



SUNDHEDSSTYRELSEN

Rygning og rygestop blandt patienter med psykiske lidelser

– en guide til sygeplejersker
i hospitals- og distriktpsychiatrien

Rygning og rygestop blandt patienter med psykiske lidelser

– en guide til sygeplejersker i hospitals- og distriktpspsykiatrien

© Sundhedsstyrelsen, 2022

Publikationen kan frit refereres
med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Elektronisk ISBN: 978-87-7014-423-0

Sprog: Dansk

Version: 01

Versionsdato: 3. marts 2022

Design og layout: Sundhedsstyrelsen

Udgivet af Sundhedsstyrelsen

Marts 2022

1

Hvorfor er rygestop relevant for patienter med psykiske lidelser?

Tobaksrygning er langt mere udbredt blandt patienter med psykiske lidelser sammenlignet med den øvrige befolkning, og gruppen ryger flere cigaretter dagligt og er ofte mere afhængige af nikotin. Patienter med psykiske lidelser har en kortere middellevetid end andre, og her spiller rygning en væsentlig rolle. Rygning er fx hovedårsagen til, at patienter med skizofreni lever 15-20 år kortere end andre¹. Mens andelen, der ryger i den generelle befolkning, er faldet markant gennem de seneste 50 år, ser man ikke den samme udvikling blandt patienter med psykiske lidelser².

Patienter med psykiske lidelser har særlige udfordringer i forbindelse med rygestop. Blandt andet oplever de kraftigere nikotinabstinenser og har vanskeligere ved at fastholde et rygestop. De har derfor brug for særlig støtte fra det sundhedsfaglige personale, der er omkring dem – både til at påbegynde og vedligeholde et rygestop.

Rygestop er mest effektivt, hvis den psykiske lidelse er velbehandlet. Det er også afgørende, at personalet tager højde for evt. dosis-tilpasning af psykofarmaka ved rygestop. En kvalificeret og målrettet indsats er derfor særligt nødvendig hos denne gruppe.

Målet med denne guide er at inspirere praktiserende læger og læger på hospitaler og i distriktpsykiatrien til at hjælpe patienter med psykiske lidelser med et rygestop. Guiden bygger på rapporterne "Rygestop og psykiatri"³ samt "Afdækning af rygestoptilbud til borgere med psykiske lidelser"⁴.

Guiden fokuserer bl.a. på:

- Effekter af tobaksrygning og rygestop
- Samspillet mellem psykofarmaka, rygning og rygestop
- Faktorer, der øger risikoen for, at patienter med psykiske lidelser begynder at ryge igen efter rygestop.

Psykiatriske sygeplejersker og andet sundhedspersonale spiller en central rolle i at opspore de patienter, der bør tilbydes et rygestop, samt i at motivere og henvise til kommunernes rygestoptilbud. Men det kræver viden om, hvad rygning og rygestop kan betyde for denne gruppe patienter.

Tre grunde til rygestop hos patienter med psykiske lidelser

- Bedring af fysisk og psykisk helbred
- Markant forøgelse af levetiden
- Hyppigt ønske hos patienten

¹ Tidey JW, Davis DR, Miller ME, Pericot-Valverde I, Denlinger-Apte RL and Gaalema DE (2018) Modeling nicotine regulation: A review of studies in smokers with mental health conditions. *Prev Med* 117:30-37.

² Szatkowski L and McNeill A (2015) Diverging trends in smoking behaviors according to mental health status. *Nicotine Tob Res* 17:356-360.

³ Rygestop og psykiatri – Betydning af tobaksrygning og rygestop for psykiatriske symptomer og behovet for psykofarmaka. Sundhedsstyrelsen 2021.

⁴ Afdækning af rygestoptilbud til borgere med psykiske lidelser, Sundhedsstyrelsen 2020.

2

Myter om rygestop blandt patienter med psykiske lidelser

Flere studier peger på, at der blandt sundhedspersonale eksisterer forskellige myter om rygestop hos patienter med psykiske lidelser. Eksempelvis kan personalets opfattelse af, om målgruppen er interesseret i rygestop, være afgørende for, om et rygestopforløb igangsættes.

