

Tobaksbruk i länet

Maria Rosaria Galanti, Hans Gilljam,
Ann Post och Barbro Eriksson

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Box 6909, 102 39 Stockholm
Besök: Hantverkargatan 11 B
Tfn 08-123 132 00


Stockholms läns
landsting


Karolinska
Institutet

Förord

Stockholms läns landsting gör vart fjärde år en omfattande uppföljning av hälsoläget i länet. En folkhälsoenkät genomförs i befolkningen och ett omfattande arbete läggs ner på att värdera de studier och rapporter med information om hälsoläge, livsstil och levnadsvanor som tagits fram under den gångna perioden. Sammantaget utgör dessa källor basen för den folkhälsorapportering som får sitt främsta uttryck i den s k Folkhälsorapporten.

Folkhälsorapporten 2011 baseras till stora delar på 12 delrapporter. Delrapporterna utgår från de seminarier som genomfördes våren/hösten 2011 i samarbete mellan Hälso- och sjukvårdsförvaltningen och Karolinska Institutet samt i ett fall Äldrecentrum. Varje seminarium behandlade en viss folkhälsofråga. Delrapporterna är författade dokument där författarna själva står för fakta och framförda tolkningar och förslag till åtgärder.

Maria Rosaria Galanti, Hans Gilljam, Ann Post, Barbro Eriksson m.fl. medarbetare i det tobakspreventiva uppdraget, alla vid Institution för Folkhälsovetenskap, Karolinska Institutet

ISBN: 978-91-979698-2-6

Omslagsillustration: Erica Jacobson

Design: Alenäs Grafisk Form

Sammanfattning

Allt färre vuxna i Stockholms län röker dagligen. Enligt en modell som tagits fram av Lopez m.fl. 1994 [25] kan utvecklingen av tobaksbruket över tid likställas med en epidemi, där tobaksbruk och relaterad dödlighet ”överförs” från män till kvinnor. Sverige och Stockholms län befinner sig numera i den sista fasen av denna ”tobaksepidemi”, då den kontinuerliga nedgången av tobaksbruket bland båda könen och av tobaksrelaterad död bland män vittnar om framgångsrika samhällsinsatser mot tobak.

Flera uppgifter som presenteras i denna rapport pekar dock på nya processer, t.ex. segregeringen av tobaksbruket i de mest utsatta sociala grupperna i samhället. Denna utveckling tycks beröra de flesta västerländska länder med låg eller minskande rökningprevalens. Det kan inte tillräckligt understrykas att grupperna i befolkningen som röker mest också har flest riskfaktorer för ohälsa. Det avspeglas t.ex. i den stora andelen rökare bland personer som upplever dålig psykisk och/eller fysisk hälsa.

Förklaringen ligger antagligen i en blandning av faktorer som förstärker behovet av tobak (d.v.s. beroende), och samtidigt försvårar processen att sluta röka eller snusa (t.ex. stress, isolering). Dessa faktorer är vägledande för preventiva insatser inom vård och andra arenor.

För att bemöta behovet av stöd i dessa utsatta grupper måste man dels tänka på att öka tillgängligheten av befintliga insatser, dels på att utveckla metoder som är anpassade till målgruppens speciella situation. Det är nu en utmaning att försöka utnyttja synergier mellan olika arenor och olika typer av insatser,

Följande utvecklingslinjer för den framtida tobakspreventionen i länet kan rekommenderas. Rökavvänjning hör till de mest effektiva preventiva insatserna, och bör kunna erbjudas på all vårdnivåer, med särskild tonvikt på nya arenor såsom psykiatri och kirurgi. Implementeringen av kvalificerad rökavvänjning i den form som den levereras av Sluta- Röka-Linjen bör förstärkas.

Miljöbaserade insatser, såsom policyåtgärder, bör ses som viktiga komplement till individbaserade insatser. De är dessutom ofta de mest kostnadseffektiva, särskilt riktade till unga personer.

Att ge barn och ungdomar en rökfri miljö och tobaksfri uppväxt är ett av regeringen prioriterat folkhälsomål. Information till föräldrar om effekten av passiv rökning på barn bör intensifieras och ses som en del av satsning på föräldrastöd som syftar till att förbättra samspelet och relationen mellan barn och föräldrar.

Tobaksbruk i länet

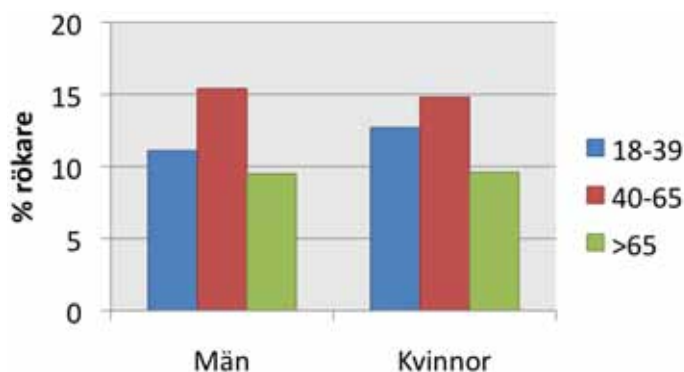
Daglig rökning bland vuxna

Generell utveckling

År 2010 rökte 12,9 % av länets vuxna befolkning, motsvarande 13,0 % av kvinnorna och 12,7 % av männen, en försumbar könsskillnad (Stockholms Folkhälsoenkäten 2010). Detta innebär en minskning från år 2006 med 2 procentenheter bland kvinnor och 1 procentenhet bland män. Dessa trender bör dock tolkas med försiktighet då det förekommer vissa förändringar i frågeställningar och urvalsmetod mellan undersökningarna. Den regionala prevalensen skiljer inte sig från rikets genomsnitt samma år, såsom den redovisas i den nationella Folkhälsoenkäten.

