

Om att arbeta med  
Socialstyrelsens Nationella  
riktlinjer för sjukdoms-  
förebyggande metoder.

**NO  
SMOKING**



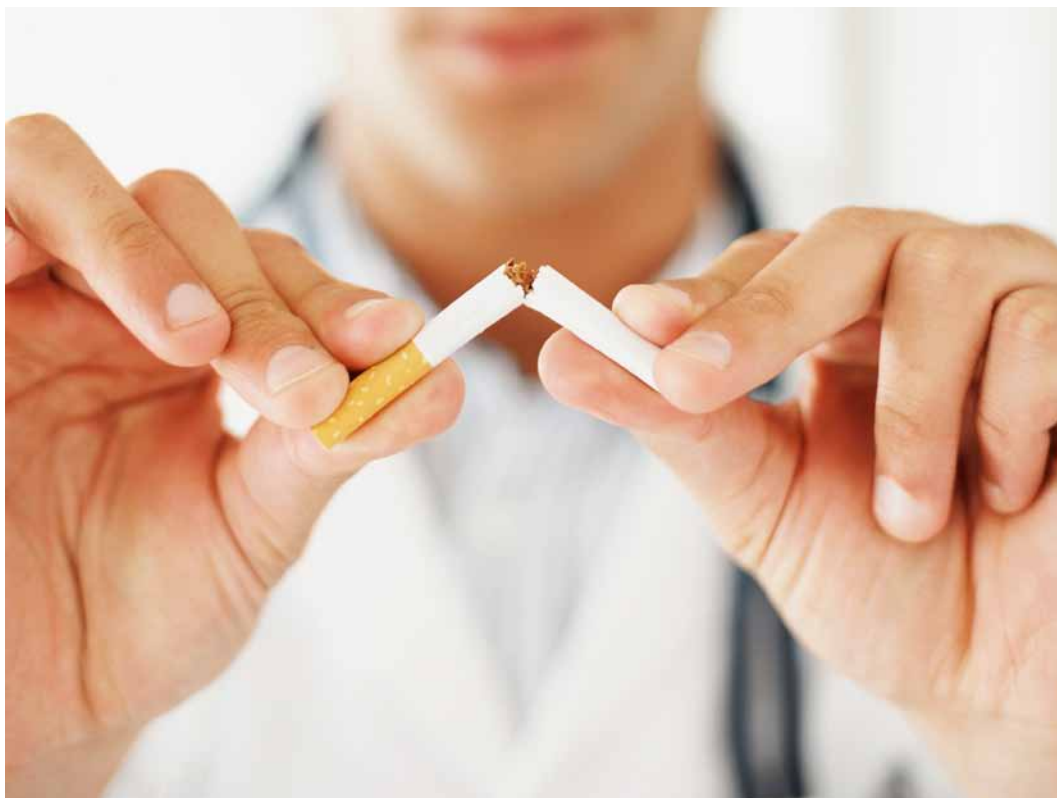
## Rökavvänjning inom företagshälsovård och arbets- och miljömedicin



Svenska  
Läkaresällskapet



- De flesta läkare träffar nästan dagligen patienter med tobaksrelaterade sjukdomar
- Med en enkel fråga kan en process börja där patienten på sikt blir fri från sitt tobaksbruk
- Rökavvänjning tillhör sjukvårdens mest kostnadseffektiva insatser
- Läkare åtnjuter stort förtroende och har enastående möjligheter att lyfta fram frågan
- Korta frågor till patienten kan väcka intresse och starta en behandlingsprocess som leder till rökstopp
- Det finns starka medicinska skäl att systematiskt dokumentera tobaksanvändning



## Läkare första länken i kedjan

Mer än hälften av dem som röker regelbundet under sin livstid dör till följd av detta, och i medeltal dör rökare tio år tidigare än icke-rökaren. Dessutom innebär rökning (jämfört med icke-rökning) cirka sju levnadsår med sämre livskvalitet.

Rökavvänjning tillhör sjukvårdens mest kostnadseffektiva insatser. Vill man förebygga allvarliga sjukdomar som cancer, KOL och hjärtkärlsjukdom eller begränsa deras progress finns knappast något som kan konkurrera. Detta gäller även mindre allvarliga tillstånd som tandlossning, synnedsättning, hörselnedsättning, kronisk laryngit, impotens, barnlöshet, Raynaudfenomen, dålig andedräkt, nedsatt kondition m. fl.

En kort fråga räcker i enstaka fall för att bota

tobaksberoendet; vanligare är dock att den väcker tankar som kan bli början på en process, där patienten på sikt blir fri från sitt tobaksbruk.

