

Røykerestriksjoner i en psykiatrisk avdeling

Det har lenge vært kjent at røyking og kaffe kan føre til økt spenning og angst, i tillegg til alle andre helseskadelige virkninger. Flere har de siste årene vist hvordan nikotinets kraftige stimulering av dopamin i sentralnervesystemet har negative effekter på psyken, og koffeinets sentralstimulerende effekt er godt kjent. Mye er blitt gjort for å redusere forbruket av nikotin i dagens samfunn. I denne artikkelen viser vi hvordan en endring i røykepraksis i en psykiatrisk åpen post synes å påvirke ekstraforskrivninger av medikamenter og føre til betydelig reduksjon i kaffe-forbruket samt påvirke flere miljøfaktorer positivt.

Det har i alle år vært røykerom for pasienter innlagt ved Psykiatrisk avdeling ved Oppland sentralsykehus avdeling Gjøvik. Fra 1.3. 2001 ble røykerommet ved den åpne posten stengt, og pasientene ble anvist plass utendørs for å røyke. Vi har retrospektivt sett på forskrivning av ekstra medisiner til 30 pasienter utskrevet før og 30 pasienter utskrevet etter stengingen.

Konklusjonen er at røykerestriksjoner i en åpen psykiatrisk avdeling reduserte forbruket av ekstraforskrivninger av medikamenter ($p < 0,01$) og av kaffe. I tillegg er det registrert en positiv virkning på behandlingsmiljøet.

Vårt materiale er lite og tidsperspektivet kort, men vi mener funnene er interessante og bør etterprøves.

Nikotin er den mest brukte vanedannende substans i verden. Sammenhenger mellom psykiske lidelser og røyking er et vel kjent tema i internasjonal litteratur. Det gjelder både sammenhenger mellom forskjellige psykiske lidelser og røykevaner samt nikotinets effekt på signalsubstanser i sentralnervesystemet (1, 2). Særlig gjelder dette nikotinets direkte effekt på det dopaminerge system (3). Røyking av tobakk påvirker også metabolismen og effekten av diverse psyko-farmaka, psykiatrisk symptomatologi og øker risikoen for misbruk av andre substanser (4). Økende kunnskap om nikotinets neurofarmakologiske effekter og virkning på farmakodynamikken bør føre til økt oppmerksomhet omkring den ofte eksessive røyking hos psykiatriske pasienter. Økt fore-

Sheraz Yaqub*

sheraz.yaqub@studmed.uio.no

Lavrantz Kyrдалen

lavrantz@online.no

Psykiatrisk avdeling

Oppland sentralsykehus avdeling Gjøvik
2819 Gjøvik

* Nåværende adresse:

Institutt for medisinsk biokjemi

Universitetet i Oslo

Postboks 1112 Blindern

0317 Oslo

Yaqub S, Kyrдалen L.

Smoking ban in a general hospital psychiatric unit: effects on «as needed» medication.

Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 196–7.

Background. It is well known that nicotine and caffeine can increase tension and anxiety, disturb sleep and cause a variety of smoking related health problems.

Material and methods. On 1 March 2001, it was decided to ban smoking in a general psychiatric inpatient unit and the patients were asked to confine smoking to outdoor areas. In a retrospective study we looked at the effects of the ban on smoking on «as needed» medication, ward atmosphere and incidents related to the change. The records from 30 patients discharged before the ban and 30 patients after the ban were examined and the demands for «as needed» medication registered.

Results. Two-sample t-test analyses of the groups showed a significant difference in «as needed» medications used between the two groups, with a reduction in the group discharged after the smoking ban ($p < 0,01$). There was a substantial reduction in coffee consumption and positive improvement in ward atmosphere after the ban as observed by the staff.

Interpretation. The material is limited; others are encouraged to proceed with validation of our experience.

☞ Se også side 154

komst av røykerelaterte somatiske lidelser hos disse pasientene understreker betydningen av skjerpet oppmerksomhet overfor problemet (5).

Røyking er også ofte assosiert med kaffedriking. Koffeinets sentralstimulerende effekt har vært kjent i århundrer. Den negative effekten av overdreven kaffedriking hos pasienter med angstlidelser er likeledes velkjent (6, 7). Stort forbruk av tobakk og kaffe er et problem i mange psykiatriske avdelinger, også fordi det påvirker behandlingsmiljøet negativt ved at pasientene gjerne splittes i grupper av røykere og ikke-røykere.

Dermed fragmenteres det sosiale miljøet som er en viktig del av behandlingsopplegget i psykiatriske avdelinger.