Ålder

Medelålders män och kvinnor (40–65 år) röker mer än länets genomsnitt (figur 1), och i nästan lika stor utsträckning. En tydligare könsskillnad syns i den yngsta åldersgruppen (18–40 år), där kvinnor fortfarande röker i större utsträckning än män (12,7 % mot 11,1 %).



Figur 1 Prevalens (%) av dagligrökare i Stockholms län efter kön och ålder, 2010

Källa: Stockholms Folkhälsoenkäten 2010

Sociala skillnader

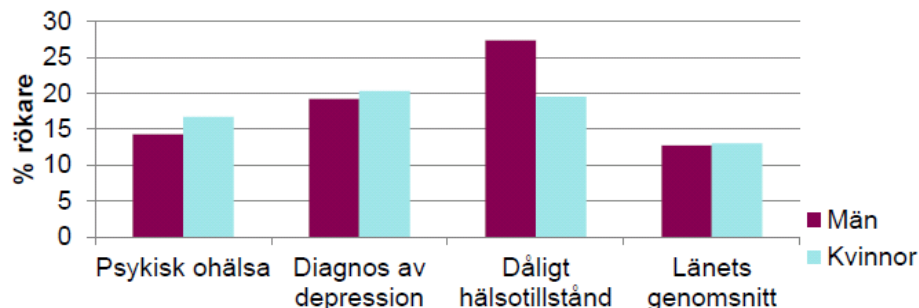
I tabell 1 redovisas andelen vuxna dagligrökare separat för män och kvinnor enligt indikatorer av socio-ekonomiskt tillstånd. Oavsett kön, är dagligrökning 2 till 3 gånger vanligare bland arbetare än bland tjänstemän; bland de med kort utbildning jämfört med lång; bland de med lägst inkomst jämfört med de som tjänar bäst; födda utomlands, särskilt Asien och Afrika, jämfört med de födda i Sverige (Tabell 1).

Tabell 1. Prevalens av dagligrökare (%) enligt indikatorer av socio-ekonomiskt tillstånd
 Källa: Stockholms Folkhälsoenkäten 2010

| Indikator | Män (%) | Kvinnor (%) |
|--------------------------------------|---------|-------------|
| Yrke/sysselsättning | | |
| Arbetare | 20,8 | 19,9 |
| Tjänsteman | 7,5 | 10,1 |
| Egen företagare | 11,8 | 9,5 |
| Utbildning | | |
| Grundutbildning eller lägre | 18,9 | 17,5 |
| Gymnasial utbildning | 14,2 | 16,4 |
| Eftergymnasial utbildning | 6,8 | 7,0 |
| Förvärvsinkomst (tertiler) | | |
| Låg | 17,7 | 14,0 |
| Medel | 13,4 | 13,9 |
| Hög | 7,2 | 8,5 |
| Födelseland | | |
| Sverige | 9,4 | 12,1 |
| Övriga Europa, Nordamerika, Oceanien | 18,0 | 16,3 |
| Asien | 24,4 | 13,0 |
| Afrika | 22,4 | 2,8 |
| Sydamerika | 14,1 | 8,0 |

Rökning och hälsa

Det finns ett starkt samband mellan rökning och självskattad hälsa. Bland de som på frågan ”Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd?” svarar ”Dåligt” eller ”Mycket dåligt” är andelen rökare mycket högre än i övriga befolkningen (Figur 2). Vad gäller självskattad psykisk ohälsa enligt instrumentet GHQ12 [1] föreligger också skillnader i daglig rökning. De som anger dålig psykisk hälsa är oftare rökare, tydligast är detta bland kvinnor. Ett annat mått på psykisk ohälsa är förekomst av diagnostiserad depression, nuvarande eller tidigare i livet. Sambandet mellan denna variabel och rökning är än mer tydlig, hos båda könen.

