli aktuell. Långvarig uppföljning kombinerat med läkemedel för avvänjning kan hjälpa.

Läkemedel

Att tillsätta läkemedel för rökavvänjning till rådgivning ökar signifikant sannolikheten att en individ lyckas sluta röka. Studier tyder på att kombinationsbehandling med nikotinläkemedel

(plåster med tillägg av tuggummi, tablett eller spray) kan vara mycket effektiv. Receptbelagda läkemedel som Zyban (bupropion) och Champix (varenicline) visar båda god effekt, och anses säkra även för personer med tidigare depression, schizofreni och bipolär sjukdom. Särskilt god effekt ses vid långtidsanvändning på upp till ett år (12, 13). Vid rökstopp kan dosen av andra läkemedel, som neuroleptika och annan psykofarmaka, behöva justeras (se FASS). Därför är det viktigt att alltid noggrant följa patienter med psykisk sjukdom som slutar röka eller snusa. Kostnaden för läkemedel kan vara ett hinder för adekvat behandling.

Stödjande, rökfria miljöer

En rökfri miljö har visat sig påverka rök beteende och ge ökad motivation och tilltro till att sluta röka (14). I linje med denna kunskap stängs allt fler rökrum inom psykiatrin, efter att tidigare varit undantagna vid införandet av ”rökfritt sjukhus”. Patienter som är inlagda för heldygnsvård erbjuds i stället nikotinersättning och att röka utomhus. Personalens attityd och tro på att personer med psykisk sjukdom kan sluta röka, har betydelse för vilket stöd som ges (15). Allt mer behandling sker i öppenvård, och där kan en kontaktperson vara ett viktigt stöd i processen att sluta röka – som kan vara komplicerad och förlängd på olika sätt.

Det här faktabladet lyfter betydelsen av evidensbaserade tobakspreventiva insatser inom psykiatrin. Uppdrag tobaksprevention Stockholm, som drivs av Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin (CES) i samarbete med Akademiskt primärvårdscentrum (APC) vid Region Stockholm, har i uppgift att förbättra förutsättningarna för jämlik hälsa – bland annat genom att prioritera grupper med störst behov. Eftersom ohälsosamma levnadsvanor leder till sämre hälsa och förtida död bland personer med psykisk sjukdom är det angeläget med åtgärder som stödjer livsstilsförändringar såsom att sluta röka.

Referenser

1. Folkhälsomyndigheten. Nationella folkhälsoenkäten: hälsa på lika villkor.
2. Cooper, J., et al. Tobacco smoking among people living with a psychotic illness: The second Australian survey of psychosis. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2012, 46(9), 851–863.
3. Wahlbeck, K., et al. Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*. 2011;199(6):453-458.
4. Lum, A., et al. A systematic Review of Psychosocial Barriers and Facilitators to Smoking Cessation in People Living with Schizophrenia. *Front. Psychiatry*. 2018, 9:565.
5. American Psychiatric Association 2003. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*. 5th Edition. Washington, DC:2013.
6. World Health Organization 2003. *International Classification of Diseases*. 10th Edition. WHO, 2003.
7. Taylor, G., et al. Change in mental health after smoking cessation: systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 2014;348:g1151.
8. Prochaska, JJ. Quitting smoking is associated with long term improvements in mood. *BMJ*. 2014, Feb 17;348:g1562.
9. Socialstyrelsens webbplats, www.socialstyrelsen.se/nationella-riktlinjer.
10. Prochaska, JJ., et al. An online survey of tobacco use, intentions to quit and cessation strategies among people living with bipolar disorder. *Bipolar Disord*. 2011 Aug-Sep;13(5-6):466-73.
11. Rütther, T., et al. EPA Guidance on tobacco dependence and strategies for smoking cessation in people with mental illness. *European Psychiatry*, 2014,29, 65-82.
12. Peckham, E., et al. Smoking cessation in severe mental ill health: what works? An updated systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2017;17:1–18.
13. Anthenelli, RM., 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.
14. Stockings, E.A., Bowman J.A., Prochaska J.J., et al: The impact of a smoke-free psychiatric hospitalization on patient smoking outcomes: a systematic review. *Aust N Z J Psychiatry* 2014; 48: pp. 617-633.
15. Sheals K, Tombor I, McNeill A, Shahab L. A mixed-method systematic review and meta-analysis of mental health professionals' attitudes toward smoking and smoking cessation among people with mental illnesses. *Addiction*. 2016 Sep; 111(9):1536-53. Epub 2016 May 3.

Tabell 1. Åtgärder som hälso- och sjukvården bör erbjuda vuxna dagligrökare med särskild risk (9)

Åtgärd	Motivering till rekommendation*
Rådgivande samtal: Kan inkludera motiverande strategier, hjälpmedel och återkommande kontakter**.	Åtgärden har måttlig effekt på rökstopp.
Kvalificerat rådgivande samtal: Som ovan inklusive teoribaserade och strukturerade åtgärder av ämneskunnig i metoden.	Åtgärden har större effekt på rökstopp än rådgivande samtal.
Rådgivande eller kvalificerat rådgivande samtal med tillägg av nikotinläkemedel.	Nikotinläkemedel har en måttlig tilläggs effekt på rökstopp men det finns risk för biverkningar.
Rådgivande eller kvalificerat rådgivande samtal med tillägg av läkemedel för rökavvänjning (vareniclin, bupropion).	Åtgärden har en måttlig till stor effekt på rökstopp jämfört med endast rådgivande eller kvalificerat rådgivande samtal, men det finns risk för biverkningar. Det vetenskapliga underlaget är begränsat för vareniclin.

*Åtgärdens effekt är bedömd utifrån det vetenskapliga underlaget för vuxna generellt.

** Återbesök, telefonsamtal, brev eller mejl vid ett eller flera tillfällen. Åtgärden kan ges individuellt eller i grupp.

Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin
Box 45436
104 31 Stockholm

E-post ces.slso@sl.se
Tfn vxl 08-123 400 00

Kontaktperson: Ann Post
E-post: ann.post@sl.se

Läs mer om Uppdrag tobaksprevention Stockholm på www.folkhalsoguiden.se/uppdragtobaksprevention