Tre myter om patienter med psykiske lidelser og rygning

- **"De fleste patienter med psykiske lidelser ønsker ikke at holde op med at ryge"**

Fakta: 60-75 procent af patienter med psykiske lidelser ønsker at blive røgfri, hvilket er lige så hyppigt som i den generelle befolkning.

- **"Patienter med psykiske lidelser kan ikke holde op med at ryge"**

Fakta: Patienter med psykiske lidelser har moderat lavere chance for at stoppe sammenlignet med andre personer, men hvis den psykiske lidelse er velbehandlet, er forskellen minimal.

- **"Rygestop kan forværre psykiatriske symptomer"**

Fakta: Abstinenssymptomer minder om psykiatriske symptomer og kan derfor forveksles med disse, men nikotinabstinenser varer typisk kun 1-2 uger. Længerevarende rygestop vil generelt føre til en bedring af psykiatriske symptomer.

3

Lindring af nikotinabstinenser eller selvmedicinering af symptomer?

Patienter med psykiske lidelser kan umiddelbart opleve effekten af nikotin som symptomlindrende. På kort sigt kan nikotin bl.a. dæmpe angst og uro, løfte humøret og øge koncentrationsevnen. Effekten er dog kortvarig og afløses af abstinenser. Nikotinabstinenser har slående lighed med mange af de symptomer, der kendetegner psykiske lidelser, fx irritabilitet, anspændthed, uro, søvnbesvær, angst, anhedoni, tristhed og koncentrationsbesvær. Når rygning opleves som symptomlindrende, er en stor del af forklaringen snarere, at det lindrer nikotinabstinenser.

I lighed med andre former for rusmiddelafhængighed kan denne form for selvmedicinering af symptomer på længere sigt cementere – og endda forværre – symptomerne. På den måde opstår en ond cirkel, hvor patienten oplever tobaksrygning som en nødvendighed for at afhjælpe disse symptomer og for i det hele taget at kunne fungere.

Vigtig information til patienten før rygestop

- Eventuel symptomforværring i forbindelse med rygestop eller rygereduktion er normalt kortvarig og hænger primært sammen med abstinenser.
- Forskning peger på, at rygestop ikke forværre, men tværtimod kan forbedre, psykiatriske symptomer på længere sigt.

4

Psykofarmaka og rygestop

Visse psykofarmaka omsættes markant hurtigere, hvis man ryger. Derfor har patienter, der ryger, normalt behov for højere doser af disse psykofarmaka. Pga. de højere doser kan rygestop medføre, at koncentrationen af lægemidlet i kroppen stiger til niveauer, der kan give kraftige bivirkninger, hvis ikke dosis justeres sideløbende med rygestoppet.

Det er derfor vigtigt i samråd med patientens læge at vurdere og eventuelt tilpasse dosis af psykofarmaka i forbindelse med rygestop hos patienter, der er i medicinsk behandling for deres psykiske lidelse.

Læs mere om psykofarmaka og rygestop

Guide til praktiserende læger og læger i hospitals- og distriktspsykiatrien

Rapporten Rygestop og psykiatri – Sundhedsstyrelsen.

5

Udvalgte psykiatriske diagnoser og rygestop

I det følgende gennemgås rygning og rygestop specifikt i forhold til fem psykiatriske sygdomme.

Angst

Personer med angst har øget risiko for at begynde at ryge, og de udvikler generelt afhængighed efter færre cigaretter end personer uden angst. Rygningen vil kortvarigt kunne reducere angst- og stresssymptomer, men kan forværre angsten på sigt. Ved rygestop opleves nikotinabstinenser generelt kraftigere end hos personer uden en angstlidelse. Desuden opleves de fysiske reaktioner i abstinensfasen som særligt udfordrende, da angstlidelser er forbundet med øget opmærksomhed på fysiske og psykiske tegn på angst og ubehag. Når abstinensfasen er ovre, er det normalt, at rygestop på sigt reducerer angstsymptomer; denne gavnlige effekt bliver mere udtalt, jo længere rygestoppet varer. En øget stressfølsomhed kendetegner angstlidelser og er en væsentlig udfordring ift. at forblive røgfri.