Vi ville spesifikt se på hvilke følger stenging av røykerommet hadde på forskrivning av ekstra medisiner og på behandlingsmiljøet. Vi gjorde dette retrospektivt ved å gjennomgå journaler til pasienter med opphold i avdelingen før og etter røykerommet ble stengt. Vårt utgangspunkt var at det ut fra et teoretisk grunnlag burde være en positiv sammenheng mellom mindre røyking og mindre medisinforbruk. I det følgende beskrives noen effekter av stenging av røykerommet i en åpen psykiatrisk post for korttidsbehandling.

Materiale og metode

Røykerommet i en post med 20 i hovedsak frivillig øyeblikkelig hjelp-innlagte pasienter ble stengt 1.3. 2001. Bakgrunnen var en negativ utvikling av behandlingsmiljøet, med uttalt gruppedanning og bekymring for effekten av det totale forbruk av tobakk og kaffe på forbruket av psyko-farmaka, særlig etterspørselen etter beroligende medikamenter og hypnotika. Pasientene ble anvist plass for røyking utendørs. Det ble ikke innført endringer i tilgangen til kaffe i avdelingen etter stengingen av røykerommet.

Undersøkelsen av effekter av stengingen på forbruket av ekstraforskrivninger utover pasientens faste medikasjon ble foretatt ved at de 30 sist utskrevne pasienter før stengingen ble sammenliknet med de 30 neste etter stenging. Fordelingen av pasientene i begge grupper er vist i tabell 1. Gruppene var sammenliknbare når det gjaldt kjønn og alder, men gruppene ble ikke sammenliknet med henblikk på diagnose. Undersøkelsen ble gjort retrospektivt og uten at intensjonen om undersøkelsen var gjort kjent for leger og miljøpersonale på forhånd – dette for å hindre påvirkning av forskrivningspraksis. Gruppene ble sammenliknet med hensyn til antall forordnede doser benzodiazepiner, hypnotika, nevroleptika og antihistaminer under oppholdet i avdelingen. Funnene er bearbejdet statistisk med SPSS. Tøutvalgs t-test ble gjort på gruppen før ($n = 30$) og gruppen etter ($n = 30$) stenging. Signifikansgrensen ble satt til $p < 0,05$. Det ble videre beregnet gjennomsnitt for utlevering av ekstra medisiner, totalt og fordelt på undergrupper av medikamenter (hypnotika, benzodiazepiner, nevroleptika og antihistaminer) før og etter stenging av røykerommet, samt standardavvik (SD), og 95 % konfidensintervall (95 % KI).

Tabell 1 Pasienter i gruppen før og etter stenging av røykerommet fordelt etter kjønn og alder under eller over 30 år

Fordeling	Før stenging	Etter stenging
Menn < 30 år	2	4
Menn ≥ 30 år	15	11
Kvinner < 30 år	1	4
Kvinner ≥ 30 år	12	11
Totalt	30	30

Resultater

Etter stenging av røykerommet ble det totale antall forskrivninger av ekstra medisiner redusert med ca. to tredeler (fra gjennomsnitt 16, SD 15,9 til gjennomsnitt 6, SD 9,0 per pasient per opphold). Denne reduksjonen på 10 er statistisk signifikant ($p < 0,01$, 95 % KI 3,2–16,6). Størst var reduksjonen i forbruk av hypnotika mens endringen i forskrivning av benzodiazepiner, nevroleptika og antihistaminer ikke var statistisk signifikant ($p > 0,05$) (tab 2).

Kaffeforbruket etter stenging av røykerommet ble også redusert. Ifølge rapporter fra kjøkkenpersonalet er reduksjonen ca. 6 kg per uke. Miljøpersonalet rapporterer om bedre sosialt miljø med økt samvær mellom pasientene i felles oppholdsrom, og om rolligere kvelder og netter. Etter initial, heftig

mediedebatt, som stengingen av røykerommet utløste, har det ikke vært sterke reaksjoner blant pasienter behandlet i avdelingen (8). Derimot har flere kommentert det positive med en røykfri post og bedring av inneliv. Mediene har vist stor interesse for de positive følgene av stengingen og mye er blitt skrevet om dette (9, 10).

