



Behandling af tobaksafhængighed
– Anbefalinger til en styrket klinisk praksis

2011



Behandling af tobaksafhængighed – Anbefalinger til en styrket klinisk praksis

Sundhedsstyrelsen 2011
URL: <http://www.sst.dk>

Forfatter: Forskningsoverlæge, PhD., MPH Charlotta H. Pisinger,
Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed

Sundhedsstyrelsens projektgruppe: Jørgen Falk (projektleder),
Marie Sung Lee Asserhøj

Referencegruppe:
Overlæge, dr. med. Martin Døssing, praktiserende læge og praksis-
konsulent Niels Ulrich Holm, overlæge, PhD Charlotte Glümer og
sundhedskonsulent Vibeke Bastrup

Emneord: rygning, tobak, tobaksforebyggelse, tobaksafhængighed,
rygestop, rygeafvænning, anbefalinger

Sprog: Dansk

Kategori: Faglig rådgivning

Grafisk tilrettelæggelse: Scanprint A/S

Tryk:

Version 1.0

Versionsdato: 15. maj 2011

Trykt ISBN: 978-87-7104-160-6
Elektronisk ISBN: 978-87-7104-159-0

Copyright: Sundhedsstyrelsen. Publikationen kan frit refereres
med tydelig kildeangivelse

Publikationen kan downloades fra Sundhedsstyrelsens hjemmeside
www.sst.dk eller bestilles hos Sundhedsstyrelsens publikationer,
c/o Rosendahls-Schultz Grafisk på tlf. 70262636.

Indhold

Forord	5
Konklusioner og anbefalinger	6
Indledning – rationalet bag anbefalingerne	7
Basisviden om rygning og afhængighed	10
Rygerens ambivalens i forhold til rygestop	14
Fordele ved rygestop	s. 14
Rygestop – generelt	16
Succesrater	s. 16
Den bedste behandling	s. 17
Behandling af tobaksafhængighed som kronisk tilstand	18
Rygestop som en proces	s. 18
Systematisk rygestopintervention	s. 19
Rygestoprådgivningen	21
Generelt om rygestopsamtaler	s. 21
Minimal rygestoprådgivning – ”brief intervention”	s. 22
Opfølgende rygestoprådgivning	s. 22
Rygestopintervention til den ikke-motiverede ryger	26
De 5 R'er	s. 26
Den motiverende samtale	s. 27
Rygestopintervention til den motiverede ryger	29
De 5 A'er	s. 29
Praktisk og støttende rådgivning	s. 31
Rygestopintervention til personen, der er holdt op med at ryge ...	33
De 5 A'er	s. 33
Specielle problemstillinger efter rygestop	s. 34
Rygestopintervention til rygeren med tilbagefald	36
De 5 A'er	s. 36
Rygestopmedicin	37
Nikotinpræparater	s. 40
Bupropion	s. 42
Vareniclin	s. 43

Andre, alternative, rygestopbehandlinger	44
Rygestop i almen praksis	46
Rygestop på hospital	48
Rygestop i kommunen	50
Rygere med særlige behov	52
Den psykisk syge ryger s. 52	
Den gravide eller ammende ryger s. 53	
Den kronisk syge ryger s. 54	
Rygeren med lav socioøkonomisk status s. 55	
Rygeren med anden etnicitet end dansk s. 56	
Appendiks 1. Oversigt over helbredsrisici ved rygning	58
Appendiks 2. Hyppige spørgsmål vedrørende rygestopmedicin ...	60
Appendiks 3. Gode steder at få mere viden	62
Referenceliste	63

Forord

Indsatsen for at begrænse sygdom og død som følge af tobak har høj prioritet i vort samfund, da tobak fortsat har meget stor negativ indflydelse på folkesundheden. For at styrke det kliniske arbejde med rygeafvænning – herunder at sikre, at indsatsen er *systematisk, opdateret, og af højeste kvalitet*, har Sundhedsstyrelsen udarbejdet ”Behandling af tobaksafhængighed – anbefalinger til en styrket klinisk praksis”

I nogle af de førende lande indenfor tobaksforebyggelse: USA, Canada, England, Australien og New Zealand, er der udarbejdet fremragende kliniske retningslinjer baseret på grundig gennemgang af den eksisterende videnskabelige litteratur, hvor alle anbefalinger indebærer vurdering af videnskabelig evidens.

Da det er Sundhedsstyrelsens opfattelse, at der ikke er grund til at gentage et arbejde som andre allerede har gjort forbilledligt, har Sundhedsstyrelsen valgt at basere arbejdet på de eksisterende guidelines fra ovennævnte lande ³⁻¹³.

For at give indtryk af det omfattende arbejde, der ligger bag de udenlandske guidelines, vil vi fremhæve de amerikanske guidelines: A Clinical Practice Guideline for Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update ^{4;11}. Rapporten blev skrevet af et panel bestående af 24 uafhængige tobaksforskere og klinikere udvalgt af US Public Health Service. Panelet blev rådgivet af uafhængige interesse- og regeringsorganisationer og forskningscentre. Omkring 8700 videnskabelige artikler dannede baggrund for anbefalingerne, og rapporten blev vurderet og kritisk kommenteret af mere end 90 eksperter på området, før den endelige udgave blev publiceret.

Selv om der er væsentlige områder, hvor vi adskiller os på herhjemme i forhold til USA og England – fx har vi ikke nationalt koordinerede rygestoptilbud og ikke tilskud til rygestopmedicin – så mener vi, at anbefalingerne er generaliserbare, solidt underbyggede fra forskellige populationer, og overførbare til danske forhold.

