

VÅRDUTVECKLINGSPLAN FÖR TOBAKSAVVÄNJNING

2013

FÖRFATTARE

LENA LUNDH
DISTRIKTSKÖTERSKA, FPU LEDARE
VÅRDUTVECKLINGSLEDARE TOBAK
CENTRUM FÖR ALLMÄNMEICIN

LENE NORDSTRAND
DISTRIKTSKÖTERSKA
VÅRDUTVECKLINGSLEDARE ASTMA, KOL och TOBAK
CENTRUM FÖR ALLMÄNMEICIN

LUISA ESCUDER MIQUEL
DISTRIKTSLÄKARE
VÅRDUTVECKLINGSLEDARE ASTMA, KOL och TOBAK
CENTRUM FÖR ALLMÄNMEICIN

Reviderad 2013 . Föregående vårdutvecklingsplan publicerades 2009.

Referensgrupp: Ulla Lennartsson, barnmorska, tobaksterapeut, Hälsoenheten i Södertälje
Ann-Chatrine Johansson, distriktssköterska, Salems vårdcentral
Ann Post, med. dr., sjuksköterska, Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin
Kjell Nyman, distriktsläkare, Lisebergs vårdcentral

Vad är en vårdutvecklingsplan?

- En vårdutvecklingsplan är ett förbättringsverktyg för både vårdpersonal och för vårdutvecklingsledare och omfattar viktiga kvalitetssäkringsområden. Det består av struktur (vilka förutsättningar som behövs t ex i form av kompetens och hjälpmedel), process (hur man ska arbeta), resultat (vad som ska uppnås för patienten – utifrån ett patientperspektiv) samt mått kopplat till struktur, process och resultat.
- För vårdpersonal bidrar planen till att konkretisera vilka förutsättningar och arbetssätt som behövs för att uppnå ett kvalitetsmål t ex att patienter med astma skall uppleva astmakontroll, i vilken grad kvalitetskriterier är uppfyllda, vad som behöver åtgärdas och vilket specifikt stöd som kan behövas.
- För vårdutvecklingsledare bidrar de till att samla evidensbaserad kunskap, relevant för en målgrupp i ett visst sammanhang, avgränsa ett uppdrag, tydliggöra vad fortbildningsaktiviteter ska fokusera på, mäta, värdera, identifiera brister och göra åtgärdsplaner tillsammans med vårdpersonal samt kvalitetssäkra ett ämnes-/problemområde.
- En vårdutvecklingsplan tas fram av en utsedd arbetsgrupp med bl a vårdutvecklingsledare, vårdpersonal, specialister. Det skall även finnas en referensgrupp med viktiga samarbetspartners. Underlaget utgörs av bl a SBU-rapporter, Socialstyrelsens riktlinjer, lagar och förordningar, vårdprogram samt forskning. Flera pilottestningar görs i primärvården av deltagare i arbetsgrupp med flera innan implementering sker.

Tobaksavvänjning

Sammanfattning

Denna vårdutvecklingsplan är ett stöd i att strukturera arbetet kring tobaksavvänjning och i att utvärdera uppnådda resultat. Dokumentet bygger på Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder [1]. Tobaksrökning är förenat med mycket kraftig förhöjd risk för sjukdom, sänkt livskvalitet och förtida dö vilket innebär att socialstyrelsen rekommenderar kvalificerat rådgivande samtal som behandling. Tre åtgärdsnivåer finns rekommenderade; enkla råd, rådgivande samtal och kvalificerat rådgivande samtal. Med enkla råd menas korta standardiserade råd och rekommendationer, vanligtvis mindre än 5 min och kan kompletteras med skriftlig information. Rådgivande samtal sker i dialog mellan vårdpersonal och patient, anpassad till individen och kan kompletteras med råd om läkemedel och särskild uppföljning. Motiverande strategier kan användas. Kvalificerat rådgivande samtal liknar rådgivande samtal men är teoribaserad och strukturerad. Utförs av vårdpersonal utbildad i tobaksavvänjning, är ofta längre än rådgivande samtal. Genom att åtgärdsregistrera och journalföra enligt dokumentationsmallar kan vården kring tobaksavvänjning följas och utvärderas.

Inledning

All vårdpersonal har en unik möjlighet att i de flesta patientmöten identifiera och stödja patienter till tobaksfrihet eftersom tobaksbruket påverkar de flesta sjukdomar och behandlingar. Det är viktigt att sjukvårdspersonal frågar om och dokumenterar tobaksbruk samt i förekommande fall uppmuntrar och stödjer patienterna till tobaksfrihet. Vårdpersonal har i regel goda kunskaper om tobaksbrukets effekter men inte alltid kunskaper om hur behandling vid tobaksavvänjning går till. Ofta saknas både struktur och organisation i arbetssättet på vårdenheten.