Socialstyrelsens **Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011** ger starkt mandat för att erbjuda rökavvänjning inom arbets- och miljömedicin och företagshälsövård.

Med personligt anpassat professionellt stöd av specialutbildad personal – tobaksavvänjare – kan man öka personernas möjlighet att lyckas sluta röka till omkring 30 procent (SBU, 1998).

# Möjligheterna på arbets- och miljömedicinska kliniker (AMM) och inom företagshälsovård (FHV)

På arbetsplatser finns arbetsmiljöfaktorer som samverkar och förstärker belastningen av rökning och ytterligare nedsätter lungfunktionen. Därigenom blir argumenten för rökstopp ännu starkare och här har AMM och FHV naturliga möjligheter att göra anknytningar och får en ytterligare hävstång i motiveringen. Exempel på sådana arbetsmiljöfaktorer är damm, avgaser, rök och mikropartiklar. En annan form av arbetsmiljöfaktor är vibrerande verktyg som tillsammans med nikotin accelererar en försämring av funktionen i händer.

I de lagstadgade medicinska kontroller som för många arbetstagare till en undersökning och ett samtal hos FHV krävs för arbete i speciella arbetsmiljöer en normal lungfunktion. Likaså kan faktorer i dessa arbetsmiljöer påverka lungfunktionen negativt. Det gäller till exempel ämnen som isocyanater, härdplaster, asbest, kvarts och vissa syntetiska oorganiska fibrer. En god arbetsförmåga med en bra lungfunktion krävs vid höjdarbete i master och stolpar, rök- och kemdykning samt dykeriarbete.

## EXEMPEL

### Vid härdplastundersökning kan man påpeka:

Om du fortsätter att röka så kommer du att med tiden få försämrade lungfunktionsvärden, vilket i sin tur gör att du en dag riskerar att inte kunna bedömas som tjänstbar i arbete med härdplast (beslutet blir oberoende av om det är rökningen i sig eller härdplastexponering som gett försämrade lungfunktionsvärden). Detta kan göra att du riskerar att förlora ett arbete som du säger att du trivs med.

Det finns också en lagstadgad medicinsk kontroll för arbete med vibrationsexponering.

Vid dessa lagstadgade medicinska kontroller ingår obligatoriskt att ta en tobaksanamnes. Ofta kanske man nöjer sig med detta som ett underlag för bedömningen och kanske lägger till någon mening med vådan av tobaksrökning. Här finns möjligheten att ta det hela ett steg till och se som sin uppgift att kunna vara en länk eller katalysator till förändring av arbetstagarens vana. Genom att höja ambitions-nivån kan samma besök ha två huvuduppgifter; dels att göra en tjänstbarhetsbedömning, dels att möta patienten där den kan vara på sin väg mot ett möjligt rökstopp.