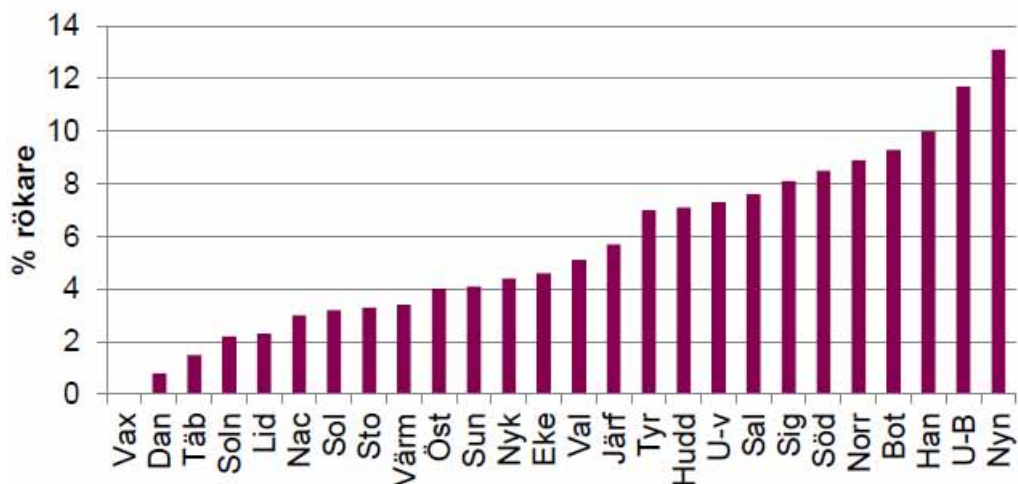


Figur 2 Prevalens (%) av daglig rökning bland individer som upplever ohälsa
 Källa: Stockholms Folkhälsoenkäten 2010

Rökning under graviditet

Fortsatt rökning under graviditet är en viktig markör för svårigheter att sluta, eftersom strävan att skydda det ofödda barnet tycks vara en stark motiverande faktor [2].

Uppgifterna om rökning under graviditet i denna rapport består av en bearbetning av data från det Medicinska Födelseregistret tillgängliga som onlinepublikation på Socialstyrelsens hemsida (<http://www.socialstyrelsen.se/register/halsodataregister/medicinskafodelse-registret>), baserade på självrapporterad rökning vid inskrivning till mödrahälsovården. År 2009 rökte i tidig graviditet, 4,7% av kvinnor i Stockholms län (jmf. 6,8% nationellt), vilket innebär en minskning av mer än 50% från år 2000. Från och med år 2000 registreras också den gravidas rökvanor tre månader före den aktuella graviditeten. På så sätt är det möjligt att få fram vilken andel kvinnor som har slutat väldigt tidigt under graviditeten. Av kvinnorna i Stockholms län, som rökte före graviditeten, (13,5%) lyckades 65% sluta före det första besöket på mödrahälsovården (motsvarande andel för hela riket är 57%). När man tittar på andel rökande gravida kvinnor kommunvis, får man fram ett tydligt mönster (figur 3), där kommuner med högst medelinkomst samt högst andel högre utbildade vuxna har lägst förekomst av rökning under graviditet.



Figur 3. Prevalens (%) av rökning under tidig graviditet i Stockholms läns landstings kommuner
Källa: Socialstyrelsen

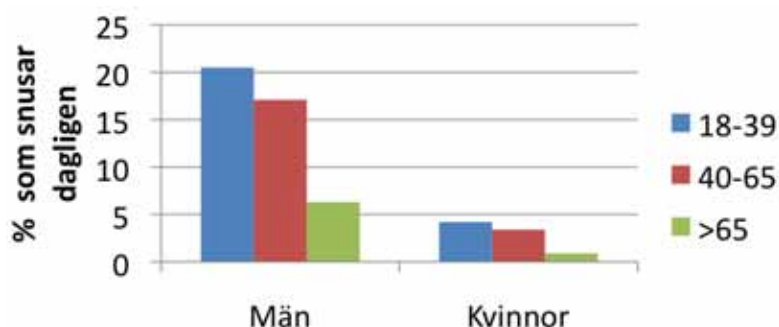
Dagligt snusbruk bland vuxna

Generell utveckling

År 2010 snusade 17 procent av männen dagligen och 3 procent av kvinnorna. Två procent av männen och 0,3 procent av kvinnorna både röker och snusar dagligen. Vid en jämförelse med motsvarande data 2006 tycks snusbruket ha minskat påtagligt bland männen och är kvar på en oförändrat låg nivå hos kvinnorna. Dessa trender bör dock tolkas med försiktighet då det förekommer vissa förändringar i frågeställningar och urvalsmetod mellan undersökningarna.

Ålder

Snusning är vanligast bland de yngre männen. Även bland kvinnor minskar daglig snusning med stigande ålder (figur 4).



Figur 4. Prevalens (%) av dagligsnusare i Stockholms län efter kön och ålder, 2010

Källa: Stockholms Folkhälsoenkäten 2010

Sociala skillnader

I tabell 2 redovisas andelen vuxna dagligsnusare separat för män och kvinnor, enligt indikatorer av socio-ekonomiskt tillstånd. Snusning har inte samma tydliga koppling till socioekonomi som daglig rökning. Prevalensen är högst hos män med gymnasial utbildning, färre snusar bland de som har högskoleutbildning eller endast grundskoleutbildning. Något fler arbetare än tjänstemän uppger daglig snusning. Låginkomsttagare snusar i något mindre utsträckning än medel- och höginkomsttagare. Svenskfödda män och kvinnor snusar i större utsträckning än utlandsfödda.