Depression

Patienter med depressive symptomer har højere risiko for at begynde at ryge, og omvendt øger rygning risikoen for at udvikle depression, særligt hvis patienten begynder at ryge tidligt i sit liv. Der er stærk evidens for, at disse sammenhænge er kausale. Ved rygestop opleves nikotinabstinenser som en forværring af de depressive symptomer, og rygestop kan hos sårbare personer uden foregående depression direkte udløse depressive symptomer. Imidlertid har flere studier vist, at rygestop på sigt reducerer depressive symptomer, og at symptomerne bliver mindre, jo længere rygestoppet varer. Hos patienter med depression kan særligt anhedoni og kognitive vanskeligheder – såsom koncentrationsbesvær i abstinensfasen – reducere chancen for at forblive røgfri.

Bipolar sindslidelse

Tobaksrygning er tre-fire gange hyppigere blandt patienter med bipolar sindslidelse, og rygning øger signifikant risikoen for udvikling af bipolar lidelse, muligvis pga. de affektive svingninger, der er forbundet med vekslen mellem nikotinabstinenser og lindring af disse. Rygning er i denne gruppe forbundet med tidligere sygdomsdebut, mere udtalte affektive symptomer, ringere langtidsprognose mht. bipolare symptomer og øget risiko for at blive afhængig af andre rusmidler. Flere studier har vist en sammenhæng mellem rygning og impulsivitet, herunder selvmordsadfærd ved bipolar depression. Ved ubehandlet bipolar sindslidelse er succesraten for rygestop lavere end hos velbehandlede patienter. Effekten af rygestopmidler sammenlignet med placebo er imidlertid større blandt patienter med bipolar lidelse, end den er for andre borgere. Rygestop kan give forbigående symptomforværring, herunder øget risiko for mani. Øget angst og irritabilitet og nedsat stresstolerance i forbindelse med abstinenssymptomer vil besværliggøre rygestop, særligt hos de mange patienter, der sammen med en bipolar sindslidelse også lider af angst.

Skizofreni

Tobaksrygning er hyppigere ved skizofreni end ved nogen anden psykiatrisk lidelse, og flere studier peger på, at tobaksrygning fordobler risikoen for at udvikle skizofreni. Rygningen påbegyndes typisk flere år før, skizofrenidiagnosen stilles, og debutalderen for tobaksrygning er lavere blandt personer, der sidenhen udvikler skizofreni. Patienter med skizofreni er generelt mere afhængige af nikotin, oplever kraftigere rygetrang og har værre abstinenssymptomer end personer uden skizofreni. Særligt den forbigående forværring af kognitive symptomer og

anhedoni er en udfordring ved rygestop. Mange patienter med skizofreni, der ryger, har et ønske om at stoppe, men uden behandling har patienter med skizofreni en markant lavere succesrate end andre. Effekten af rygestopmidler, særligt vareniclin, sammenlignet med placebo er større blandt patienter med bipolar lidelse eller skizofreni, end den er for andre borgere.

ADHD

Der er evidens for, at patienter med ADHD bruger tobaksrygning som et middel til at regulere følelsesmæssige udfordringer og koncentrationsbesvær. Risikoen for at eksperimentere med rusmidler, herunder at begynde at ryge, er højere hos patienter med ADHD, særligt hvis de ikke bliver behandlet i barne- og teenageårene. Hvis rygningen påbegyndes som teenager, skader det hjernens udvikling og forværrer derved ADHD-symptomerne. Abstinenssymptomer ved rygestop minder om symptomerne på ADHD, fx irritabilitet, angst, depressive symptomer, koncentrationsbesvær og impulsivitet. Ydermere opleves nikotinabstinenser værre hos patienter med ADHD end hos personer uden ADHD. Særlige udfordringer ved rygestop hos patienter med ADHD er tendensen til impulsivitet og motivationsbesvær, der nedsætter vedholdenheden. Behandling med ADHD-medicin kan nedsætte disse tendenser hos patienter med moderat til svær grad af ADHD.

Table 1. Hvad udfordrer særligt patienten i forbindelse med at fastholde et rygestop?

	Angst	Depression	Bipolar lidelse	Skizofreni	ADHD
Stressfølsomhed	●		●		
Anhedoni/ tristhed		●			
Nikotintrang			●	●	●
Koncentrations- besvær		●		●	●
Impulsivitet			●		●
Fysiske tegn på abstinenser	●				

6

Rygestopmidler: Effekt, bivirkninger og interaktion med psykofarmaka

En kombination af rygestopmidler og rådgivning har vist sig at være effektivt, når patienter med psykiske lidelser skal stoppe med at ryge.