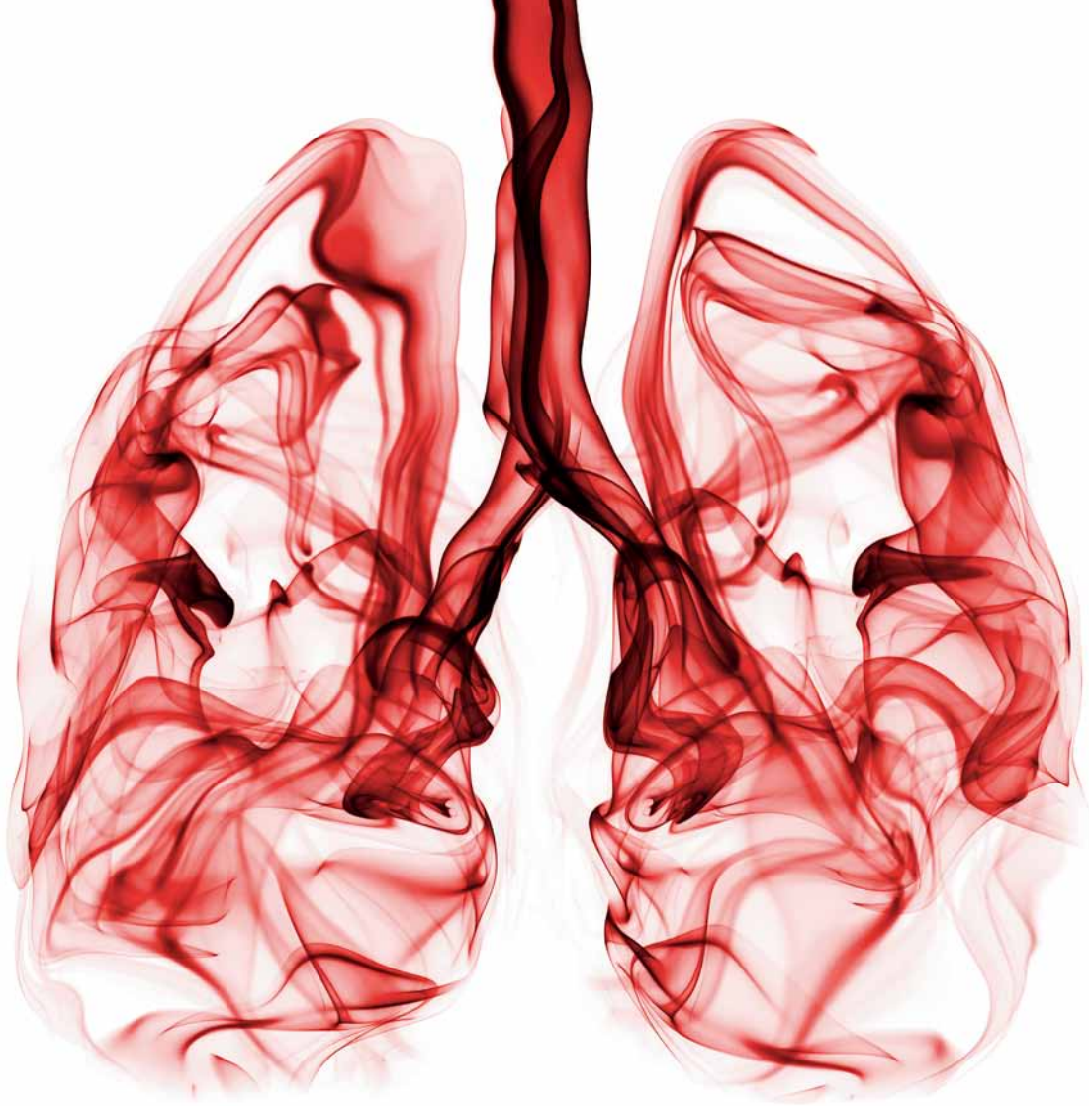
Vad gäller fysiskt tunga arbeten vid nyanställningsundersökning, t.ex. vårdarbete, lokalvård eller lagerarbete, kan man till rökare ta upp och diskutera hur rökens skadliga ämnen minskar blodflödet till skelettet och musklerna, tillförseln av näring hejdas, vilket gör att benmassan krymper och benvävnaderna blir skörare. Detta är en trolig orsak till att rökare har mer ryggbesvär än icke-rökare och att man därför som rökare riskerar att inte kunna klara att arbeta i yrket över tid.

Inom FHV kan en stor del av verksamheten vara hälsoundersökningar och annat friskvårds- och levnadsvanearbete. Där bör man komma ihåg att rökningen bör få plats då den är levnadsvanan med den största risken för ohälsa och med en svårighetsgrad som är kraftig till mycket kraftig.

Vid sjukvårdsbesök ges många naturliga möjligheter att lyfta tobaksfrågan med tanke på tobaksbrukets association med åtskilliga vanliga symtom (hosta, heshet, andfåddhet, humörpåverkan etc) och inte minst allvarliga sjukdomar.

Vid sjukskrivningar och i rehabiliteringsarbete kan anknytningar göras till tobaksbrukets menliga inverkan på kondition, ork, uthållighet,





närvaro på arbetsplats, friska dagar, livskvalitet, att orka till (och få ett långt och friskt liv efter) pensionsdagen.

Du kan dra nytta av unika förutsättningar som finns på många arbetsplatser. Jämfört med t ex vårdcentraler finns ofta bättre förutsättningar för att starta rökslutargrupper. Folk känner varandra, är vana att jobba mot ett gemensamt mål, är geografiskt samlade.

En rökfri arbetsplats ger många fördelar; exempelvis goodwill, bättre kundrelationer, föredöme för andra.

Rökfria personer blir inte bara fysiskt friskare utan de får på sikt mindre besvär av ångest och oro<sup>1</sup>.

Alkoholbruk har reciproka kopplingar till

rökning och där verkar inte ”summan av laster vara konstant” utan tvärtom<sup>2</sup>.

### **Arbetskraftskostnader**

Rökningen medför betydande kostnader för arbetsgivaren. Man kan generellt beräkna att det tar minst 30 minuter per arbetsdag att röka. Det betyder ofta att rökaren tar fler pauser än arbetskamraterna, vilket lätt blir en källa till missnöje på arbetsplatserna.

Arbetskraftskostnaden för en röktime låg 2008 i genomsnitt på 282 kronor. Om man räknar att rökningen tar 30 minuter extra per arbetsdag blir totalkostnaden för röktid 31 300 kronor per rökare och år baserat på en nationell medellön på 25 800 kronor i månaden.