Tabell 2. Prevalens av dagligsnusare (%) enligt indikatorer av socio-ekonomiskt tillstånd

Källa: Stockholms Folkhälsoenkäten 2010

| Indikator | Män (%) | Kvinnor (%) |
|--------------------------------------|---------|-------------|
| Yrke/sysselsättning | | |
| Arbetare | 18,7 | 3,4 |
| Tjänsteman | 16,5 | 3,2 |
| Egen företagare | 17,8 | 3,4 |
| Utbildning | | |
| Grundutbildning eller lägre | 16,6 | 2,9 |
| Gymnasial utbildning | 20,6 | 3,6 |
| Eftergymnasial utbildning | 13,4 | 3,1 |
| Förvärsinkomst (tertiler) | | |
| Låg | 15,3 | 2,6 |
| Medel | 17,6 | 3,8 |
| Hög | 17,3 | 3,5 |
| Födelseland | | |
| Sverige | 19,6 | 3,9 |
| Övriga Europa, Nordamerika, Oceanien | 7,5 | 1,6 |
| Asien | 8,9 | 0,5 |
| Afrika | 5,9 | 0,8 |
| Sydamerika | 1,3 | 1,8 |

Snusbruk och hälsa

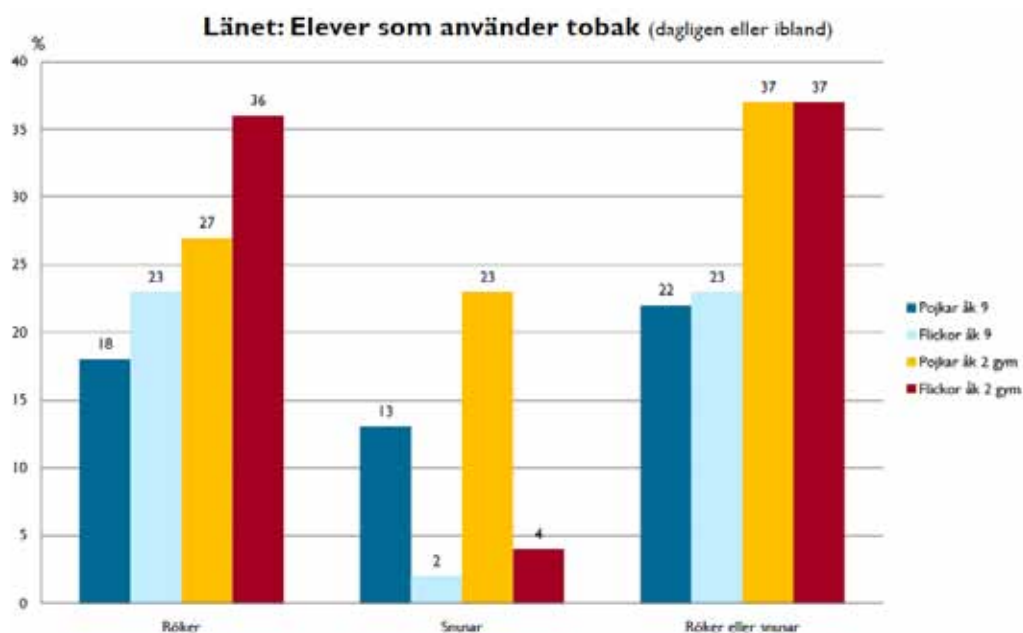
Kopplingen mellan snusning och ohälsa är inte lika tydlig som den är för rökning. Snusning tycks t.o.m. vara underrepresenterat hos män som anger dålig hälsa. Kvinnor uppvisar ingen skillnad i prevalens av daglig snusning med avseende på självskattad hälsa. Snusning tycks inte vara kopplat till psykisk ohälsa enligt GHQ12, däremot är den vanligare bland de som har fått diagnosen depression någon gång i livet.

Tobaksbruk bland ungdomar

Stockholms Socialförvaltnings Utvecklingsenhet genomför vartannat år Stockholms Stads ungdomsenkät som riktar sig till elever i årskurs 9 och årskurs 2 i gymnasiet i Stockholm och några kommuner i länet. Resultatet visar att kring 23 % och 37 % av elever i årskurs 9 respektive år 2 i gymnasiet använder tobak, antingen i form av cigaretter eller av snus (Figur 6).

Denna andel skiljer sig knappast mellan könen. Men det syns tydliga könskillnader när man beaktar rökning och snus var för sig. Andelen pojkar som snusar är 6 gånger större än flickor, oavsett ålder. Däremot röker flickor cigaretter i större utsträckning än pojkar och skillnaden ökar med ålder.

Efter en tydlig nedgång av cigarettrökning upp till 1998–2006 har andel rökare bland unga ökat igen, med en tendens till fortsatt ökning bland pojkar.