For at skabe det bedst mulige grundlag for implementering, har vi valgt at supplere anbefalingerne med en beskrivelse af de tre arenaer, som har hovedansvaret for behandling af tobaksafhængighed i Danmark: almen praksis, hospitalet og kommunen.

Tak til hovedforfatter, forskningsoverlæge, PhD, MPH Charlotta H. Pisinger, Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, og til referencegruppens medlemmer, overlæge, dr. med. Martin Døssing, praktiserende læge og praksiskonsulent Niels Ulrich Holm, overlæge PhD Charlotte Glümer og sundhedskonsulent Vibeke Bastrup.

Lis Hamburger
Konstitueret enhedschef

Konklusioner og anbefalinger

Tobak indeholder stoffet nikotin. Nikotin er et psykoaktivt stof, der påvirker hjerne og centralnervesystem, og som kan skabe afhængighed i varierende grad. Det er ikke alle rygere og andre tobaksbrugere, der er eller bliver tobaksafhængige, men det vurderes, at ca. 60 procent af alle danske rygere tilhører denne gruppe. De følgende konklusioner og anbefalinger omfatter således den godt halve million danske rygere, der kan karakteriseres som tobaksafhængige.

1. En effektiv behandling af tobaksafhængige rygere forudsætter som regel gentagne tilbud om rygestopstøtte, da mange ofte skal igennem flere rygestopforsøg, før de bliver røgfri. Endvidere har de tobaksafhængige rygere livslang risiko for tilbagefald. Afhængighed af tobak er således en tilstand, der kan sammenlignes med en kronisk sygdom.
2. Der eksisterer effektiv behandling, der øger sandsynligheden for varigt/langvarigt rygestop. Disse behandlinger er effektive på tværs af befolkningsforskelle.
3. Behandling af tobaksafhængighed er både klinisk effektivt og særdeles kosteffektivt i forhold til andre forebyggelsestiltag og andre behandlinger i sundhedsvæsenet.
4. Det er essentielt at klinikere og sundhedspersonale systematisk identificerer og dokumenterer rygestatus. Klinikere bør opmuntre alle rygere til rygestop, og bør anbefale brug af evidensbaseret rygestopstøtte som beskrevet i disse anbefalinger, da det øger rygestopraten signifikant.
5. Den mest effektive behandling af tobaksafhængighed er kombinationen af rygestoprådgivning og rygestopmedicin.
6. Rygestoprådgivning er dokumenteret effektiv i sig selv. Både individuel, i grupper og telefonisk. De vigtigste elementer er praktisk rådgivning (problemløsning og træning af færdigheder) samt social støtte.
7. Kort rygestopintervention på få minutter er effektiv, og alle klinikere bør, som minimum, tilbyde dette til alle rygere.
8. Rygestopmedicin er dokumenteret effektiv i sig selv. Der findes tre typer medicin som førstevalg (Nikotinprodukter, Bupropion og Vareniclin). Valg af medicin afhænger bl.a. af rygerens afhængighed, ønsker, tidligere erfaringer samt evt. kontraindikationer.
9. Der er ikke tilstrækkelig evidens til rutinemæssigt at anbefale brug af rygestopmedicin til: unge, gravide, små-rygere (<10 cigaretter dagligt) og brugere af røgfri tobak/snus.
10. Rygere der ikke aktuelt er motiveret for rygestop, bør tilbydes motiverende samtale, da dette øger sandsynligheden for et rygestopforsøg i fremtiden

Indledning – rationalet bag anbefalingerne

Selvom rygeprævalensen i Danmark længe har været faldende, er rygning fortsat den risikofaktor, hvor forebyggelsesindsatser potentielt kan bidrage mest til at reducere sygelighed og dødelighed ^{14;15}.

Med ca. 14.000 tobaksrelaterede dødsfald årligt, er rygningen årsag til hvert fjerde dødsfald herhjemme, og en ryger lever i gennemsnit 7-10 år kortere end en ikke-ryger ^{14;15}. Halvdelen af rygerne dør før 70-års alderen, og de mister i gennemsnit 22 år af deres liv. Rygning er også den vigtigste forebyggelige årsag til tab af gode leveår, idet rygerne har ringere helbred, oftere er afhængige af hjælp i deres sidste leveår, oftere får førtidspension og generelt har dårligere selvoplyst livskvalitet ¹⁵.

Rygning har ikke blot store konsekvenser på individniveau, med stor risiko for sygdom, invaliditet og død, men medfører også massive omkostninger for samfundet. Sundhedsvæsnets årlige nettoomkostninger på grund af rygning er beregnet at være 3,4 milliarder kroner ^{16;17}. Hertil kommer samfundets udgifter til produktionstab, som beløber sig til omkring 16 milliarder kroner årligt ¹⁸. Der er store gevinster ved rygestop både for den enkelte og samfundet. Det er beregnet, at udgiften til rygeafvænningsstilbud er på ca. 4500 kr. pr. vundet leveår, mens anden medicinsk forebyggelse, fx kolesterolsænkende medicin, koster betydeligt mere. Behandling af tobaksafhængighed er altså yderst kost-effektiv.

Afhængighed af tobak er en tilstand, der kan sammenlignes med kronisk sygdom, idet der er livslang risiko for tilbagefald. Rygning kræver derfor vedvarende opmærksomhed fra sundhedsvæsenet – herunder kommunerne – med gentagne tilbud om støtte til røgfrihed.

Afhængighed af tobak er en behandlingskrævende tilstand. Det er vigtigt at gøre sig klart, at ca. 80 procent af rygerne fortryder, at de nogensinde begyndte at ryge, at tre ud af fire rygere i Danmark ønsker at holde op med at ryge ¹⁹, og at halvdelen ønsker at få hjælp til rygestop ¹⁹.