Vårdutvecklingsplan – översikt

Struktur	Process	Resultat
<p>- Utvecklingsansvarig distriktssköterska/sjuksköterska med adekvat kompetens i tobaksavvänjning</p> <p>- Utvecklingsansvarig läkare för tobakspreventivarbete</p> <p>- Lokalt vårdprogram</p> <p>- Alla vårdgivare engagerade i tobakspreventivt arbete</p> <p>- Information om tobaksprevention i väntrummet</p> <p>-Hjälpmedel och undervisningsmaterial för tobaksavvänjningsstöd</p> <p>-Dokumentationsmall</p> <p>-Åtgärdsregister med flera åtgärder om tobakspreventivt arbete</p> <p>-Metod och verktyg för kvalitetsuppföljning</p> <p>-Checklistor</p>	<p>Kartläggning av patienter i behov av tobaksavvänjning</p> <p>Metod för tobaksavvänjningsstöd:</p> <p>Nivå 1</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enkla råd, max 5 min, enl. 5-punkts strategi 5A <p>Nivå 2</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rådgivande samtal, Kort program med upp till 4 kontakter (max 4 timmar). <p>Nivå 3</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kvalificerat rådgivande samtal av utbildad tobaksavvänjare på enheten/vårdcentralen <p>Journalföring</p>	<p>Patienter blir tobaksfria eller förbättrar sina tobaksvanor samt är nöjda med det stöd de fått</p>
<p>Strukturindikator (besvaras ja/nej)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Finns distriktssköterska/sjuksköterska med utvecklingsansvar inom tobak - Finns distriktsläkare med utvecklingsansvar - Har utvecklingsansvariga adekvat kompetens inom tobak - Har alla på mottagningen möjlighet att delta i fortbildning inom tobak - finns dokumentationsmall för strukturerad dokumentation - finns lokal vårdprogram -finns hjälpmedel och undervisningsmaterial - finns metod och verktyg för kvalitetsuppföljning - finns adekvat tid avsatt för tobaksavvänjningsarbete - Antal timmar/vecka och listad patient för utvecklingsansvarig tobaksavvänjare 	<p>Processindikator (besvaras i %)</p> <ul style="list-style-type: none"> - andel patienter av alla som varit hos läkare/sjuksköterska senaste året där tobaksvanor finns dokumenterade i journalen - andel patienter med kronisk sjukdom (t.ex. astma, KOL, diabetes, hjärt/kärlsjukdom, reumatism, cancer) som varit hos läkare/sjuksköterska där tobaksvanor finns dokumenterade - antal patienter som fått korta råd/rådgivande samtal/kvalificerad rådgivande samtal 	<p>Resultatindikator (antal)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Andel patienter där vårdpersonal frågat om tobaks vanor • Andel patienter som brukar tobak av de tillfrågade • Andel patienter som har slutat röka/snusa under det senaste året. • Andel patienter som inte har slutat röka/snusa <p>Detaljerad utvärdering:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Andel patienter som slutat röka/snusa på egen hand • Andel patienter som slutar röka/snusa med hjälp av nikotinläkemedel • Andel patienter som slutat röka med bupropion/varenikline • Andel patienter som slutat röka efter att fått MI (motiverande samtal) • Andel patienter som slutat efter samtal med läkare

Struktur

Vad behövs på vårdenheten för att uppnå målet?

Organisation och kompetens

Alla vårdgivare i primärvården bör vara delaktiga i arbetet mot tobak. På varje vårdcentral bör det finnas minst en distriktssköterska/sjuksköterska och minst en läkare som av verksamhetschefen har tilldelats ett särskilt utvecklingsansvar inom det tobakspreventiva arbetet. Den utvecklingsansvariga bör ha kunskap och kompetens i tobaksavvänjning dvs. helst på diplom nivå men åtminstone genomgått en grundkurs i tobaksavvänjning på 2-3 dagar. Läkaren bör helst vara specialist i allmänmedicin och kan med fördel vara samma läkare som är utvecklingsansvarig för astma och KOL.

Gemensam funktions- och ansvarsbeskrivning för utvecklingsansvariga sjuksköterska/ distriktssköterska och utvecklingsansvariga läkare:

- Stödjer och utvecklar samarbetet kring tobaksprevention. Medverkar till att lokalt vårdprogram tas fram och hålls uppdaterat.
- Deltar kontinuerligt i fortbildning och närverksträffar. Bevakar ny kunskap och kvalitetsutveckling inom ämnesområdet och delger detta till alla andra på vårdcentralen.
- Handleder och stödjer kollegor till grundkompetens inom ämnesområdet (t.ex. att söka adekvat utbildning) samt vid enskilda patientfall.
- Ansvarar för mottagningens tobakspreventiva utformning t.ex. broschyrer och affischer i väntrummet.
- Ansvarar för uppföljning och utvärdering av det tobakspreventiva arbetet på vårdcentralen genom att använda checklistor/datasystem.
- Har fortlöpande dialog med verksamhetschefen inom ämnesområdet