Figur 5. Andel elever som använder tobak, Stockholm Stads enkät 2010

Evidensbaserade åtgärder

Målgrupper och arenor

År 1994 föreslog den amerikanska myndigheten Institute of Medicine (IOM) en ny klassifikation av preventiva insatser istället för den traditionella ”primär, sekundär och tertiär prevention”. Den nya klassifikationen fokuserar på målgrupp eller nivå där förändringar ska ske (se tabell 3 nedan), och antogs av det europeiska centret för bevakning av och information om alkohol, narkotika och tobak, EMCDDA (www.emcdda.europa.eu/themes/prevention/responses-in-eu).

Genom att kombinera dessa ingångspunkter med olika arenor kan man få fram en ”karta” av effektiva åtgärder som kan implementeras.

Tabell 3. Preventionsinsatser enligt målgrupp och arenor – exempel på tobak

| Målgrupp/Mål | Arenor | | |
|---|--|---|---|
| | Vård | Skola | Kommun |
| Universell (Insatser riktad till samtliga individer) | Spridning av kunskap t.ex. deltagande i mässor, debatter | Hälsoupplysning/ ANT | Kampanjer, friskvård |
| Selektiv (Insatser riktad till individer som har hög risk för att börja bruka tobak) | Informationskampanjer | Arbete med riskfaktorer (t.ex. skolkning) | Arbete för att minska sociala skillnader i hälsan |
| Indikerad (Insatser riktad till individer som redan brukar tobak) | Rökavvänjning | Rökavvänjning | Rökavvänjning av anställda, se nedan |
| Miljöbaserad (insatser för att förändra samhällets regler och normer) | Rökfri på sjukhuset | Policy mot tobak | Rökfri arbetstid/ övrig policy; tillsyn |

Något att tänka på när man planerar olika preventiva insatser är att *inverkan* på befolkningsnivå är en funktion av två storheter: dels vilken effekt man kan förvänta sig på individnivå, dels hur stor andel av befolkningen man når. Det är uppenbart att insatser som syftar till att modifiera samhällsstrukturer och normer har en större potential än beteendemodifierande interventioner riktade till individer, även om de sistnämnda är i sig väldigt effektiva.

En annan dimension som ska beaktas är när i tid preventionseffekten på befolkningshälsan kommer att visa sig. Preventionsprogram som enbart fördröjer eller förebygger tobaksdebut kommer att minska dödligheten om cirka 50 år, medan program som främjar tobaksstopp bland tobaksbrukare ger samma hälsovinster på hälften så kort tid [3].

Prevention i skolan

Skolan är en optimal arena för både universell och selektiv prevention, men särskilda program kan anordnas även med fokus på individualiserad prevention. Elevers *åldersgrupper* bestämmer i högsta grad vilka inriktningar skolbaserad prevention kan ha; ju äldre eleverna är desto större plats bör indikerad prevention ha. Skolbaserade insatser mot tobak är mest framgångsrika om alla nedanstående nivåer tacklas samtidigt (t.ex. ANT undervisning eller hälsofrämjande program tydligt integreras i en policy på skolan).

1 Universell prevention

Vissa typer av ANT-program, som använder en livskunskapsmodell och syftar till att förändra normer kring tobak har visat sig mer effektiva än program som är mer faktabaserade [4].

Även de mest framgångsrika skolbaserade programmen för att hindra tobaksdebut har visat måttlig och övergående effekt på beteende, trots att mellanliggande faktorer såsom kunskaper och attityder kan påverkas. Till dessa hör ”Unplugged” – ett standardiserat skolbaserat program för att förebygga användning av alla typer av droger som utvärderades i 17 EU länder däribland Sverige [5]. Eftersom skolbaserade insatser kan räkna med en bredd och bestående målgrupp kan deras kostnadseffektivitet trots allt vara högre än andra typer av preventiva insatser [6].

2 Selektiv prevention

Insatser som riktas till att modifiera riskfaktorer och beteendemönster som förknippas med tobaksdebut och drogbruk i unga åldrar har visat sig framgångsrika i att förhindra eller fördröja tobaksbruk [7].

3 Individualiserad prevention

Skolan anses som en av mest framgångsrika arenor för att bedriva rökavvänjningsprogram för ungdomar [8]. En kombination av samtalsmetoder, främst baserade på kognitiv beteendeterapi och motiverande samtal, samt en duration på 4–5 träffar har visat sig vara den mest effektiva kombinationen. SOTIS samtalsmodellen (se avsnitt 3) är baserad på dessa vetenskapliga rön.

4 Miljöbaserad prevention

Inverkan av en skolpolicy mot tobak på elevers tobaksbruk har utvärderats vetenskapligt i bara några få studier, vars resultat inte är entydiga. Generellt sett karakteriseras en framgångsrik policy av en hög nivå av *upprätthållning* samt en bred *omfattning*, t.ex. totalförbud på skolområde och skoltid för alla inkl. besökare [9].