Der eksisterer i dag rigtig gode behandlingsmuligheder, der kan understøtte, at sundhedsvæsenet håndterer tobaksafhængighed i overensstemmelse med de alvorlige sundhedsmæssige konsekvenser, som rygning medfører.

Tobaksafhængighed er karakteriseret ved at:

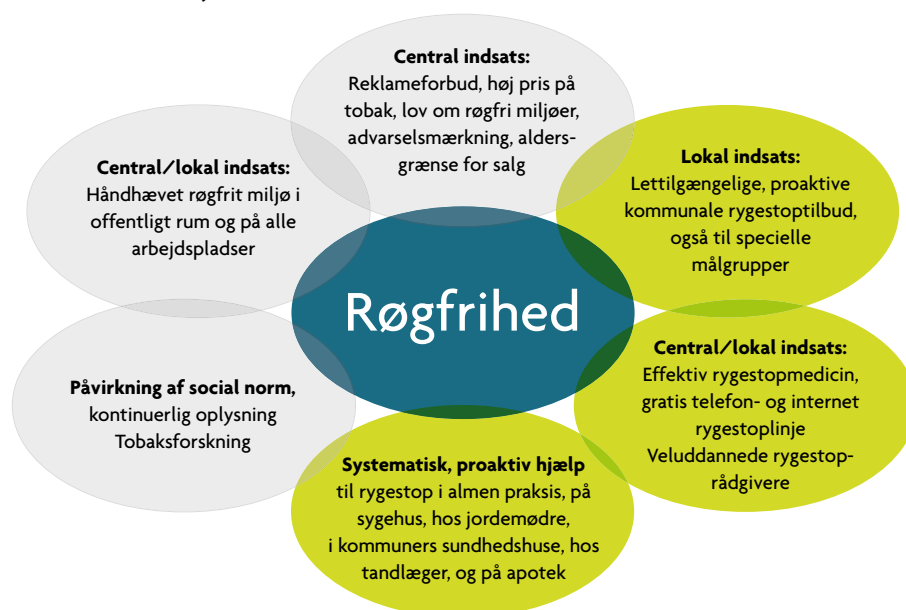
1. være en stor helbredsmæssig belastning for den enkelte ryger og en stor trussel mod folkesundheden
2. der findes sikker evidens for meget effektiv behandling
3. der er evidens for, at behandlingen er yderst kost-effektiv

Desværre har mange svært ved at tage beslutningen om, at det er nu, de skal holde op med at ryge, og de der forsøger at holde op, oplever meget ofte tilbagefald. Disse anbefalinger skal være med til at gøre rygestopprocessen for den enkelte lettere og mere effektiv.

Sundhedsvæsenet, klinikere og kommuner bør tage det nødvendige ansvar, gøre rygestop-indsatsen systematisk og prioritere den højt. Uddannelse af rygestoprådgivere, samt efteruddannelse og kvalitetssikring af rygestoprådgivernes kompetencer er også vigtige, for at optimale resultater kan opnås.

Den kliniske indsats i forhold til behandling af tobaksafhængighed er et nødvendigt supplement til de tiltag, der iværksættes centralt og lokalt for at begrænse omfanget af tobaksbrug. Den generelle informationsindsats om rygning har sammen med de strukturelle indsatser, fx reklameforbud, lov om røgfri miljøer og høj pris på tobak, stor betydning, og bidrager til at understøtte den enkelte ryger i at blive røgfri.

Figur 1. Eksempel på den koordinerede indsats. Anbefalingerne omhandler de tre grønne områder til højre.



Det er videnskabeligt underbygget, at der med en systematisk, koordineret tobaksforebyggende indsats kan opnås rygerandele i befolkningen på ca. 10%, dvs. mindre end det halve af rygeprævalensen i Danmark (21% i 2010), og at indsatsen afspejler sig i stor reduktion i dødsfald af fx hjertekarsygdom og lungekræft ^{20;21}.

Det bør nævnes, at når vi i denne publikation taler om tobaksafhængighed, menes der afhængighed af røgtobak (cigaretter, cerutter, cigarer og pibe), og der fokuseres kun i begrænset omfang på brug af røgfri tobak.

De vigtigste budskaber

- Rygning er fortsat den vigtigste forebyggelige årsag til sygdom og for tidlig død i Danmark
- Afhængighed af tobak er en tilstand, der kan sammenlignes med kronisk sygdom, idet der er livslang risiko for tilbagefald
- Afhængighed af tobak er en behandlingskrævende tilstand
- Der er evidens for, at behandling af tobaksafhængighed er effektiv og yderst kost-effektiv
- De fleste rygere ønsker at holde op med at ryge
- Hvis tobaksforebyggelse skal være effektiv kræver det en systematisk, koordineret indsats
- Anbefalinger i denne publikation er evidensbaserede