Rygestopmidler øger markant chancen for succesfuldt rygestop – også hos patienter med psykiske lidelser. Personer med psykiske lidelser kan have behov for længere tids behandling med rygestopmidler end andre grupper.

Følgende rygestopmidler er godkendt til rygestop hos borgere både med og uden psykiske lidelser:

- **Vareniclin (Champix®⁵)** Er mere effektiv end både nikotin-substitution (NST) og bupropion. Sammenlignet med placebo giver vareniclin næsten 3 gange højere chance for at forblive røgfri, både hos personer med og uden psykiske lidelser, dog 4-6 gange højere hos personer med bipolar lidelse eller skizofreni. Vareniclin er det eneste rygestopmiddel med dokumenteret effekt over 6 måneder. En kombination af vareniclin og NST er mere effektiv end vareniclin alene, og denne kombination er således den mest effektive rygestopbehandling

Almindelige bivirkninger

Kvalme, ondt i halsen, hovedpine, søvnløshed, abnorme drømme.

Interaktion med psykofarmaka

Vareniclin har ingen interaktioner med psykofarmaka.

- **Bupropion (Zyban®)** Fordobler næsten chancen for røgfrihed hos personer både med og uden psykiske lidelser. En kombination af bupropion og NST er mere effektiv end bupropion alene.

Almindelige bivirkninger

Søvnløshed, mundtørhed⁶, kvalme, forstoppelse.

Interaktion med psykofarmaka

Bupropion interagerer med en række psykofarmaka og andre lægemidler, bl.a. visse antidepressiva og antipsykotika og kan derfor give markante stigninger i kroppens koncentration af disse. Bupropion bør ikke gives sammen med MAO-hæmmere, da det kan give risiko for serotonin-syndrom (bevidsthedstab, kramper, udtalt motorisk uro, hedeslag) og kraftigt forhøjet blodtryk. Da bupropion sænker tærsklen for kramper, skal det anvendes med forsigtighed ved kombination med andre lægemidler, der sænker krampetærsklen.

- **Nikotin-substitutionsterapi (NST)** Fordobler næsten chancen for røgfrihed hos personer både med og uden psykiske lidelser. Dog skal man være opmærksom på, at NST vedligeholder patientens nikotinafhængighed.

Almindelige bivirkninger

Kvalme, hovedpine, svimmelhed.

Interaktion med psykofarmaka

NST har meget begrænset interaktion med psykofarmaka og kan normalt anvendes uden at ændre medicindosis.

⁵ Patentet på vareniclin er udløbet i 2021. Efter al sandsynlighed vil Champix® derfor i fremtiden ikke fortsætte med at være det eneste tilgængelige vareniclin-produkt.

⁶ Mundtørhed kan have negativ indvirkning på tandsundheden. Derfor er det vigtigt at gøre borgeren

opmærksom på, at der findes præparater, der kan afhjælpe mundtørhed, samt at patienten skal være ekstra opmærksom på sin tandhygiejne i den periode, hvor bupropion anvendes. Læs mere i pjecen "Ondt i livet skal ikke give ondt i tænderne" her.

Rygestopmidler øger ikke forekomsten af psykiatriske symptomer

Bupropion og vareniclin blev på et tidspunkt mistænkt for at kunne udløse eller forværre psykiatriske symptomer. I de seneste 5-10 år har flere omfattende placebo-kontrollerede, randomiserede og dobbeltblindede undersøgelser foretaget både på personer med og uden psykiatriske sygdomme imidlertid ikke kunnet påvise, at bupropion eller vareniclin øger forekomsten af psykiatriske symptomer sammenlignet med placebo.

OBS
Når rygestopmidlet bupropion anvendes i kombination med psykofarmaka, skal man være opmærksom på eventuelle interaktioner.

7

Henvis til et kommunalt rygestoptilbud

Forskning viser, at deltagelse i et rygestopforløb øger sandsynligheden for, at patienter med psykiske lidelser holder op med at ryge.