Rökarens i genomsnitt åtta extra sjukdagar per år (Roberts, 2001) kostar samtidigt arbetsgivaren 13 700 kronor per rökare och år. Kostnader för vikarier, produktionsbortfall och rehabilitering tillkommer. I regel orsakar en person kostnader motsvarande minst dubbla lönen vid sjukdom.

Arbetsgivarens kostnad för rökningen kan således beräknas till sammanlagt 45 000 kronor per rökare och år (P. Liukkonen, Stockholms universitet, personlig kommunikation, 09-06-28).

Slutar 49-åringar att röka vinner de i genomsnitt 6 år (en 30-åring vinner 10 år)<sup>3</sup>. Kostar företagets rökslutstöd 6 000 kr så blir det en kostnad på 1 000 kr per vunnet levnadsår för en 49-åring.

### **Fråga alla patienter om tobaksbruk**

Med tanke på tobaksbrukets association med åtskilliga vanliga symtom och till allvarliga sjukdomar är det rimligt att företagsläkare och läkare på arbets- och miljömedicinska kliniker frågar alla patienter om tobaksbruk. Inte minst är frågan nödvändig för att hitta de tobaksanvändare som kan behöva hjälp att sluta.

#### **Även om bara sekunder blev över till tobaksfrågan på en stressad mottagning kan man hinna säga:**

- Rökstopp skulle leda till betydande hälsovinster för dig.
  - Om du i framtiden vill sluta så vill jag/vi på mottagningen gärna stödja dig
  - Vi hann tyvärr inte med att prata om den viktiga tobaksfrågan men får jag tipsa dig om ... (t. ex. Sluta röka-linjen eller något lokalt rökavvänjningsalternativ)?
- Att erbjuda skriftligt material tar inte heller lång tid.

Det är lämpligt att fråga om tobak i början av konsultationen, förslagsvis ihop med allmänna frågor om yrke/sysselsättning och bostadsförhållanden. Frågan ”Har du någonsin använt tobak?” avslöjar om patienten röker eller är exrökare (ett skäl till beröm och

uppmuntran). Frågan fungerar bra även när man tror sig veta att patienten inte använder tobak (och ibland blir man överraskad). Förslagsvis följer man upp tobaksfrågan mot slutet av konsultationen.

Någon av dessa frågor kan då passa: ”Hur ser du på ditt tobaksbruk?”, ”Har du funderat kring din rökning?” eller ”Är det OK om vi pratar några minuter om din rökning?”

Många, sannolikt de flesta, har tankar om att sluta, men beredskapen till förändring är mycket olika. ”Hur viktigt är det för dig att sluta röka?”, ”När skulle du vilja sluta?” eller ”Hur beredd känner du dig att sluta just nu?” kan vara lämpliga följdfrågor.

### **Patienter med låg beredskap:**

Lämpliga frågor kan vara: ”Vad skulle kunna öka din motivation/dina förutsättningar att lyckas?”, ”Kan vi hjälpa dig med något?”, ”Vill du att jag ringer om X veckor?”, ”Vill du ha en broschyr, ett framtida återbesök?”

Icke beredda patienter kan gärna erbjudas spirometri, kolmonoxidmätning eller rekommenderas att skriva rökdagbok (för att kartlägga rökvanan). Spirometriresultat utifrån Fletchers kurva eller att diskutera lungålder kan vara motivationshöjande (i stället för normalvärde anger man vid vilken ålder patientens aktuella värde är förväntat).

Man kan ge återkoppling och sannolikt förstärka effekten av ett samtal via ett brev några veckor senare, som kan vara personligt eller mer standardiserat. Öppna frågor och aktivt lyssnande ger behandlaren möjlighet till en mer produktiv dialog omkring patientens rökning, och det ger sannolikt bättre resultat. Inte minst viktigt är att detta förhållningssätt kan göra samtalet om tobak mer lustfyllt för behandlaren, vilket ökar benägenheten att ta upp frågan. Patientens motivation och därmed förmåga att klara av ett rökstopp kan förstärkas av kunskap. Några oroar sig för cancer eller skräms av KOL, hjärtsjukdom och stroke, medan andra är måna om sin syn eller hörsel.

Lämpliga frågor kan vara: ”Vilken sjukdom (förknippad med rökning) oroar dig mest?”, ”Har du blivit sjuk eller fått besvär av rökningen?” ”Vill du veta hur detta tillstånd (t ex makuladegeneration, KOL, sömnapné eller blåscancer) är kopplat till rökning?”