Rökavvänjning

Majoriteten av rökarna i Sverige slutar på egen hand. Det brukar krävas 5–6 försök för att bli varaktigt rökfri. Motivationen är en central framgångsfaktor. Ungefär 1/5 av rökarna (ca 40 000 i SLL) lyckas inte på egen hand och behöver kvalificerad hjälp. Den evidensbaserade rökavvänjningen kombinerar rådgivning med läkemedel och hör till de bäst studerade behandlingarna inom medicinen [10]. Redan enkla råd kan hjälpa men Socialstyrelsens riktlinjer rekom-

menderar kvalificerad rådgivning [11]. Med kvalificerad rådgivning menas en patientcentrerad, strukturerad och teoribaserad insats (ex. KBT, MI) av särskilt utbildad personal som stöder och följer upp. Insatserna kan stödjas av t.ex. tryckt material, internetprogram och med läkemedel. I den evidensbaserade behandlingen ingår också läkemedel. Kombinerat med råd och stöd kan en erfaren rökavvänjare räkna med att ca 1/3 av de behandlade är rökfria ännu efter 12 månader. Snusavvänjningen är mindre efterfrågad och kunskapsläget är betydligt svagare.

Rökavvänjning under graviditet

Användning av tobak under graviditet kan påverka barnet och graviditeten negativt. Flera vetenskapliga studier [12,13] har visat att rökning ökar riskerna för missfall, för tidig förlossning, minskad fostertillväxt, moderkaksavlossning, fosterdöd under graviditeten och plötslig spädbarnsdöd. Omkring 7 procent av svenska kvinnor röker vid graviditetens början och knappt en tredjedel av dessa lyckas hålla upp med rökningen under resten av graviditeten. Det är visat att andelen rökande gravida kvinnor kan minskas med hjälp av strukturerad rådgivning och självhjälpsmaterial [14]. En dialog som utgår ifrån kvinnans sätt att se på rökning kan underlätta att stödja gravida kvinnor till att sluta röka. Traditionen att agera som en medicinsk expert som pliktskyldigt ger information måste då omprövas. Många barnmorskor är idag specialutbildade i rökavvänjning eller vet var hjälp kan fås.

Föräldrar/barn

Studier har visat att det finns ett samband mellan tobaksrök i miljön och utveckling av luftvägssjukdomar hos barn [15]. Barn som utsätts för tobaksrök har en ökad risk för luftvägsinfektioner och barnastma, fler öroninflammationer och behöver oftare sjukhusvård än barn som inte exponeras. Tobaksrök kan ge irriterade ögon, rethosta och huvudvärk. Vart tionde barn i länet utsätts för passiv rökning. Högst andel barn som utsätts för passiv rökning finns i Skärholmen, Nynäshamn och Botkyrka [16].

Motiverande samtal (MI) har effekt på att minska exponeringen för passiv rökning i hemmet. Nikotinnivåerna i luften var 6 månader efter interventionen (ca 45 min MI-samtal + 4 uppföljande telefonsamtal) signifikant lägre än i kontrollgruppen [17].

Föräldrar är en viktig förebild för sina barn, det gäller även tobaksbruk. Kontraktmetoder (t.ex. Tobaksfri Duo) mellan vuxna och eleven har visat sig kunna bidra till en minskning av ungas rökning och också stimulera vuxna att sluta för att kunna teckna kontrakt [18].

Ungdomar

Då de flesta tobaksbrukare grundlägger sitt tobaksbruk i tonåren är det en viktig arena även för indikerade preventiva insatser [18]. I Stockholm har SOTIS-Samtal Om Tobak I Skolan – en manual för hälsosamtal om tobak för att stödja motivationen till beteendeförändring tagits fram och utvärderats [19].

Psykiatrin

Många psykiskt sjuka röker och har också ofta en hög konsumtion av cigaretter [20,21]. Psykiskt sjuka rökare är lika motiverade att sluta som andra rökare. Senare forskning visar att de ofta har svårt att klara det på egen hand men med stöd kommer de upp i nivå med patientgrupper utan psykisk sjukdom [22].

Information om hur personal inom psykiatri, beroendevård och socialtjänst i det löpande arbetet kan stödja patienter/klienter att sluta med tobak, har nyligen utgivits av Psykologer mot Tobak med bidrag från Statens folkhälsoinstitut. (www.psykologermottobak.org.)

Rökfria operationer

Risken att drabbas av komplikationer vid operationer är mycket högre för rökare än för icke-rökare [23]. Tobak gör att kroppens vävnader får sämre syresättning. Det i sin tur gör att operationssåren läker långsammare och risken för infektioner ökar. Forskningen visar att rökare som avstår från tobak 6–8 veckor innan och 6 veckor efter operationen halverar risken för skador i samband med ingreppet [24].

Tobaksarbete i länet

– några exempel på evidensbaserade verksamheter

Tobaksprevention vid Berga Naturbruksgymnasium

Ett bra exempel på tobakspreventivt arbete i skolan är Berga Naturbruksgymnasium, där nästan hälften av alla elever rökte år 2008. Skolan har 280 elever, varav 100 bor på internat. Skolsköterskan startade, med rektors stöd, en tobakskommitté med personal som ställde upp frivilligt. Kommittén utformade en strategi till ett förändringsarbete som senare blev en tobakspolicy och som spreds via internet till all personal. Skolsköterskan mötte motstånd från personalen som inte trodde strategin var genomförbar bl.a. förslaget att minska antalet rökrutor från 7 till 1.