Basisviden om rygning og afhængighed

Nikotinafhængighed og abstinenser

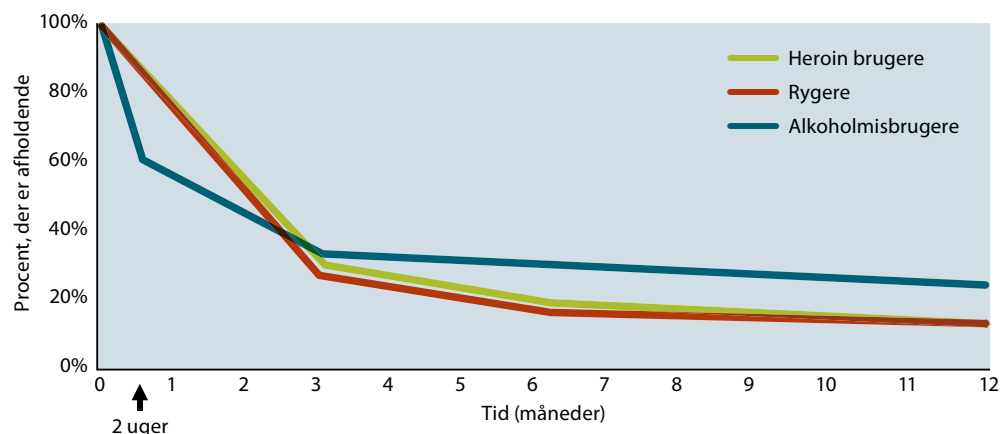
Nikotin har flere positive virkninger (se tabel 1), og giver rygeren en følelse af velvære ved at påvirke hjernens belønningssystem. Desværre udvikles der med tiden tolerance, så behovet for nikotin stiger, mens de positive virkninger aftager.

Tabel 1. Nikotins virkning

Virkning	Konsekvens
Binder sig til nikotinreceptorer i hjernen	Øger udskillelsen af transmittersubstanser (bl.a. dopamin, noradrenalin, acetylkolin, β -endorfin)
Humør	Øger følelsen af velvære og glæde, virker stimulerende. Dæmper negative følelser som tristhed, irritation, vrede, angst og uro
Præstation	Øger koncentrationsevnen og opmærksomheden
Neuroadaptation af nikotinreceptorer	Udvikling af tolerance og abstinenssymptomer
Kropsvægt	Hæmmer sultfølelse, accelererer metabolisme, hæmmer vægtøgning

Nikotin er således et stærkt afhængighedsskabende stof, og uden nikotin i tobak ville rygning kun have fået en meget lille udbredelse og formodentlig kun som et nydelsesmiddel, indtaget i bestemte sociale sammenhænge i meget små mængder. Der er oftest tale om en svær afhængighedstilstand, sammenlignelig med alkoholisme eller misbrug af euforiserende stoffer.

Figur 2. Tilbagefaldsrate for rygere efter rygestop over tid



Ref: U.S. Department of Health and Human Services. *The Health Consequences of Smoking, Nicotine Addiction. A Report of the Surgeon General, DHHS Publication No. (CDC) 88-8406, 1988*

Tabel 2. Afhængighed af tobak har sin egen diagnosekode i ICD-10 (F17) og i DSM IV (305.1) Nikotinabstinenserne beskrives ifølge DSM IV (292.0) således:

Nikotinabstinenser

Rygetrang/tobakshunger +

- Dårligt humør eller depressiv stemning
- Søvnløshed
- Irritabilitet
- Frustration eller vrede
- Angst
- Koncentrationsbesvær
- Rastløshed
- Nedsat hjertefrekvens
- Øget appetit eller vægtstigning

Efterhånden som nikotinafhængigheden bliver større, vil rygeren opleve ubehag, når nikotininholdet i blodet falder til et vist niveau i perioden mellem cigaretterne. Dette opleves som rastløshed, dårligt humør, irritabilitet. Rygeren oplever sig mere rolig og får en hurtig bedring af humøret, når han/hun ryger en cigaret, og vil derfor fejlagtigt tro, at denne tilstand kun kan eksistere ved rygning. Rygeren gør sig ikke klart, at den samme tilstand af velvære er en normaltilstand for ikke-rygeren.

Vurdering af grad af nikotinafhængighed

Den enkleste måde at vurdere en rygers fysiske afhængighed, er ved at spørge om én ting:

Simpel test for fysisk afhængighed

Hvor lang tid går der, fra du vågner til du ryger den første cigaret?

Jo tidligere efter opvågningen rygeren ryger, desto mere afhængig er han/hun. En ryger er fysisk afhængig hvis han/hun ryger indenfor 30 minutter efter at være vågnet op. En ryger er svært fysisk afhængig, hvis han/hun ryger indenfor 5 minutter efter at være vågnet op.

Information om rygerens tobaksforbrug og grad af abstinenser ved tidligere rygestopforsøg er et nyttigt supplement. Oplysninger om rygerens fysiske afhængighed har en stærk prædiktiv værdi for, om et rygestop lykkes. Er rygeren svært fysisk afhængig, er sandsynligheden for at det lykkes at holde op med at ryge lille, med mindre der gives effektiv støtte til rygestop.

Tabel 3. Den mest benyttede validerede score til grundig bedømmelse af fysisk afhængighed er Fagerströms nikotinafhængigheds-score (FTND)*.

Spørgsmål	Score	Antal point
Hvor lang tid går der, fra du vågner til du ryger den første cigaret?	< 5 min. (3 point) 6-30 min. (2 point) 31-60 min. (1 point) > 1 time (0 point)	
Har du svært ved at lade være med at ryge hvor det er forbudt (på jobbet, i biografen etc.)?	ja (1 point) nej (0 point)	
Hvilken cigaret er sværest at undvære?	den om morgenen (1 point) en anden (0 point)	
Hvor mange cigaretter ryger du dagligt? **	< 10 (0 point) 11-20 (1 point) 21-30 (2 point) 31 eller flere (3 point)	
Ryger du mere om morgenen end resten af døgnet?	ja (1 point) nej (0 point)	
Ryger du når du er syg eller sengeliggende?	ja (1 point) nej (0 point)	
Score i alt		
< 4 point = lidt afhængig		
4-6 point = moderat afhængig		
> 6 point = meget afhængig		

* Der tages udgangspunkt i cigaretter, da de fleste ryger cigaretter, men er lige så relevant for cerut-, cigar- og piberygning.