### Patienter med hög beredskap:

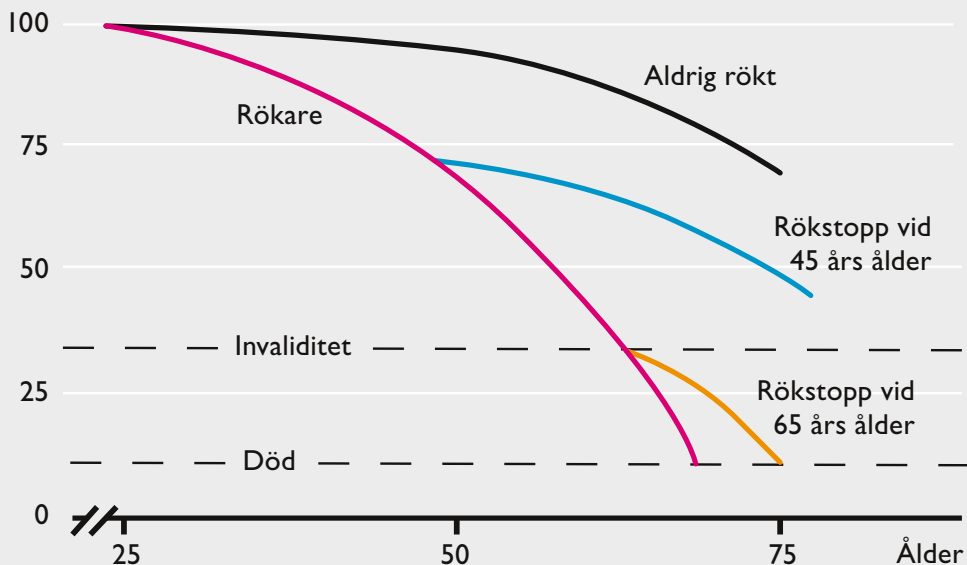
Om patienten har aktiva planer på att sluta med tobak blir läget annorlunda. Fråga om patientens egna tankar kring hur det ska gå till. Erbjud återbesök hos dig själv eller en särskild resursperson. Erbjud kvalificerat rådgivande samtal (t ex rökslutargrupp) på den egna mottagningen eller vid annan enhet. Utforska tillsammans med patienten tidigare erfarenheter,

utmaningar och svårigheter. Vill patienten veta mer om sådant som kan underlätta i framtiden? En sluta röka-plan utformas i samråd med patienten. Olika alternativ bör erbjudas, gärna i form av ett slags meny. Detta gäller även kognitiv behandling (beteendetips).

Självhjälpsmaterial skapar ofta en god grund; utgå från någon eller några broschyrer som du själv är förtrogen med (t ex ”Vägen till ett rökfritt liv”). Material på flera språk bör finnas på mottagningen. Tillsammans kan ni stryka och lägga till nya råd så att materialet blir personligt och anpassat till patienten. Var lyhörd och uppmuntrande! Patienten har ofta egna idéer om vad som passar honom eller henne. Återfallsprofylax bör diskuteras redan före rökstoppet.

## LUNGFUNKTION

Lungfunktion, procent



Figur 1. Lungfunktion hos icke-rökare och hos personer som slutat röka vid olika åldrar. Kurva modifierad efter Fletcher C., Peto R.



## Läkemedelsbehandling

Majoriteten av exrökare världen över har lyckats sluta utan stöd och läkemedelshjälp. Att sluta röka är inte omöjligt. För vissa går rökstoppet lätt, medan andra får ett starkt röksug, svår humörpåverkan, viktökning mm. Läkemedel kan göra rökstoppet mindre besvärligt och öka chansen att lyckas. Läkemedelsbehandling bör kombineras med rådgivning och stöd. Om sådant inte kan ges på din mottagning så ring under patientbesöket upp Sluta-Röka-Linjen, 020-84 00 00, som kan överta eller dela ansvaret för rådgivning och stöd.

### Nikotinläkemedel

Nikotinläkemedel behöver inte, men kan, skrivas ut på recept. Symbolvärdet av att få ett recept kan vara viktigt. I vanliga fall rekommenderas en relativt hög dos under cirka fyra veckor.

Dosen bör vara i paritet med patientens tidigare tobakskonsumtion. En person som röker 20 cigaretter behöver vanligen starta med starkaste sorten av nikotinplåster, tuggummi eller dylikt. (Vid mycket hög tobakskonsumtion kan ibland två plåster behövas.) Chansen att lyckas ökar om plåster kombineras med något mer snabbverkande preparat som tuggummi, tablett eller spray. Efter någon månad rekommenderas successiv sänkning av dosen, t ex genom att gå över till ett svagare plåster eller tuggummi, eller minska antalet tabletter, inhalationer etc. Ett vanligt fel är att patienter tuggar nikotintuggummi för snabbt och därmed sväljer ner nikotinet innan det tas upp i munslemhinnan.