Funktions- och ansvarsbeskrivning enbart för utvecklingsansvariga sjuksköterska/ distriktssköterska:

- Bedriver kvalificerat rådgivande samtal i tobaksavvänjning individuellt eller i grupp.
- Handleder och introducerar befintlig personal, studenter och nyanställd personal inom ämnesområdet

Funktions- och ansvarsbeskrivning enbart för utvecklingsansvariga läkare:

- Handleder och introducerar kollegor, läkarstudenter, ST- och AT-läkare inom ämnesområdet

Tid

Ett väl fungerande arbete med tobaksavvänjning förutsätter att det finns avsatt tid för att ta emot patienter enskilt eller i grupp. Idag finns inga vedertagna tidskriterier för tobakspreventivt arbete, men i de nya riktlinjerna för godkänt/optimal astma/KOL mottagning [2] förordas att extra tid avsätt för astma/KOL - sjuksköterskan för att kunna erbjuda patienter med astma/KOL stöd i att sluta röka.

Läkarna behöver avsätta tillräckligt med tid för sina patientbesök för att kunna hinna ta upp frågan om rökning. Detta är extra viktigt när det gäller besök för kontroll av kroniska sjukdomar

Vårdprogram

Det är viktigt att varje primärvårdsenhet har ett lokalt vårdprogram som lämpligen skrivs av de utvecklingsansvariga och som är förankrat hos verksamhetschefen och den övriga personalen. Här beskrivs hur man utifrån lokala förutsättningar har valt att identifiera och behandla tobaksbrukande patienter samt vilka personer på arbetsplatsen som ansvarar för vad, när och hur.

Hjälpmedel och undervisningsmaterial

Skattningsskalor för bedömning av motivationen:

På skattningsskalor får patienten skatta mellan 0 och 10 för att identifiera intresset för samt förmågan och beredskapen till förändring (se bilaga 1). [3]

Material för tobaksavvänjningsstöd från "Sluta röka linjen":

Den nationella telefonlinjen "Sluta röka linjen" har tagit fram broschyrer som kan användas i avvänjningsstödet. Broschyerna är färgmarkerade och kopplade till tobaksbrukarens motivationsnivå (kan beställas från tel: 020 - 84 00 00 alt. laddas ner från www.slutarokalinjen.org).

- "Vad vinner du på att sluta röka" för patienter som ännu inte är beredda till att göra en förändring.
- "Förbered rökstoppet" lämnas tillsammans med ovanstående i nästa steg då patienten befinner sig i en nivå där han/hon börjat fundera över att göra en förändring.
- "Läkemedel vid rökavvänjning" lämnas som tillägg till ovanstående broschyrer när patienten är beredd och behöver råd inför ett rökstopp.
- "Håll ut" ger stöd till att förbli rökfri när patienter har slutat att röka.
- "Snusstop. Tips och råd till dig som funderar på att sluta snusa" samt "Om snus – en dosa sanning" finns för snusare. Broschyerna "Nikotinhjälpmedel och abstinensbesvär" samt "Håll ut" kan även användas av snusare.

Patienten kan själv ta direkt kontakt med "Sluta röka linjen" på tel: 020-84 00 00" och få tobaksavvänjningsstöd per telefon. Försöksverksamhet pågår där vårdpersonalen kan remittera rökare till "Sluta Röka Linjen". Även personal som arbetar med tobaksavvänjning kan ringa och få handledning av "Sluta röka linjen". "Sluta Röka Linjen" är effektiv och har lika goda siffror i sluta röka/snusa frekvens som individuell behandling, där vårdgivaren träffar patienten [4]

Placebo-nikotinläkemedel är bra att ha på mottagningen, t.ex. smakprov på tuggummi. Detta kan underlätta när patienten ska välja läkemedel för avvänjning.

Patientinformation om de olika nikotinläkemedlen. Här gäller det att kritiskt gå igenom och välja ut det material som ger den bästa och mest neutrala informationen till patienten. (bilaga 4)

Koloxidmätare kan vara till hjälp att följa patientens väg till rökfrihet. Den mäter utandad koloxid i PPM, där 0-5 bedöms vara icke rökare och allt därutöver rökare.

Journalföring och dokumentationsmall

Journalföring med hjälp av sökord är viktigt för att kunna följa upp den enskilda patienten men också för kvaliteten av rökavvänjningsarbetet på arbetsplatsen.

Dokumentationsmall

En dokumentationsmall bestående av representativa sökord som bl.a. kartlägger rökanamnes, motiverande samtal, behandling i form av nikotinläkemedel eller annat läkemedel, rökstopp och uppföljning kan säkerställa kvaliteten på vården och möjliggöra en utvärdering av denna.