** Omregning: 1 cerut = 2 cigaretter, 1 cigar = 3 cigaretter, 1 gram pibetobak = 1 cigaret

I Sundhedsprofilerne for Region Hovedstaden beregnede man nikotinafhængighed, vurderet ud fra antal cigaretter og tidspunkt for rygning om morgenen. Kun 30% af rygerne havde lav nikotinafhængighed, mens 9% var svært afhængige. Den psykiske, sociale og vanemæssige afhængighed var ikke medregnet (se: Anden slags afhængighed) ²². Det ser ud til, at jo lavere rygeprævalens man opnår i samfundet, desto højere vil den gennemsnitlige nikotinafhængige være ²³.

Anden slags afhængighed

Den primære årsag til rygning er afhængigheden af nikotin, kombineret med den selvoplevelse og identitet, som rygning giver. Som overbygning til den fysiske effekt ved rygning udvikles typisk en afhængighed, der mere har psykologisk, social og vanemæssig karakter. Det er forskelligt fra ryger til ryger, hvilken type afhængighed, der er den mest dominerende. En ryger, der kun ryger fx 8 cigaretter dagligt, kan være meget psykologisk afhængig og have mange tilbagefald ved rygestopforsøg.

Disse kliniske anbefalinger er baseret på videnskabelig evidens, som primært er baseret på resultaterne af randomiserede kontrollerede undersøgelser. Derfor står der i disse anbefalinger ikke meget om den psykiske afhængighed. De psykologiske aspekter af rygestoppet indgår dog som en del af rygestoprådgivningen.

Tabel 4. Fire typer tobaksafhængighed

Afhængighed	Eksempel
Fysisk	Ryger kort tid efter opvågningen, evt. også om natten. Oftest storryger. Oplever rygetrang og nikotinabstinenser ved røgfrihed.
Psykisk	Ryger mest når han/hun er stresset, nedtrykt, oprevet og/eller nervøs. Ubehagelige følelser dæmpes ved rygning.
Social	Ryger meget ved fester og sammen med andre rygere, men kan glemme at ryge hvis ingen andre ryger.
Vane	Ryger rituelt i bestemte situationer. F.eks. sammen med kaffe, ved telefonsamtaler og i bestemte lokaliteter f.eks. "rygersofaen".

Alle rygere er forskellige, og det er forskelligt, hvordan de oplever et rygestop. Det er forklaringen på, at der ikke findes én effektiv kur mod tobaksafhængighed. Det er vigtigt at danne sig et indtryk af en rygers afhængighed for bedre at kunne hjælpe i rygestopprocessen.

De vigtigste budskaber

- Nikotin er et stærkt afhængighedsskabende stof
- Afhængighed af tobak er en tilstand med velbeskrevne abstinenssymptomer jf. diagnosekoderne ICD 10 og DSM IV.
- Der er evidens for, at hvis rygeren er svært fysisk afhængig, er sandsynligheden for længerevarende rygestop lille, med mindre der gives støtte til rygestop
- Udover den fysiske afhængighed vil rygeren have forskellige grader af psykisk, social og vanemæssig afhængighed
- Det er vigtigt at danne sig et indtryk af en rygers afhængighed for bedre at kunne hjælpe i rygestopprocessen

Rygerens ambivalens i forhold til rygestop

En ryger afvejer fordele og ulemper ved et rygestop overfor hinanden. Ulemperne kan være: abstinenssymptomer, tab af rygeridentitet og -sammenhold, angst for at blive hånet ved tilbagefald m.m. Så længe der er flere ulemper end fordele ved rygestop, vil rygeren finde det meningsfyldt at blive ved med at ryge. Klinikerer bør hjælpe rygeren med selv at få øje på flere fordele end ulemper ved rygestop, og dermed blive mere afklaret til at holde op med at ryge. Rygestop har signifikant positiv effekt på helbredet²⁴⁻²⁶, og er naturligvis den vigtigste grund til at holde op med at ryge, men den udløsende, motiverende faktor til rygestop kan være en helt anden.

Fordele ved rygestop

Tabel 5. Fordele ved rygestop

Fordele ved rygestop

Helbred: at holde op med at ryge er den bedste investering i et bedre helbred, både nu og på lang sigt. Jo tidligere man kan holde op med at ryge, desto bedre, men selv ældre, der har røget i mange år, har stor helbredsgevinst af rygestop.

Personer der holder op har:

- Mindre risiko for at dø tidligt
- Færre sygedage
- Mindre sandsynlighed for at blive invalide
- Forbedring af hoste og åndenød
- Færre komplikationer ved kirurgiske indgreb, og kommer sig hurtigere efter operation
- Mindre risiko for at få alvorlige sygdomme som kræft, blodprop i hjertet og hjernen og/eller KOL
- Mindre risiko for andre sygdomme som impotens, mavesår og psoriasis

Specielt for yngre personer:

- Mindre risiko for infertilitet, for at få komplikationer i forbindelse med graviditeten, føde for tidligt eller få spontan abort
- Mindre risiko for at deres barn dør af vuggedød eller bliver syg og indlagt i barndommen

Tabel 5. Fortsat

Andre fordele:

- Få bedre livskvalitet (selvrapporteret af ex-rygere)
- Slippe af med afhængigheden
- Slippe af med angst og dårlig samvittighed
- Undgå at udsætte sine børn/børnebørn for tobaksforurenede luft
- Være et godt eksempel for børn og unge (børn af ikke rygere har mindre risiko for at begynde at ryge)
- Få bedre økonomi og råd til gode ting
- Få bedre kondition og nemmere ved at dyrke fritidsinteresser, sport og sex
- Få bedre smags og lugtesans
- Få færre rynker og et friskere udseende
- Slipper af med dårlig ånde
- Få pænere tænder og mindre paradentose
- Slippe for, at tøj, hår, hjem og bil lugter

I Appendiks 1, s. 58, kan man læse mere detaljeret om rygningens effekt på helbredet. Disse helbredsskader kan undgås ved rygestop.