Trots maximalt stöd kommer vissa patienter inte att klara av att sluta

röka. För enstaka kan långvarigt beroende av nikotinläkemedel vara ett alternativ. Patienter med långvarigt beroende av nikotinläkemedel kan bli hjälpta av vareniklin (Champix) eller bupropion (Zyban).

### Vareniklin – (Champix)

Champix minskar den lust och tillfredsställelse som nikotin vanligen ger rökaren och minskar också abstinensen. Champix sätts in i upptrappande dos, och rökstoppet planeras att infalla under andra behandlingsveckan. Föreslå t ex dag 8 (den dag man går upp i full dos) och säg: Du väljer dag för rökstopp i och med att du börjar med tabletterna. Försök att se till att dagen blir så lämplig som möjligt ur t ex stress- eller arbetssynpunkt och se den som ett ”heligt” datum.

Vanligaste biverkan är illamående, som förekommer hos omkring en tredjedel och brukar minska efter cirka tio dagar. Patienten bör uppmanas att äta innan



tablett tas, vilket kan motverka besvären. Illamående kan bemästras genom dossänkning. Antiemetika, som Primperan, kan ibland lindra besvären. Champixtablett är filmdragerad. Om dosen behöver minskas kan tablett delas (vilket kan påverka dosens exakthet men har knappast klinisk betydelse).

Rapporter finns om biverkningar av Champixbehandling i form av påverkat psykiskt tillstånd och i enstaka fall försämring eller utveckling av psykisk sjukdom, men analyser av kliniska studier ger inget stöd för ett kausalt samband. Orsakssambanden är oklara eftersom rökavvänjning i sig (nikotinabstinens) kan åstadkomma humörpåverkan/försämring av underliggande psykisk sjukdom.

Patienter som upplever påtaglig nedstämdhet under behandlingen bör avbryta den och kontakta sin läkare. Tidigare eller pågående psykisk sjukdom är vanligare hos rökare än i normalpopulationen. Detta är ingen kontraindikation men skärper kravet på god uppföljning med stödsatser. För Champix finns inte några kända läkemedelsinteraktioner.

Pfizer tillhandahåller, till de som fått Champix utskrivet, ett interaktivt och individuellt motivationsprogram, LifeRewards, som ger råd och uppmuntran genom hela rökavvänjningsprocessen. Programmet erbjuds via internet eller i bokform och är kostnadsfritt samt tillgängligt för de patienter som behandlas med Pfizers läkemedel för rökavvänjning.

För att nå programmet sök på adressen; [www.liferewards.se/sv-SE/Sidor/login.aspx](http://www.liferewards.se/sv-SE/Sidor/login.aspx), det krävs att man anger batchnumret på förpackningen.

## **Bupropion – (Zyban)**

Inledningsvis ges Zyban i dosen 150 mg/dag i 6 dagar och därefter 150 mg\*2. Äldre och småväxta personer kan klara sig med 150 mg/dag. Denna dos kan även övervägas för andra patienter eftersom det minskar biverkningarna utan att sänka effekten påtagligt. Rökaren kan fortsätta att röka under 7–10 dagar till

dess rätt blodkoncentration nås och kan därefter sluta tvärt. Till biverkningarna hör exantem, muntorrhet och insomni. Insomni kan förhindras något genom att kvällsdosen tas tidigare (dock minst åtta timmar efter morgondosen).

Zyban sänker krampröskeln. Den sällsynta biverkningen krampanfall (<1/1000) kan förhindras genom att man inte skriver ut till individer med anamnes på kramper eller större skalltrauma. Likaså är Zyban kontraindicerat vid bulimi-anorexi och vid bipolär sjukdom. Zyban kan inte heller kombineras med MAO-hämmare. Bupropion är ett antidepressivum, vilket möjligen kan vara till fördel för patienter som fått depressionssymtom vid tidigare rökstopp. Pågående behandling av depression som stabiliserats är ingen kontraindikation mot Zyban. En tumregel, som i många fall fungerar, är att halvera dosen av pågående antidepressiv behandling i samband med start av Zybanbehandlingen. Zybanbehandling kan avslutas tvärt, utan nedtrappning.

## **Rökstopp och metabolism**

Rökstoppet i sig kan sänka metabolismen av t ex insulin, warfarin och teofyllin och en del psykofarmaka. Obstipation, viktuppgång, depression eller annan humörpåverkan är vanligt förekommande vid rökstopp. Lyhördhet för problem och uppmuntran (från alla vårdgivare) kan avgöra om en förlägen rökare eller en stolt exrökare kliver genom dörren nästa gång.