Åtgärdsregistrering

Åtgärdsregistrering enligt Socialstyrelsens register KVÅ (Klassifikation av vårdåtgärder), kan vara av värde för att visa och mäta omfattningen av det utförda rökavvänjningsarbetet.

Diagnosregistrering

Det är bra om läkarna registrerar diagnosen **F17 Tobaksberoende eller F17 Nikotinism**. Då kan man på ett bättre sätt följa upp både den enskilde patienten och arbetet med tobak på vårdenheten. För sjuksköterskor finns NANDA omvårdnadsdiagnoser. Lämpliga diagnoser kan t.ex. vara. **riskbenäget hälsobeteende, potential för förbättrad självbild, nedsatt förmåga att sköta egen hälsa, potential för ökat hopp eller ökad kontroll** [5]

Metod och verktyg för kvalitetsuppföljning

Till hjälp för att sammanställa resultatet av rökavvänjningsarbetet har vissa arbetsplatser tillgång till statistikprogram kopplat till journalen (t.ex. RAVE).

För andra kan det vara en hjälp att manuellt fylla i en matris som ger en överblick över antal patienter som fått stöd i tobaksavvänjning och när uppföljning är planerat (bilaga 5).

Utvärdering och uppföljning av struktur

Utvärdering och uppföljning av struktur görs en gång per år med hjälp av checklista (sid 4) av utvecklingsansvariga för det tobakspreventiva arbetet.

Process

Process är vad vi ska göra för att uppnå målet, alltså för att hjälpa patienten att bli rökfri. I detta avsnitt beskrivs de evidensbaserade arbetsmetoder som bör användas i tobaksavvänjningen. På varje vårdenhet får man utifrån personalens utbildningsnivå samt vilken tid man har avsatt för arbetet bestämma sig för vilken nivå man vill arbeta på.

Kartläggning av patienter i behov av tobaksavvänjningsstöd

Basen för ett framgångsrikt tobaksavvänjningsarbete är att alla vårdgivare systematiskt utnyttjar den löpande patientkontakten för att kartlägga rökande/snusande patienter och patienter som är utsatt för passiv rökning. Samt att alla erbjuder dessa patienter enkla råd.

Därutöver behöver varje vårdenhet själv kunna erbjuda avvänjningsstöd hos utbildad tobaksavvänjare, alternativt hänvisa till någon en annan vårdenhet eller till "Sluta röka linjen" för de mer behandlingskrävande fallen

Metoder för tobaksavvänjning

Enkla råd

Kan utföras av alla vårdgivare i primärvården.

Minimal intervention = 1- 3 minuter.

Kan vara ett mycket kort samtal om tobaksbruk. Viktigt att överhuvudtaget ta upp tobaksfrågan med patienten. Fråga om tobaksvanor. Ge saklig information och uppmuntra patienten att sluta röka. Ge råd om hur de kan få hjälp om de så önskar. Samtalen bör genomföras vid alla möten med patienter där det känns lämpligt, även med patienten som inte har tydliga symtom på tobaksrelaterade besvär.

Kan utföras av alla som har grundläggande kunskaper i tobaksavvänjning

Kort rådgivning = 3-5 minuter.

WHO (15) rekommenderar en 5-punktsstrategi "5 A", "ask, advice, assess, assist and arrange"

Fråga (Ask). Fråga patienten om tobaksvanor och journalför svaret. Exempel: a) "Röker eller snusar du?" eller "använder du tobak?" Börja gärna en inledande fras typ..."Jag undrar... är det Ok att jag ställer några frågor om dina levnadsvanor...hur har du det med dina rökvanor...?) b) Om ja – "Har du funderat på att sluta/ändra dina vanor?"

Intressera (Advise). Fråga vad patienten redan vet och erbjud saklig information om fördelarna med rökstopp anpassad efter patientens behov. Koppla gärna till patientens sjukdom. Inled t.ex. med "Att sluta röka är det viktigaste du kan göra för att skydda din hälsa"...

Motivera (Assess). Bedöm patientens motivation, behov och egenvårdsförmåga genom att använda skattningsskalor, graderad 0 – 10 (bilaga 1).

Stödja (Assist)

- Uppmuntra patienten att tänka över för- och nackdelar med att sluta använda tobak.
- Rekommendera användning av nikotinersättning/-läkemedel för avvänjning och ge råd om hur man använder dessa (bilaga 4).
- Erbjud patienten broschyrer för självhjälp
- Följ själv upp patienten eller erbjud stöd och behandling hos utbildad tobaksavvänjare eller rekommendera Sluta-Röka-Linjen.

Följ upp (Arrange). Boka tid för återbesök till dig eller annan vårdgivare. Om patienten inte vill sluta just nu. Ta upp det igen i kommande besök

Informationsfolder till vårdpersonal som stöd för minnet "Att hjälpa rökare och snusare att sluta", beställs kostnadsfritt från Statens Folkhälsoinstitut.