Rygestop – generelt

Otte ud af ti rygere fortryder, at de begyndte at ryge, og tre ud af fire har ønske om rygestop¹⁹. Årligt forsøger 30% af rygerne at holde op med at ryge. Selvom de fleste rygere således ville ønske at de ikke røg, er det kun en lille del af rygerne, der forbereder et rygestopforsøg indenfor kort tid. Årsagerne kan være, at det ikke føles som det rigtige tidspunkt lige nu, eller at de ikke tror på, at det kan lykkes. En god rygestopsamtale med tilbud om støtte til rygestop, kan dog meget hurtigt og effektivt øge rygerens mod på at gøre et seriøst rygestopforsøg²⁷.

Alle rygere, uanset om de udtrykker ønske om røgfrihed nu og her eller ej, bør rådgives til at holde op med at ryge.

Succesrater

Det er vigtigt for behandleren at have realistiske forventninger om rygeres succes ved rygestop, ellers kan man let blive skuffet og desillusioneret i sit arbejde. Man må gøre sig klart, at der er tale om en lidelse, der kan betragtes som kronisk sygdom med meget høj risiko for tilbagefald. Hvis rygere benytter en 'kold tyrker' og hverken får rådgivning eller bruger rygestopmedicin, vil kun 2-3% af dem være røgfri efter et år. Rygestopraten øges, jo mere intensiv rygestopindsatsen er. Ved optimal rygestopstøtte med både rådgivning og rygestopmedicin kan man opnå rygestoprater på omkring 20-30% efter et år.

Det bør tilstræbes, at alle rygere, der udtrykker ønske om holde op med at ryge, tilbydes optimal rygestopstøtte.

Den bedste behandling

Der er evidens for, at rygestoprådgivning i sig selv er en effektiv metode til at opnå langvarigt rygestop, og der er også evidens for, at rygestopmedicin i sig selv er en effektiv metode til at opnå langvarigt rygestop.

Der er evidens for, at den mest effektive metode til at opnå langvarigt eller varigt rygestop er at kombinere rygestoprådgivning og rygestopmedicin.

Registrering af rygestatus og evt. aftalte planer om rygestop skal foregå rutinemæssigt.

De vigtigste budskaber

- Alle rygere, uanset motivation, bør rådgives til at holde op med at ryge
- Tobaksafhængighed er en tilstand, der kan sammenlignes med kronisk sygdom, idet der er meget høj risiko for tilbagefald.
- Nylige ex-rygere bør roses og opmuntres til at holde sig røgfri
- Rygestopraten øges jo mere intensiv rygestopindsatsen er
- Alle rygere, der udtrykker ønske om at holde op med at ryge, bør tilbydes optimal rygestopstøtte
- Den mest effektive metode til at opnå langvarigt rygestop er at kombinere rygestoprådgivning og rygestopmedicin
- Alle steder i sundhedsvæsenet (almen praksis, hospitaler, sundhedscentre, tandlæger m.m.) bør have systemer der sikrer, at rygestatus og planer for rygestop dokumenteres rutinemæssigt

Behandling af tobaksafhængighed som kronisk tilstand

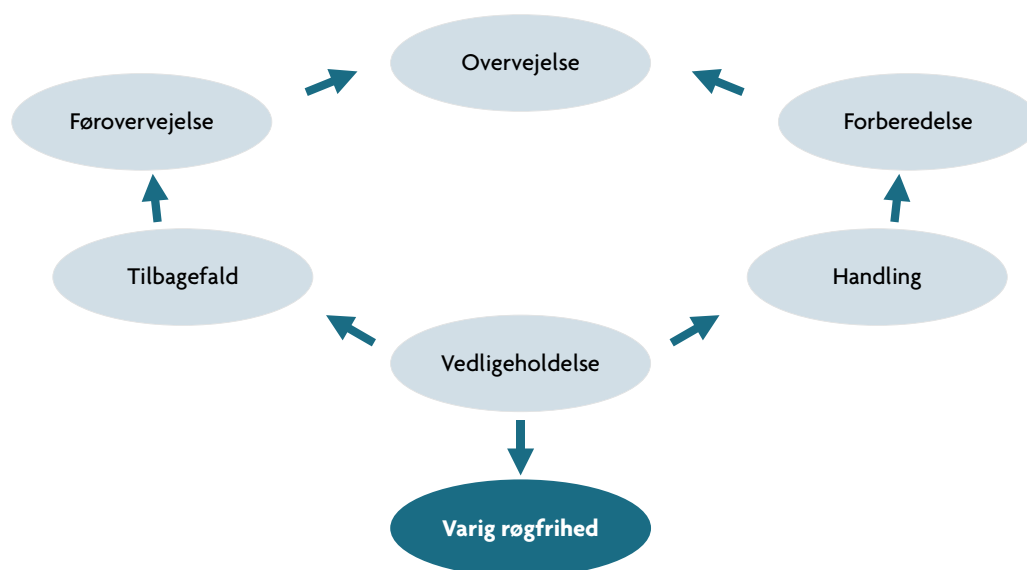
Rygestop som en proces

Tobaksafhængighed er en kronisk tilstand, der ofte vil kræve mange gentagne interventioner af de klinikere, som rygeren kommer i kontakt med. Indsatsen overfor den enkelte ryger bør selvfølgelig tilpasses efter, om rygeren er motiveret til at holde op med at ryge, men *alle* rygere bør tilbydes en intervention, også de, der ikke er klar til at holde op lige nu.