## **Metoder värderade efter evidens**

Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011 beskriver evidensen för metoder för rökavvänjning. Där har man värderat metoderna utifrån evidens och kostnadseffektivitet och listat dem med en rekommendationsgrad från 1 till 10 där man föreslår att man i första hand väljer en metod med så låg siffra som möjligt. T ex så är en metod med rekommendationsgrad 2 bättre än en med grad 6.



## REKOMMENDATIONSGRAD

|  |           |
|--|-----------|
| Kvalificerat rådgivande samtal (individuellt eller i grupp) .....    | 2         |
| Proaktiv telefonrådgivning .....                                     | 3         |
| Rådgivande samtal med särskild uppföljning .....                     | 3         |
| Kvalificerat rådgivande samtal med tillägg av nikotinläkemedel ..... | 4         |
| Kvalificerat rådgivande samtal med tillägg av Champix .....          | 5         |
| Webb- och datorbaserad rådgivning .....                              | 5         |
| Rådgivande samtal .....  | 5         |
| Kvalificerat rådgivande samtal med tillägg av Zyban .....            | 6         |
| Enkla råd .....  | 6         |
| Rökavvänjning med snus .....   | icke-göra |



## Kvalificerat rådgivande samtal (individuellt eller i grupp)

Vid dagligrökning hos vuxen ger kvalificerat rådgivande samtal en större andel som slutar röka än ingen åtgärd, sedvanlig vård eller rådgivande samtal (hög evidensstyrka).

Åtgärden kvalificerat rådgivande samtal innebär att hälso- och sjukvårdspersonal för en dialog med patienten samt anpassar åtgärderna till den specifika personens ålder, hälsa, risknivåer med mera. Samtalet kan inkludera motiverande strategier. Åtgärder på denna nivå är ofta tidsmässigt mer omfattande än rådgivande samtal.

Åtgärderna är vanligen teoribaserade och strukturerade, det vill säga bygger på vissa tydliggjorda antaganden om hur och varför de fungerar och innehåller vissa fördefinierade komponenter. Åtgärderna kan ges individuellt eller i grupp och kan kompletteras med olika verktyg och hjälpmedel, samt förstärkas med särskild uppföljning.

Denna åtgärdsnivå förutsätter att personalen som utför åtgärden, utöver ämneskunskapen, också är utbildad i den metod som används.

Typiskt vid individuella samtal är att identifiera högrisksituationer, strategier för att hantera dessa situationer och allmänt stöd. Nästan alla interventioner inkluderar också telefonrådgivning.

Effekten av kvalificerat rådgivande samtal i grupp har studerats i en systematisk översikt, omfattande totalt 55 randomiserade kontrollerade studier. Interventionen var mycket varierande. I de flesta studierna hade man 6–8 möten. Den kvalificerade rådgivningen inkluderade olika komponenter såsom kontrakt, sluta röka gradvis, bokföra antalet cigaretter, identifiera högrisksituationer, socialt stöd (genom att diskutera och dela erfarenheter) och kognitiv beteendeterapi. En del program hade mera specifika inslag för att till exempel hjälpa mot nedstämdhet och depression.

De som genomförde interventionen var oftast psykologer, men också läkare, sjuksköterskor och specialutbildade hälsoinformatörer förekom.

Har du på din egen mottagning (vilket vore det optimala) inte möjlighet att ge kvalificerat rådgivande samtal så kan du remittera/ge hänvisning



till andra enheter som ger sådant. Adresser till andra enheter kan hittas genom Psykologer mot Tobaks hemsida, med sökväg: För dig som vill

sluta med tobak/Hitta en tobaksavvänjare där du bor eller direktadress; [www.psychologistsagainst-tobacco.org/Default.aspx?id=31591](http://www.psychologistsagainst-tobacco.org/Default.aspx?id=31591)

## FÖR ATT GÖRA SKILLNAD BEHÖVER DU

Ta till dig att momentet att starta en rökavvänjningsprocess kan vara en mycket viktig uppgift vid de flesta patientbesök med rökare (kan initieras trots annan sökorsak men med bevarad respekt för denna). T.ex. så kan du starta en process där en 49-åring slutar röka och du har därmed skapat sex extra levnadsår till denna människa<sup>3</sup>.

Göra dig väl förberedd för att möta rökare vid patientbesök. Du behöver utarbeta strategier för hur ta upp frågan, formulera och skriva ned vilka ord och frågor du ska använda, skapa flödesscheman och manualer med steg och åtgärder; läsa och välja skriftligt informationsmaterial som du samlar fysiskt i rummet eller i din dator; ta reda på vilka personer eller mottagningar du kan hänvisa eller remittera till, skapa rutiner för uppföljning, organisera och ev. utbilda på din egen mottagning. Det är många beslut som behöver tas. Du kanske ska avsätta 8-16 timmar för detta steg, tid som arbetsgivaren bör prioritera för dig.