Diskusjon

Tidligere internasjonale studier av røykeforbud i psykiatriske avdelinger har vist overveiende positive resultater vurdert ut fra forskjellige kriterier. Vår undersøkelse støtter tidligere konklusjoner (11–13). Vi har ikke funnet tilsvarende studier fra norske psykiatriske avdelinger. Totaleksponeringen for nikotin og kaffe er åpenbart blitt redusert som følge av stengingen. Reduksjonen i medikamentforbruk skyldes sannsynligvis en kombinasjon av farmakologiske effekter og positive miljøeffekter av reduksjonen i forbruk av to så potente sentralstimulerende stoffer som nikotin og koffein (14, 15). Undersøkelsen er gjort over et begrenset tidsrom, og pasientmaterialet er følgelig relativt lite. I og med at vi i vår studie har brukt «historiske kontroller» som sammenlikningsgruppe kan det ikke utelukkes at andre faktorer enn stenging av røykerommet kan ha påvirket medikamentforbruket. For eksempel kan legenes kunnskap om interaksjoner mellom nikotin, koffein og medikamenter ubevisst ha påvirket forskrivningen. At vi ikke har sammenliknet gruppene diagnostisk, er en ytterligere

svakhet ved studien. Funnene taler likevel for at den aktuelle problemstillingen fortsatt bør vies oppmerksomhet og for at denne undersøkelsen bør følges opp med ny evaluering i et langtidsperspektiv.

Litteratur

- Black DW, Zimmerman M, Coryell WH. Cigarette smoking and psychiatric disorder in a community sample. *Ann Clin Psychiatry* 1999; 11: 129–36.
- Corvin A, O'Mahony E, O'Regan M, Comerford C, O'Connell R, Craddock N et al. Cigarette smoking and psychotic symptoms in bipolar disorder. *Br J Psychiatry*. 2001; 179: 35–8.
- Nisell M, Nomikos GG, Svensson TH. Nicotine dependence, midbrain dopamine systems and psychiatric disorders. *Pharmacol Toxicol* 1995; 76: 157–62.
- Desai HD, Seabolt J, Jann MW. Smoking in patients receiving psychotropic medications: a pharmacokinetic perspective. *CNS Drugs* 2001; 15: 469–94.
- Gralnick A. Nicotine addiction in the psychiatric hospital: final report. *Psychiatr J Univ Ott* 1990; 15: 165–8.
- Bruce M, Scott N, Shine P, Lader M. Anxiogenic effects of caffeine in patients with anxiety disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49: 867–9.
- Lee MA, Flegel P, Greden JF, Cameron OG. Anxiogenic effects of caffeine on panic and depressed patients. *Am J Psychiatry* 1988; 145: 632–5.
- Stavik K. Røykende pasienter kastes ut i kulla. *Oppland Arbeiderblad* 28.3.2001.
- Häkensbakken P. Stengte røykerom – medisinsbruken dalte. *Oppland Arbeiderblad* 31.7.2001.
- Nordby A. Færre piller etter røykestopp. *VG* 31.7.2001.
- Thoward SR, Birnbaum S. Effects of smoking ban on a general hospital psychiatric unit. *Gen Hosp Psychiatry* 1989; 11: 63–7.
- Velasco J, Eells TD, Anderson R, Head M, Ryabik B, Mount R et al. A two-year follow-up on the effects of a smoking ban in an inpatient psychiatric service. *Psychiatr Serv* 1996; 47: 869–71.
- Josef NC, Lingam VS, Quince C, Ramalingam S, Camazzola P. Impact of a smoke-free policy on medication use in a psychiatric facility. Abstract. American Psychiatric Association 2001 Annual Meeting, May 5–10, 2001. New Orleans: American Psychiatric Association, 2001.
- Gilbert DG, Dibb WD, Plath LC, Hiyane SG. Effects of nicotine and caffeine, separately and in combination, on EEG topography, mood, heart rate, cortisol, and vigilance. *Psychophysiology* 2000; 37: 583–95.
- Rose JE, Behm FM. Psychophysiological interactions between caffeine and nicotine. *Pharmacol Biochem Behav* 1991; 38: 333–7. ○

Tabell 2 Gjennomsnittstall med standardavvik for antall forskrivninger av ekstra medisiner fordelt på hypnotika, benzodiazepiner, nevroleptika og antihistaminer gitt per pasient under et opphold før og etter stenging av røykerommet, samt endring med 95 % konfidensintervall

	Før stenging Gjennomsnitt (SD)	Etter stenging Gjennomsnitt (SD)	Endring (95 % KI)
Hypnotika	3,5 (5,9)	0,9 (1,6)	2,6 (0,4–4,9)
Benzodiazepiner	8,8 (16,5)	3,9 (9,2)	4,9 (–2,1–11,8)
Nevroleptika	3,6 (7,6)	0,9 (1,8)	2,7 (–0,2–5,5)
Antihistaminer	0,2 (0,6)	0,4 (1,5)	–0,2 (–0,8–5,5)

Annons