Rygestop kan betragtes som en proces begyndende med den person, der ryger uden bekymring eller overvejelser om at holde op, til at vedkommende ser så mange ulemper ved at ryge, at han/hun forsøger at gøre sig fri af tobaksafhængigheden. Der er evidens for, at konkrete tilbud om hjælp til ændring kan få nogle rygere til at foretage et stort spring i processen og fx gå direkte fra førovervejsels-fasen til handlefase efter blot én rygestopsamtale, resulterende i varigt rygestop. Dette bør give anledning til optimisme for behandleren.

Rygestoprater er ikke det eneste mål for succesfuld rygeintervention. At få rygeren til at bevæge sig fremad i rygestopprocessen og øge motivationen for rygestop er næsten lige så vigtigt. Interventionen er altså også en succes, hvis den tidligere umotiverede ryger begynder at tale om og reflektere over sin rygning, forstår at hans/hendes sygdom er forårsaget af eller forværres af rygning og overvejer at holde op med at ryge indenfor et tidsrum.

Figur 3. Rygestopprocessen, baseret på 'Stages of Change'^{28,29} viser rygeren i forskellige motivationsfaser. Rygeophør ses som en læringsproces. Modellen er tegnet som en cirkel, men rygeren kan springe faser over, og gå fx fra tilbagefald direkte til ny handling. Eller gå baglæns fra forberedelse til overvejelse, fx hvis der sker noget uventet/ubehageligt i livet, og rygeren mister overskuddet til det planlagte rygestopforsøg.



De vigtigste budskaber

- Alle rygere bør tilbydes en tobaksintervention, uanset motivation for rygestop
- De fleste rygere har et ønske om, men er ikke parate til at holde op med at ryge indenfor kort fremtid
- Nogle rygere kan i løbet af én rygestopsamtale flytte sig markant i motivation og holde op med at ryge
- Det er også en succesfuld intervention at øge rygeres motivation, selvom det i første omgang ikke medfører rygestopforsøg