## RÅDGIVNING VIA WEBB OCH SOM APP

Det finns en e-tjänst på [www.vardguiden.se/Tema/Halsa/OmRokfri/](http://www.vardguiden.se/Tema/Halsa/OmRokfri/) för den som vill sluta röka. Där finns stöd, råd och verktyg för att förbereda, genomföra och upprätthålla ett rökstopp. Rökfritjänsten erbjuder dygnet runt via dator eller mobil. En app för smartphone kan laddas ner. Kostnadsfritt.

Rökfri är en tjänst utvecklad av Vårdguiden, Stockholms läns landsting, i samarbete med Sluta-Röka-Linjen. Tjänsten är uppdelad i två faser. En förberedelsefas på 14 dagar, då användaren bygger upp sina strategier för att sluta röka, och en fas efter rökstoppet då användaren får stöd för att fortsätta hålla sig rökfri. Hela tiden finns en virtuell coach som kommer med konkreta tips och råd.

### > REFERENSER

- <sup>1</sup> Br J of Psychiatry, 2013 Jan;202(1):62-7. doi: 10.1192/bjp.bp.112.114389. Change in anxiety following successful and unsuccessful attempts at smoking cessation: cohort study
- <sup>2</sup> Mitchell et al Psychopharmacology (Berl). 2012 Oct;223(3):299-306. doi: 10.1007/s00213-012-2717-x. Epub 2012 May 1. Varenicline decreases alcohol consumption in heavy-drinking smokers
- <sup>3</sup> Prabhat Jha et al 21st-Century Hazards of Smoking and Benefits of Cessation in the United States, N Engl J Med. 2013 Jan 24;

### > KÄLLOR

- Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011, Socialstyrelsen
- Läkare första linjen i rökavvänjningskedjan, Matz Larsson, Läkartidningen nr 11 2012 volym 109. I anslutning till den artikeln finns en mängd referenser till vår text ovan. <http://ltarkiv.lakartidningen.se/2012/temp/pda40833.pdf>
- Tobak och avvänjning. En faktskrift om tobakens skadeverkningar och behovet av tobaksavvänjning. Statens Folkhälsoinstitut

### > BROSCHYRER OM RÖKNING

#### **Vägen till ett rökfritt liv**

[www.psychologistsagainsttobacco.org/WebControls/Upload/Dialogs/Download.aspx?ID=4364](http://www.psychologistsagainsttobacco.org/WebControls/Upload/Dialogs/Download.aspx?ID=4364)

#### **Vad vinner du på att sluta röka?**

[www.slutarokalinjen.org/pdf/vad\\_vinner.pdf](http://www.slutarokalinjen.org/pdf/vad_vinner.pdf)

#### **Förbered rökstoppet**

[www.slutarokalinjen.org/pdf/forbered.pdf](http://www.slutarokalinjen.org/pdf/forbered.pdf)

#### **Läkemedel vid rökstopp**

[www.slutarokalinjen.org/pdf/lakemedel.pdf](http://www.slutarokalinjen.org/pdf/lakemedel.pdf)

#### **Håll ut**

[www.slutarokalinjen.org/pdf/hall\\_ut.pdf](http://www.slutarokalinjen.org/pdf/hall_ut.pdf)

#### **Tobak & Vikt**

[www.slutarokalinjen.org/pdf/tobak\\_och\\_vikt.pdf](http://www.slutarokalinjen.org/pdf/tobak_och_vikt.pdf)

### > ORGANISATIONER

#### MOT TOBAK

**Sluta röka linjen** [www.slutarokalinjen.org](http://www.slutarokalinjen.org)

**Läkare mot tobak** [www.doctorsagainsttobacco.org](http://www.doctorsagainsttobacco.org)

**Tobaksfakta – tankesmedja** [www.tobaksfakta.se](http://www.tobaksfakta.se)

**Statens Folkhälsoinstitut** [www.fhi.se](http://www.fhi.se)

Stockholm 7 april 2013

**Dr Stig Norberg**

Företagsläkare

*stig.toften@gmail.com*

**Dr Ragnhild Ivarsson Walther**

Företagsläkare

*ragnhild.walther@telia.com*

**Dr Matz Larsson**

Lungläkare/specialistläkare  
inom tobaksrelaterad ohälsa

*Stöd din patient att  
förbättra sin hälsa.*

**”Läkares samtal om levnadsvanor”**

Samarbetsprojekt SoS och SLS  
Levnadsvaneprojektet inom Arbets- och  
miljömedicinska sektionen (ARM)  
och företagshälsovården



Svenska  
Läkaresällskapet