Rådgivande samtal

Rådgivande samtal sker i dialog med patienten och är anpassat efter den specifika personens ålder, hälsa, risknivåer mm. Samtalet kan inkludera motiverande strategier. Nedan beskrivs grunden i det rådgivande samtalet. Programmet består av 4 kontakter varav några kan bytas till telefonkontakter [6].

1:a kontakten. Fokus ligger på att förbereda patienten för rök/snusstoppet.

Förslag att mäta blodtryck och vikt för att ha ett utgångsvärde om senare problem skulle uppstå.

Frågor att diskutera kan vara:

- Motivationsfaktorer
- Erfarenheter från tidigare försök. Dessa kan vara värdefulla
- Bestäm ett datum för rökstopp 1-2 veckor fram i tiden
- Tips inför tobaksstoppet
 - ingen tobak kvar hemma
 - berätta för omgivningen
 - förändra vanor som har med rökningen/snusningen att göra
- Information om läkemedel och hur de används.
- Diskutera nikotinberoende och abstinens och hur dessa kan hanteras
- Planera in fysisk aktivitet. Föreslå eventuellt FaR
- Ett viktigt råd kan vara att inte ta ett enda bloss efter stoppet.
- Ge skriftligt material t.ex. Sluta-Röka-Linjens folder

Exempel på samtal: Vilka är dina viktigaste skäl att sluta? När passar det att du sätter igång? Vilket stöd vill du ha? Hur kan du hantera svåra situationer? Har du erfarenhet av läkemedel tidigare och hur tänker du nu? Vill du berätta mer om användningen av läkemedel?

2:a kontakten. 0-5 dagar efter rökstoppet.

Samtalsfokus:

- Erfarenheter från de första dagarna
- Diskutera alternativ till rökning/snusning och utgå från patientens egna idéer

- Hantering av svåra situationer genom att förändra vanor och avleda uppmärksamhet.
- Stegvis utsätta sig för svåra situationer
- Bekräfta och beröm framsteg
- Diskutera matvanor (tallriksmodellen) och fysisk aktivitet.
- Läkemedel, funderingar/problem/biverkningar.
- Diskutera hälsovinster

Exempel på samtal: Vilka situationer tror du blir svåra närmaste tiden? Hur kan du göra? Hur kan du förebygga starka sug efter nikotin? Hur kan du få stöd i den närmaste omgivningen, hemmet och/eller arbetsplatsen? Hur känns det nu efter att du varit rökfri/snusfri några dagar?

3:e kontakten. Efter 2-4 veckor

Samtalsfokus:

- Aktuell situation, framgångar, svårigheter och nikotinsug/läkemedel
- Nya vanor, aktivitet vid nikotinsug
- Uppmärksamma framsteg
- Följ upp matvanor och fysisk aktivitet
- Läkemedel, funderingar/problem/biverkningar.
- Bakslag/återfall är oönskade men förekommer, diskutera vad som kan förbättras.

Exempel på samtal: Hur går du vidare? Vilka situationer är svåra? Vad behöver du utveckla? Hur kan du göra?

4:e kontakten. Efter 2-4 månader

Samtalsfokus:

- Vad fungerar bra, vilka svårigheter finns, diskutera lösningar.
- Utgå från patientens idéer
- Hälsovinster, fördelar med tobaksfrihet
- Läkemedel, diskutera nedtrappning
- Patientens slutsatser och framgångsfaktorer.

Exempel på samtal: Vad har du vunnit? Hur kan du undvika återfall? Eventuellt fortsatt stöd?

Uppföljning

Arrangera uppföljning genom återbesök, brev eller telefonsamtal efter 6 och ev. 12 månader. Registreringen bör ske av både varaktigt tobaksfrihet (tobaksfri under hela perioden efter behandlingen) och/eller punktprevalens, d.v.s. tobaksfrihet under senaste 7 dagarna.

Kvalificerat rådgivande samtal

De som behöver mer kvalificerat stöd hänvisas till utbildad diplomerad tobaksavvänjare inom den egna verksamheten, till tobaksavvänjare i närområdet och/eller till "Sluta röka linjen" telefon 020-84 00 00. Det är viktigt att hjälpen är lättillgänglig så att rökaren/snusaren inte behöver leta efter den.

Om patienten har speciella svårigheter, haft upprepande återfall vid behandling och behöver mycket stöd kan tobaksavvänjare behöva få handledning. Här går det bra att kontakta med vårdutvecklingsledare i tobaksavvänjning på CeFAM eller Sluta Röka Linjen.

Utvärdering och uppföljning av process

Det är viktigt att regelbundet kontrollerar processerna kring tobaksarbetet för att säkerställa kvalitet och utveckling på vårdheten. Utvecklingsansvarig läkare och sjuksköterska sammanställer resultatet av tobaksarbetet en gång per år och föreslår åtgärder för utveckling. I översikten sidan 4 ges exempel på patientgrupper med kroniska sjukdomar som gör att det är ännu mera riskfyllt att använda tobak. Dessa patientgrupper kan vara värdefulla att följa upp specifikt.

