



SUNDHEDSSTYRELSEN

# Rygning og rygestop blandt patienter med psykiske lidelser

– en guide til praktiserende læger  
og læger i hospitals- og distriktpsychiatrien

## **Rygning og rygestop blandt patienter med psykiske lidelser**

– en guide til praktiserende læger og læger i hospitals- og distriktskykiatrien

© Sundhedsstyrelsen, 2022

Publikationen kan frit refereres  
med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen  
Islands Brygge 67  
2300 København S

**[www.sst.dk](http://www.sst.dk)**

Elektronisk ISBN: 978-87-7014-422-3

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 andre<sup>1</sup>. 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 lidelser<sup>2</sup>.

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"<sup>3</sup> samt "Afdækning af rygestoptilbud til borgere med psykiske lidelser"<sup>4</sup>.

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.

Læger 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

<sup>1</sup> 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.

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

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

<sup>4</sup> 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 eksisterer forskellige myter om rygestop hos patienter med psykiske lidelser blandt sundhedspersonale. Eksempelvis kan personalets opfattelse af, om målgruppen eksempelvis er interesserede 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

De såkaldt polycykliske kulbrinte-forbindelser (PAH) i tobaksrøg øger omsætningen af visse psykofarmaka. Et brat rygestop kan derfor medføre væsentlige stigninger i serumkoncentrationen, hvis dosis ikke nedjusteres sideløbende med rygestoppet (i løbet af de første 1-2 uger efter rygestop). Der bør særligt tages forholdsregler for lægemidler med et smalt terapeutisk indeks.

### Nedjustering af dosis ved rygestop bør overvejes ved brug af følgende psykofarmaka:

#### Antipsykotika

- **Clozapin:** Rygestop giver typisk stigninger i serum-clozapin på 50-70 procent, hvilket i de fleste tilfælde gør det nødvendigt at reducere dosis med 30-40 procent. I visse tilfælde kan rygestop imidlertid give kraftige og potentielt livstruende stigninger i serum-clozapin, hvorfor rygestop altid bør følges nøje og kun igangsættes i samråd med den/de ansvarlige for clozapin-behandlingen, så dosis kan tilpasses.
- **Olanzapin:** Ligesom ved clozapin kan rygestop forventes at medføre en 50-70 procent stigning i serumkoncentrationen, og en reduktion i dosis med 30-40 procent vil derfor være relevant for at undgå overdosering.
- **Haloperidol:** Det estimeres, at rygestop blandt kaukasere øger serum haloperidol med 30-70 procent, hvorfor en dosisreduktion med ca. 25-40 procent kan være relevant, afhængigt af symptomer og bivirkninger.

#### Antidepressiva

- **Clomipramin:** Det er vanskeligt at vurdere effekten af rygestop på serum-clomipramin, men på basis af få studier kan rygestop omtrent fordoble serumkoncentrationen. En dosisreduktion med op til 50 procent kan være relevant.
- **Imipramin:** Der mangler endnu gode studier på effekten af rygning og/eller rygestop på imipramin, men baseret på de eksisterende studier forventes rygestop at fordoble serumkoncentrationen. Imipramin har et smalt terapeutisk indeks, hvorfor dosis bør reduceres med 50 procent i forbindelse med rygestop.
- **Fluvoxamin:** Rygestop forventes at medføre en stigning på 50-100 procent i serum-fluvoxamin, dog kun ved lave doser, da højere doser i sig selv hæmmer nedbrydningen. Dosisreduktion med 30-50 procent kan være nødvendig.
- **Duloxetin:** Rygestop kan medføre en stigning på mellem 50 og 200 procent i serumkoncentrationen. Dosisreduktion med ca. 50 procent er ofte relevant.
- **Mirtazapin:** Rygestop kan medføre en stigning i serumkoncentrationen på 25-65 procent. Evt. dosisreduktion, hvis den sederende effekt bliver for kraftig.

# 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
<b>Stressfølsomhed</b>	●		●		
<b>Anhedoni/ tristhed</b>		●			
<b>Nikotintrang</b>			●	●	●
<b>Koncentrations- besvær</b>		●		●	●
<b>Impulsivitet</b>			●		●
<b>Fysiske tegn på abstinenser</b>	●				

# 6

## Rygestopmidler: Effekt, bivirkninger og interaktion med psykofarmaka

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 personer både med og uden psykiske lidelser:**

- **Vareniclin (Champix®)** Signifikant mere effektiv end både nikotin-substitutionsterapi (NST) og bupropion. Sammenlignet med placebo giver vareniclin generelt knapt 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. Vareniclin har vist kognitionsfremmende effekter på tværs af forskellige kognitive domæner, hvilket muligvis er en del af forklaringen på den højere succesrate end ved andre rygestopbehandlinger. En kombination af vareniclin og NST er mere effektiv end vareniclin alene, og denne kombination er således den mest effektive behandling.

### Almindelige bivirkninger

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

### Interaktion med psykofarmaka

Vareniclin har meget begrænset interaktion med andre lægemidler og har ingen interaktioner med psykofarmaka.

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

### Almindelige bivirkninger

Søvnløshed, mundtørhed, kvalme, forstoppelse.

### Interaktion med psykofarmaka

- Bupropion er en kraftig hæmmer af enzymet CYP2D6 og kan derfor give markante stigninger i serumkoncentrationerne for en række psykofarmaka og andre lægemidler.
- Bupropion hæmmer monoamin-transportører og bør ikke gives sammen med MAO-hæmmere, fx isocarboxacid, da det kan give risiko for såvel serotonin-syndrom (bevidsthedstab, kramper, agitation, hypertermi) og kraftigt forhøjet blodtryk.
- Bupropion sænker tærsklen for kramper og skal anvendes med forsigtighed ved kombination med andre lægemidler, der sænker krampetærsklen, herunder visse antidepressiva, antipsykotika, tramadol og theophyllin.

- **Nikotin-substitutionsterapi (NST)** Fordobler næsten chancen for røgfrihed, både hos personer 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.

<sup>5</sup> 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.

<sup>6</sup> 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**.

<sup>7</sup> Afdækning af rygestoptilbud til borgere med psykiske lidelser, Sundhedsstyrelsen 2020.



## 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 afdelinger .

På sundhed.dk er kommunernes sundhedstilbud samlet. Ved at klikke på [www.sundhed.dk/borger/guides/sundhedstilbud/](http://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.

# 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).
- **Justér psykofarmaka.** Det er vigtigt at vurdere rygningens og rygestoppets påvirkning ved valg og dosis af psykofarmaka (jf. afsnit 4).

## 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*