Alla elever informerades om tobakspolicyn och att det var ett beslut som måste följas. Det visade sig att alla elever som rökte gick till den enda rökruta som var kvar. Elever i första årskursen fick ett hälsosamtal enligt SOTIS-modellen och de som rökte fick erbjudande om tobaksavvänjning. En broschyr togs fram om förändringsarbetet för att inspirera föräldrar till att aktivt arbeta för en rök- och tobaksfri ungdom. Skolpersonalen arbetar kontinuerligt för att stimulera till olika aktiviteter för att förmedla information och kunskap om hälsorisker med tobak.

Sluta-Röka-Linjen.

Sluta-Röka-Linjen har sedan starten 1998 haft en tydlig målsättning att ha ett gott samarbete med vården. Genom utskick av visitkort till vårdcentraler och kliniker årligen erbjuder vi samverkan kring tobaksbrukande patienter. Linjens behandlare är välutbildade och har en bakgrund i vård-tandvård-hälsopedagogik och får kontinuerlig handledning i MI (samtal spelas in, kodal inför handledningen). Cirka 100 000 behandlingssamtal har linjens medarbetare genomfört sedan 1998. Den typiska inringaren till linjen är och har varit en kvinna 40+. Cirka 70 % av de som söker kontakt är kvinnor. Snusarna har också hittat linjen – 8 % av tobakssamtalen kommer från dem. Den aktiva tjänsten kompletteras av olika utbud, såsom: hemsida och blogg, handledning (kollegialt stöd) till andra som arbetar med tobaksavvänjning, proaktivitet till inringarna (kunden kan välja mellan att ta nästa kontakt själv vid behov eller bli uppringd av linje); samarbete med Mödrahälsovården i länet för att stödja gravida till att sluta med tobak.

Tjänsten utvärderas kontinuerligt och uppvisar ungefär samma resultat som

tobaksavvänjning inom vården i övrigt. Ambitionen framöver borde bli att tydligare rikta tjänsten till de grupper som röker mest.

Tobaksavvänjning i primärvården

I vården har tobaksavvänjning funnits sedan lång tid tillbaka och betydande utbildningsinsatser har gjort att god kompetens finns i länet för att bedriva tobaksavvänjning. I en färsk undersökning i länet hade 57 % av vårdcentralerna som besvarade enkäten (134) en tobaksansvarig. Av dessa bedriver 50 % egen tobaksavvänjning i snitt 5 tim/v med gott resultat (40 % tobaksfria efter 1 år). De flesta har adekvat utbildning i tobaksavvänjning och MI.

För att tidigt stimulera gravida kvinnor att tänka på sin livsstil under graviditeten har en folder tagits fram ”Bädda för en god start” på uppdrag av Mödrahälsovården i Stockholms läns landsting. Den innehåller råd om mat, fysisk aktivitet, tobak, alkohol, stress och oro, sex och läkemedel under graviditeten. Efter att ha testats under en tid (2008) med positivt resultat ingår den numera i basprogrammet i Mödrahälsovården.

Några faktorer som skulle befästa tobaksavvänjning i primärvården är:

- ◆ implementering av en fast struktur som värnar arbetet även då andra behov inom kliniken gör sig gällande.
- ◆ en centralt samordnande funktion skapas och strategiskt placerade hälsoenheter inrättas för att hantera flera livsstilar förutom rökning/tobaksbruk på ett spetskompetent vis.
- ◆ en kontaktperson på varje vårdcentral som ansvarar för tobaksavvänjning och ser till att rutiner i frågan upprätthålls.

Rökfria operationer

I december startade kampanjen ”En Rökfri Operation” i Sverige som ska göra operationerna säkrare genom att hjälpa patienter att sluta röka. Aktionen har lett till att tillgången på avvänjningsstöd ökar inom slutenvården. I Stockholms län har stöd getts till klinikerna genom grundutbildning i tobaksavvänjning, diplomering till tobaksavvänjare samt handledning. Sluta-röka-linjen har särskilt avsatta resurser för att kunna ta emot remisser på patienter från operationskliniker i länet.

Erfarenheter från Södersjukhusets ortopediklinik visar att alla goda argument som talar för rökfrihet i samband med operationer har medfört att fungerande strukturer skapats som möjliggör systematiskt rökavvänjningsarbete på plats på kliniken. Dessutom ger rökfria operationer lägre vårdkostnader och en samhällsekonomisk vinst.

Psykiatri

I Stockholms läns landsting sändes en enkät år 2010 till allmänpsykiatrin för att kartlägga tobakspolicy och avvänjningsstöd. Totalt 30 av 48 enheter svarade och sammanställningen visar att 63 % av dessa har en tobakspolicy och 13 % svarade att de erbjuder tobaksavvänjningsstöd. Ett fåtal enheter inom slutenvården hade rökrum kvar för patienter.

Hela 84 % av enheterna svarade att de absolut eller eventuellt är intresserade av att remittera patienter till Sluta-Röka-Linjen. Det visar att det finns stora möjligheter att utveckla det professionella stödet till patienter inom psykiatrin.

Länsstyrelsens roll i det tobakspreventiva arbetet.