En afdækning udarbejdet af Rambøll viser, at patienter kun i begrænset omfang henvises systematisk og elektronisk til kommunale rygestoptilbud fra den regionale psykiatri. Dette billede bekræftes af både kommunerne og de regionale psykiatriske afdelinger⁷.

På sundhed.dk er kommunernes sundhedstilbud samlet. Ved at klikke på www.sundhed.dk/borger/guides/sundhedstilbud/ og skrive "rygestop" samt navnet på den pågældende kommune i søgefeltet kan man finde kommunens rygestoptilbud og kontaktoplysninger på kommunens rygestopkoordinator.

Nem metode til henvisning

Very brief advice (VBA)-metoden er en anerkendt og nænsom rekrutteringsmetode, som kan benyttes af fx sundhedspersonale, når de møder patienten. Metoden tager 30 sekunder og indebærer, at medarbejderen:

- Spørger til, hvorvidt patienten ryger
- Oplyser om, at der er fem gange større chance for at blive røgfri ved hjælp af rådgivning og rygestopmidler
- Henviser patienten til et kommunalt rygestoptilbud, hvis patienten er interesseret.

⁷ Afdækning af rygestoptilbud til borgere med psykiske lidelser, Sundhedsstyrelsen 2020.

8

Anbefalinger

- **Vær et forbillede.** Brug ikke rygning som et terapeutisk redskab, og undlad at ryge sammen med patienten.
- **Sæt tidligt ind.** Tobaksrygning er en risikofaktor for udvikling af psykiske lidelser, særligt hvis det påbegyndes i teenageårene, og især hos unge har rygestop stor betydning for den videre prognose.
- **Vær opsøgende – og henvis til rygestop.** Patienter med psykiske lidelser har ikke nødvendigvis overskuddet til at finde frem til kommunens rygestoptilbud. Det er derfor nødvendigt med en proaktiv tilgang for at finde de patienter, der vil have glæde af blive henvist til et tilbud. Hjælp patienten med at finde kommunens rygestoptilbud på sundhed.dk (jf. afsnit 7).
- **Vurdér afhængigheden.** Spørg til antal cigaretter og på hvilket tidspunkt, patienten ryger den første cigaret efter at være vågnet om morgenen (under 30 minutter kan indikere stærk afhængighed).
- **Afklar motivation, udløsende faktorer og barrierer.** Spørg til hvilke psykologiske og psykosociale faktorer, der udløser rygetrangen, samt hvilke forbehold patienten har over for rygestop (fx frygt for symptomforværring, øget stress, søvnproblemer eller prisen på rygestopmidler). Informér om, hvordan disse barrierer kan imødegås, og hold dem op imod fysiske og psykiske fordele ved rygestop.
- **Undervis patienten og de pårørende.** Informér om ligheden mellem abstinenssymptomer og psykiatriske symptomer og tal om, hvordan de kan imødegås. Vær opmærksom på de særlige forhold, der gælder for hver enkelt diagnose (jf. afsnit 3 og 5).
- **Kombinér rygestopbehandlingen.** En kombination af rygestopmidler og rådgivning har vist sig mest effektiv, når patienter med psykiske lidelser skal stoppe med at ryge. Rygestopmidlet vareniclin er, enten alene eller i kombination med nikotin-substitutionsterapi, i de fleste tilfælde den mest effektive behandling (jf. afsnit 6).
- **Samarbejd med patientens læge om rygestopmedicin og psykofarmaka.** Både bupropion og vareniclin er receptpligtige, og derfor kræver behandling med disse præparater tæt samarbejde med den behandlende læge. Det er også vigtigt, at lægen vurderer, om dosis af psykofarmaka skal justeres ved rygestop (jf. afsnit 4). Hvis patienten oplever symptomforværring, så kontakt den læge, der ordinerer patientens medicin.

Læs mere

- **Rygestop og psykiatri – betydning af tobaksrygning og rygestop for psykiatriske symptomer og behovet for psykofarmaka**
Sundhedsstyrelsen, 2021
- **Afdækning af rygestoptilbud til borgere med psykiske lidelser**
Sundhedsstyrelsen, 2020
- **Forebyggelsespakken om tobak**
Sundhedsstyrelsen, 2018
- **Behandling af tobaksafhængighed – anbefalinger til en styrket klinisk praksis**
Sundhedsstyrelsen, 2011