Fr.o.m. 2013 används KVÅ åtgärdsregistrering inom primärvården. Att registrera åtgärder är ett bra sätt att visa genomfört arbete en bra bas för kvalitetsuppföljningar. I bilaga 3 finns förslag på åtgärder som kan användas.

Resultat

Målet för det tobakspreventiva arbetet i primärvården är att få så många patienter som möjligt att sluta röka/snusa

Vad som behövs för att mäta resultat är således enkelt: kontrollera hur stor andel patienter som blivit tillfrågade om tobaksvanor och hur stor andel av de listade patienterna blivit tobaksfria en gång per år, se översikten sidan 4 under "resultat"

Om man vill veta lite mer om sin verksamhet eller är intresserad av att veta hur patienterna lyckades att sluta röka går det att mäta andra parametra som presenteras i översikten under "detaljerade resultat"

Vissa kvalitetsindikatorer kan vara svåra att få fram från RAVE eller annat statistikprogram. Man kan då använda sig av en matris som fylls i av tobaksavvänjaren. Se bilaga 5.

Utvecklingsansvariga läkare och sjuksköterska sammanställer resultatet en gång per år och föreslår åtgärder för utveckling.

Referenser

1. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011. Tobaksbruk, riskbruk alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma levnadsvanor – stöd för styrning och ledning. Västerås.
2. Kull I, Johansson G, Lisspers K, Jagorstrand B, Romberg K, Tilling B & Ställberg B. Astma/KOL mottagningar i primärvården ger effektivt omhändertagande. Läkartidningen nr 24 2008. 105. 2937-2940
3. Miller W. & Rollnick S. Motivational interviewing: Preparing People for Change. 2nd ed. New York: Guilford 2002.
4. Helgason AR., Tomson T., Lund KE., Galanti R., Ahnve S. & Gilljam H. Factors related to abstinence in a telephone helpline for smoking cessation. European Journal for Public Health. 2004. 14. 306-310
5. NANDA international. Omvårdnadsdiagnoser enligt NANDA – definitioner och klassifikation 2009-2011. 2011. Studentlitteratur. Lund.
6. Statens Folkhälsoinstitut. Rådgivande samtal om tobak.Handledning för personal som möter patienter som är beredda att sluta med tobak. www.fhi.se

Bilagor

1. Bedömning av motivationen
2. Lathund "Samtalsfokus utifrån vilket motivationsstadium patienten befinner sig i"
3. Förslag till åtgärder som kan registreras i arbetet mot tobak
4. Läkemedel vid rökavvänjning
5. Matris för kvalitetsuppföljning av tobaksavvänjning

Bilaga 1. Bedömning av motivationen

Att fokusera samtalet utifrån patientens motivation ökar möjligheterna till höjning av motivationsgraden och till ett konstruktivt tänkande och handlande. I förståelsen av en persons ambivalens kan det vara viktigt att känna till hans/hennes uppfattning om både angelägenhetsgraden för förändringen och tilltron till den egna förmågan att genomföra den. Nedanstående skattnings skalor är ett hjälpmedel för att snabbt kunna identifiera detta [24].

Hur viktigt är det för dig att sluta röka?

Vilket nummer skulle du ge dig själv på en skala 0 - 10, om 0 betyder "inte viktigt" och 10 "mycket viktigt"?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Hur säker är du på att du kommer att lyckas?

Vilket nummer skulle du ge dig själv på en skala mellan 0 – 10, om 0 betyder att du "inte har några möjligheter" och 10 "stora möjligheter"?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Hur beredd är du på att sluta just nu?

Vilket nummer skulle du ge dig själv på en skala mellan 0 – 10, om 0 betyder att du "inte alls är beredd" och 10 att du är "mycket beredd"?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Skattar patienten sig mellan 8-10 är de ofta beredda att gå vidare till en planering av hur rök/snusstoppet ska gå till.

Använd svaren till att resonera vidare. Exempel på frågor:

Du säger 5 och inte 1 (lägre siffra än det patienten sagt) – Berätta hur du tänker? Detta för att få patienten att prata möjligheter till förändring istället för att samtalet fokusera på eventuella hinder till stopp.

Vad skulle behöva hända för att siffran skulle stiga från 5 till 8-9?

Vad skulle du behöva för stöd för att öka siffran?