Regeringen har beslutat om en nationell strategi för alkohol-narkotika-dopnings- och tobakspolitiken (ANDT-politiken) 2011–2015. Syftet är att ange inriktning och mål för hur insatser inom de olika områdena ska genomföras. Länsstyrelsen ställs inför flera utmaningar för att uppnå dessa mål och nya strategier utarbetas angående:

- ◆ Tillsyn (varannan ungdom under 18 år kan köpa tobaksvaror)
- ◆ De rökfria miljöerna (skarpare kontroller av uteservering)
- ◆ Nya tobaksprodukter (t.ex. tobak för vattenpipsbruk)
- ◆ Metoder för tobaksavvänjning som har ungdomar till målgrupp
- ◆ Samordning av olika möjliga aktörer i vuxenvärlden, t.ex. skola vård-
tandvård, föräldrar och föreningsliv m.m.

Referenser

- 1 Goldberg, D.P., et al., The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychol Med*, 1997. 27(1): p. 191-7.
- 2 Buja, A., et al., Socio-demographic factors and processes associated with stages of change for smoking cessation in pregnant versus non-pregnant women. *BMC Womens Health*, 2011. 11: p. 3.
- 3 Peto, R., Z.M. Chen, and J. Boreham, Tobacco – the growing epidemic. *Nat Med*, 1999. 5(1): p. 15–7.
- 4 Thomas, R. and R. Perera, School-based programmes for preventing smoking. *Cochrane Database Syst Rev*, 2006. 3: p. CD001293.
- 5 Unplugged, ett program från EU-Dap, European Drug Abuse Prevention Stockholms läns landsting 2001 Jul;108(1):18–24
- 6 Wang, L.Y., et al., Cost-effectiveness of a school-based tobacco-use prevention program. *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.*, 2001. 155(9): p. 1043-1050
- 7 Kellam, S.G., et al., Effects of a universal classroom behavior management program in first and second grades on young adult behavioral, psychiatric, and social outcomes. *Drug Alcohol Depend*, 2008. 95 Suppl 1: p. S5-S28.
- 8 Sussman, S. and P. Sun, Youth tobacco use cessation: 2008 update. *Tob Induc Dis*, 2009. 5: p. 3.
- 9 Moore, L., C. Roberts, and C. Tudor-Smith, School smoking policies and smoking prevalence among adolescents: multilevel analysis of cross-sectional data from Wales. *Tob Control*, 2001. 10(2): p. 117-23.
- 10 Metoder för rökavvänkning, Stockholm. Statens beredning för medicinsk utvärdering; 1998. SBU-rapport 138.
- 11 Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder; Socialstyrelsen 2010
- 12 Lumley J, Oliver SS, Chamberlain C, et al. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005.
- 13 England, L.J., Levine, R.J., Mills, J.L., Klebanoff, M.A., Yu, K.F., and Cnattingius, S. 2003. Adverse pregnancy outcomes in snuff users *Am. J. Obstet. Gynecol.* 189: 939-943.
- 14 ELumley J Chamberlain C, Dowswell T, Oliver S, Oakley L, Watson L. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 3.
- 15 Cheraghi M, Salvi S. Environmental tobacco smoke (ETS) and respiratory health in children. *Eur J Pediatr.* 2009 Aug;168(8):897-905. Epub 2009 Mar 20. Review

- 16 Hetteema J, Steel & J & Miller WR. Motivational Interviewing. *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 2005(1):91–111.
- 17 Nilsson Promoting health in adolescents: preventing the use of tobacco, 2009 Umeå.
- 18 Sussma, S, & Sun, P. (2009). Youth tobacco use cessation: 2008 update. *Tobacco Induced Disease*, 5, 3.
- 19 Galanti, Post, Jansson, SOTI: Samtal Om Tobak I Skolan Stockholm 200?
- 20 Grant, B., Hasin, D., Chou, S., Stinson, F., & Dawson, D. (2004). Nicotine dependence and psychiatric disorders in the United States: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Archives of General Psychiatry*, 61, 1107–1115.
- 21 Brown, S., Barraclough, B., & Inskip, H. (2000). Causes of the excess mortality of schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, 177, 212–217.
- 22 Michael K. Ong, Qiong Zhou, Hai-Yen Sung. Primary Care Providers Advising Smokers to Quit: Comparing Effectiveness Between Those With and Without Alcohol, Drug, or Mental Disorders. *Nicotine & tobacco research* [1462-2203] Ong år: 2011
- 23 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.
- 24 Thomsen T, Villebro N, Møller AM. Interventions for preoperative smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 7. Art. No.: CD002294. DOI: 10.1002/14651858.CD002294.pub3.
- 25 Lopez, A. D. fl. A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. *Tobacco control* 1994



Stockholms läns landsting
Hälsa- och sjukvårdsförvaltningen
Box 6909, 102 39 Stockholm
Telefon: 08-123 132 00 vx

Beställning av rapporten:
informationsmaterial.lsf@sll.se
Tfn 08-123 132 99



**Stockholms läns
landsting**



**Karolinska
Institutet**