Bilaga 2. Samtalsfokus utifrån vilket motivationsstadium pat befinner sig

<p>Motivationsstadium 1 (siffror 0-3) Ointresse/Ej beredd Rökaren ser inget problem med rökningen</p> <p>Samtalsfokus: Stimulera tankar på möjliga vinster med rökstopp, diskutera rökningens konsekvenser</p> <p>Erbjud broschyr t.ex. "Vad vinner du på att sluta röka?" och telefonnummer till Sluta röka linjen.</p>	<p>Motivationsstadium 2 (siffror 4-7) Intresse/Osäker Rökaren har blivit medveten om problemet, väger fördelar mot nackdelar och är osäker</p> <p>Samtalsfokus: Diskutera fördelar med att sluta samt farhågor inför rökstopp och uppmuntra patienten att hitta möjliga lösningar på det som oroar.</p> <p>Försök få patienten att själva komma på eventuella beteendeförändringar som t.ex. rökfria zoner,</p> <p>Sätt upp en återbesökstid inom 1-3 mån</p> <p>Erbjud broschyr t.ex. "Vad vinner du på att sluta röka?" samt "Förbered rökstopp" och telefonnummer till Sluta röka linjen.</p>	<p>Motivationsstadium 3 (siffror 8-10) Förberedelse/Beredd Rökaren ser fler fördelar med att sluta än med att fortsätta och börjar tänka på/planera för att sluta</p> <p>Samtalsfokus: Uppmuntra beslut att sätta stoppdatum. Hjälptill att lägga upp en konkret plan för rökstopp.</p> <p>Uppmuntra patienten att hitta beteendeförändringar som t.ex. rökfria zoner, diskutera vad som kan hända vid rökstoppet och hur svårigheterna skall hanteras, Erbjud information om läkemedel för tobaksavvänjning.</p> <p>Erbjud stöd, hänvisa med remiss eller telefonnummer till tobaksansvarig på vårdcentralen, återbesök inom 1 månad.</p> <p>Erbjud broschyr t.ex. "Vad vinner du på att sluta röka", "Förbered rökstoppet" samt "Läkemedel vid rökavvänjning" och telefonnummer till Sluta röka linjen.</p>
---	---	--

Övriga broschyrer som är lämpliga att använda:

- "Håll ut" – om patienten redan har slutat röka.
- "Tobak och vikt" – om rädsla finns för att gå upp i vikt vid tobaksstopp.
- "Snusstopp" och "Om snus en dosa sanning" – speciellt framtaget för snusare som vill sluta.

Bilaga 3. Förslag till åtgärder som kan registreras i arbetet mot tobak

- 11AK Tobak- information och rådgivning barn
- 12AJ Tobak- information och rådgivning vuxna
- 11BL Tobak- information och rådgivning till föräldrar
- 18O Tobak- information om nikotinläkemedel
- 18B Tobak- passivrökning information och rådgivning
- 18N Tobak- snus information och rådgivning
- 63BB Tobak- motiverande samtal
- 63BC Tobak- stödjande samtal
- 64AN Tobak- sluta-röka-stöd. Nivå 1 (1-3 min)
- 64AO Tobak- sluta-röka-stöd. Nivå 2 (3-10 min)
- 64AP Tobak- sluta-röka-stöd. Nivå 2
- 64AQ Tobak- sluta-röka-stöd. Nivå 3
- 64AR Tobak- uppföljningssamtal efter sluta-röka-stöd
- 74F Hänvisning till rökavvänjningssjuksköterska
- 74G Hänvisning till Sluta-röka-linjen

Bilaga 4 Läkemedel för rökavvänjning

1 (2)

Produkt	Dosering	Behandlings period	Vanliga biverkningar (Övrigt se FASS)	Positivt	Negativt	Övrigt
Nikotinplåster- 24 tim plåster 21, 14 och 7 mg - 16 tim plåster 25, 15 och 10 mg	Lågt beroende - start med 15/14/10 mg Högt beroende - start med 25/21/15 mg	Individuellt, normalt 2-3 månader inklusive nertrappning.	Hudreaktioner, 24-tim-plåstret kan ge sömnstörningar/livliga drömmar	Enkelt att använda. Jämn tillförsel av nikotin. 24-tim-plåstret ger hjälp med morgonröksuget Låg tillvänjningsrisk	Stillar inte det orala behovet.	Placera plåstret på ett nytt ställe varje dag
Nikotin-tuggummi 1,5 mg, 2 mg 3 mg och 4 mg	Lågt beroende - 1,5 eller 2 mg Högt beroende - 3 eller 4 mg 8-12 tuggummin/dygn	Individuellt, minst 3 månader därefter gradvis nedtrappning. Max 12 månader	Irritation i mun och hals, hicka, magbesvär vid fel tuggteknik	Enkelt att korrigera dosen. Ger snabb lindring i svåra situationer. Minskar hungersug, kan förebygga småätande. Utan vanligt socker	Svår tuggteknik. Ömhet i käkleder, kan fastna i tänderna. Beroende kan inträffa men i mindre grad	Viktigt med rätt tuggteknik; skall tuggas långsamt med pauser i tuggandet.
Nikotin-sublingual-tablett 2 mg	Lågt beroende 2 mg Högt beroende 2x2 mg 8-12 tabletter/dygn	Individuellt, minst 2-3 månader därefter gradvis nedtrappning Max 6 månader	Irritation i mun och hals.	Ger snabb lindring i svåra situationer. Diskret. Enkel att använda. Få biverkningar. Minskar hungersug. Utan vanligt socker	Svald tablett ger sämre effekt.	
Nikotin-sugtablett 1, 2 och 4 mg	Lågt beroende 1/2 mg Högt beroende 2/4 mg 8-12 tabletter/dygn	Individuellt, minst 3 månader därefter gradvis nedtrappning. Max 6 månader	Irritation i mun och hals, hicka	Ger snabb lindring i svåra situationer. Enkel att använda. Utan vanligt socker	Patienter med tendens till halsbränna kan uppleva besvär.	Viktigt med rätt sugteknik; tablett skall vila i munnen mellan varven
Nikotin-inhalator 10 mg/plugg	Laddas med nikotinpluggar 4-12 doser/dygn	Individuellt, minst 3 månader därefter nedtrappning Max 6 månader	Milda lokala reaktioner som hosta och irritation i mun och svalg	Hjälper till att minska saknaden av att hålla något i handen och lindra sugbehovet. Enkel att dosera.	Sämre effekt vid kyla. Vanan med att föra något till munnen upprätthålls.	
Nikotin-nässpray 0,5 mg/dos	1 sprayning i vardera näsborre 1-2 ggr/timme	Individuellt, normalt 3 månader därefter gradvis reducering av dosen under 6-8 veckor. Max 6 mån	Lokala reaktioner i form av irritation, smärta, nysningar och rinnande näsa	Mycket snabb effekt. Enkelt att korrigera dosen.	Lokala biverkningar i näsan kan upplevas starka. Beroende kan inträffa men i mindre grad	Receptbelagt

Produkt	Dosering	Behandlings period	Vanliga biverkningar (Övrigt se FASS)	Positivt	Negativt	Övrigt
Nikotin-munhålespray 1 mg	1-2 sprayningar varje - varannan timme mellan kinden och tänderna, skifta kind 8-12 sprayningar/dag	Individuellt, normalt 3 månader därefter nedtrappning. Max 6 månader	Irritation i mun och hals under de första veckorna.	Något snabbare effekt än övriga nikotinprodukter som används oralt.		Preparatet är nytt och få erfarenheter finns ännu
Munhålepulver 2 och 4 mg	1 påse varannan timme läggs under överläppen i 30 minuter. Flytta runt påsen med tungan, 8-12 påsar/dag	Individuellt normalt 3 månader därefter nedtrappning				Preparatet är nytt och få erfarenheter finns ännu
Vareniklin Champix 0,5 mg och 1 mg	Behandling påbörjas då patienten röker. Rökstopp planeras 1-2 veckor efter påbörjad Champix behandling. Rekommenderad dos är 1 mg x 2 efter 1 veckas titrering. Titrering: Dag 1-3: 0,5 mg x 1 Dag 4-7: 0,5 mg x 2 Dag 8-behandlingslut: 1 mg x 2	12 veckor. En extra 12 veckorsbehandling med 1 mg x 2 kan övervägas.	Milt-måttligt illamående, huvudvärk, insomningssvårigheter	Minskar lusten att röka. Bör tas tillsammans med mat. Påverkar inte cytokrom P450. Ingen känd interaktion med andra läkemedel Viss evidens finns för att läkemedlet kan användas vid snusavvänjning	Biverkan illamående. Behandlingen ska avbrytas om agitation, nedstämdhet eller förändringar av patientens beteende av betydelse observeras (se FASS) Har ett biverkningsspektrum som man ska ha i åtanke om man förskriver det till psykiskt sköra personer (se FASS)	Receptbelagt Andrahandsmedel . Ingår i högkostnads-skyddet.
Bupropion (Zyban depot-tablett) 150 mg	Behandling påbörjas då patienten röker, rökstopp planeras inom 2:a beh.veckan. 150 mg 1x1 i 6 dagar. From dag 7 150 mg x 2 (ej över 300 mg/dygn) 8 timmar mellan doserna	7-9 veckor	Sömnsvårigheter, muntorrhet, hudutslag, huvudvärk, yrsel	Om full dos ger biverkan kan enbart morgondos ge tillräcklig behandlingseffekt.	För att minska sömnproblem ta inte kvällsdosen för sent. Har ett biverknings-spektrum som man ska ha i åtanke om man förskriver det till psykiskt sköra personer (se FASS).	Receptbelagt Andrahandsmedel . Ingår i högkostnads-skyddet.

Sammanställt av Lena Lundh distriktssköterska MScN Centrum för Allmänmedicin, Stockholm och Barbro Holm Ivarsson, leg. psykolog, Psykologer mot Tobak. Reviderad november 2012