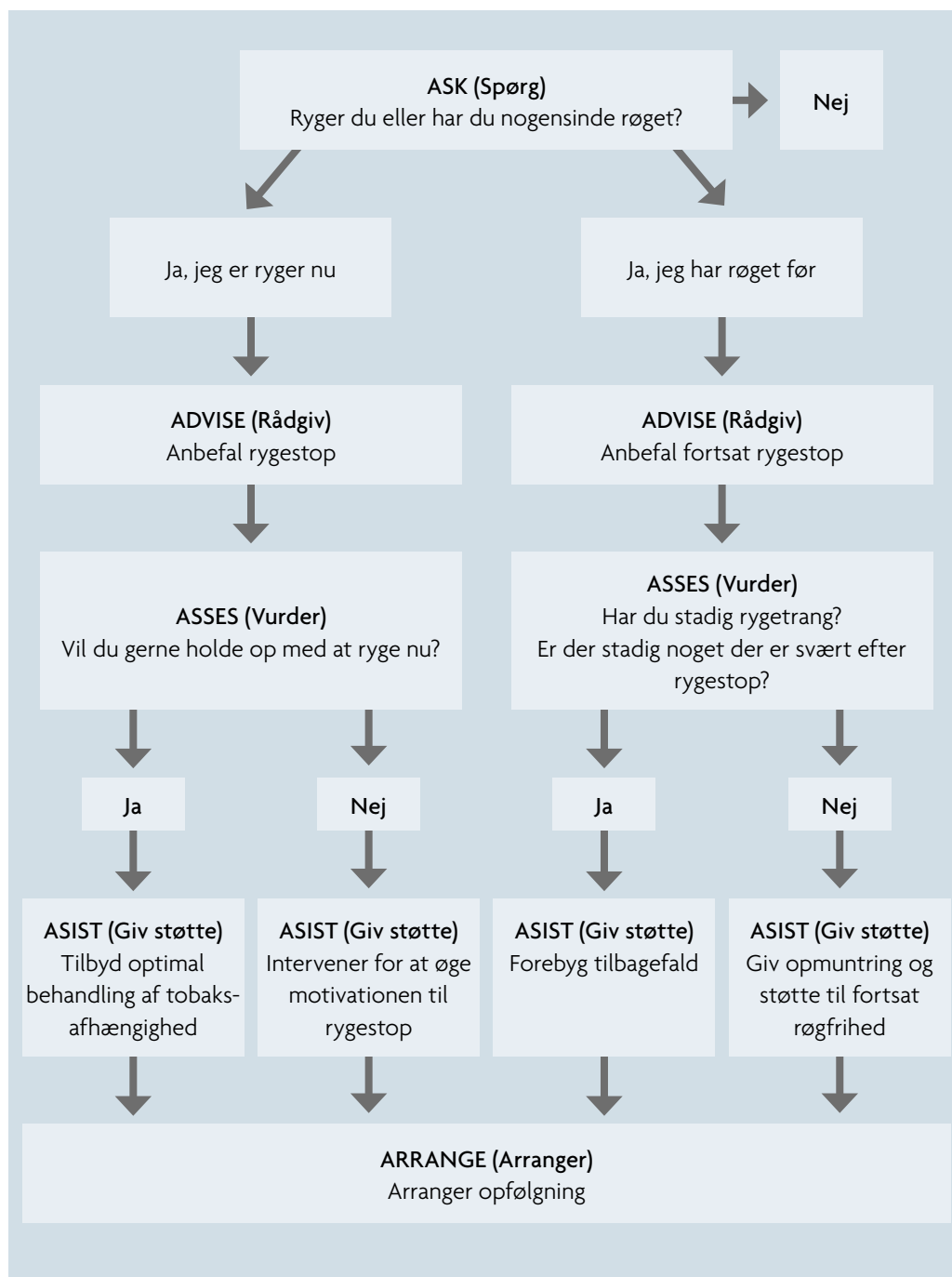
Systematisk rygestopintervention

Klinikeren kommer dagligt i kontakt med mange rygere, motiverede som ikke motiverede. Det er af den største betydning, at indsatsen overfor rygning er systematisk, og at ingen rygere sendes ud af døren, uden at rygning er drøftet. I den engelsksprogede litteratur arbejder man med de 5 A'er, som er en nyttig metode til at forstå og huske behandlingen af tobaksafhængighed som en kronisk tilstand. *Alle ex-rygere og rygere, uanset motivation*, rummes i denne brugsanvisning til systematisk rygestopstøtte.

Interventionen kan vare få minutter (se side 22, den minimale rygestopintervention) eller være længerevarende, over flere timer (se side 24, den opfølgende rygestopintervention).

For detaljer vedrørende rygestopsamtalernes indhold, se side 26, for den ikke motiverede ryger, side 29 for den motiverede ryger, side 33 for personen der er holdt op med at ryge, og side 36 for rygeren med tilbagefald.

Figur 4. Forløbsdiagram over den systematiske rygestopindsats – baseret på de 5 A'er



Rygestoprådgivningen

Generelt om rygestopsamtaler

God rygestoprådgivning danner basis for rygestopinterventionen, og anbefales til *alle rygere*. Det er evidens for, at brug af rådgivning i sig selv øger rygestopraten, også uden rygestopmedicin.

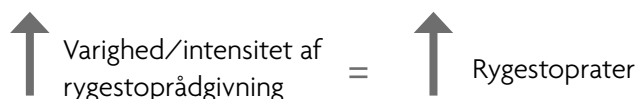
Grundlæggende for samtalen med rygeren er ikke at fordømme, undgå konflikt og vise empati

Det kan være vanskeligt at forstå, hvorfor en ryger, der er syg af rygerelateret sygdom, bliver ved med at ryge, men det må aldrig komme til udtryk som irritation – for så støder man rygeren fra sig. Rygerens livssituation kan være, at rygning opleves som det mindste af rygerens problemer, og rygestop som noget helt uoverskueligt, lige nu. Rygestoprådgiveren bør være sig meget bevidst omkring relationen mellem ham/hende og rygeren, da rygeren straks vil mærke, hvis rådgiveren er irriteret, opgivende eller utålmodig; resulterende i modstand.

Rygestoprådgivningen bør tilpasses rygerens motivation. For detaljer vedrørende rygestopsamtalernes indhold, se side 26, for den ikke motiverede ryger, side 29 for den motiverede ryger, side 33 for personen der er holdt op med at ryge, og side 36 for rygeren med tilbagefald.

Rygestoprådgivningen styrker personens evne til at tackle den psykiske, sociale og vanemæssige afhængighed, og til at finde en ny identitet som ex-ryger. Rådgivningen har derimod ikke meget effekt på den fysiske afhængighed og nikotinabstinenserne. Det er veldokumenteret, at endnu højere rygestoprater opnås, når rådgivning kombineres med rygestopmedicin, hvorfor denne kombination altid bør anbefales, hvis rygeren ryger mere end 10 cigaretter dagligt og/eller er meget nikotinafhængig (se side 37, rygestopmedicin).

Der er evidens for, at højere rygestoprater opnås, jo mere intensiv rygestopindsatsen er, men også ganske kortvarig rygestopintervention har signifikant effekt.



Rygestoprådgivningens intensitet vil ofte være bestemt af den tid, klinikerens har til sin rådighed. De fleste klinikere har kun få minutter til rygestoprådgivning af hver patient (se side 22, den minimale rygestopintervention). Klinikerens, der har meget kort tid til rygestopinterventionen, bør kende til mulighederne for henvisning til et sted med længerevarende, opfølgende rygestopintervention (se side 24, den opfølgende rygestopintervention). Dette er især vigtigt, hvis rygeren er meget nikotinaf-

hængig (se side 12, for test af nikotinafhængighed). Rygere med stor nikotinafhængighed, som ikke får hjælp til rygestop, har kun lille chance for at blive røgfri.

De vigtigste budskaber

- Grundlæggende for samtalen med rygeren er ikke at fordømme og at vise empati
- Rygestoprådgivning danner basis for rygestopinterventionen, og anbefales til alle rygere
- Rygestoprådgivning i sig selv øger rygestopraten, også uden rygestopmedicin
- Højere rygestoprater opnås, jo mere intensiv rygestopindsatsen er, men også ganske kortvarig rygestopintervention har signifikant effekt

Minimal rygestoprådgivning – ”brief intervention”

Hvis klinikeren ikke har tid til en længere, opfølgende rygestopintervention, bør han/hun som minimum registrere rygestatus og tilbyde alle rygere en kort, systematisk rygestoprådgivning.

Der er evidens for, at selv kort rådgivning givet af en læge har en signifikant effekt på den længerevarende rygestoprate, mens evidensen er svagere, hvis rådgivningen gives af andet sundhedspersonale. Kort rådgivning tager kun få minutter.

”Numbers needed to treat” (NNT) er 40, dvs. 1 ud af 40 rygere, som ellers ikke ville være stoppet med at ryge, holder op, som følge af den korte intervention. Den korte intervention virker angivelig ved, at flere rygere gør et rygestopforsøg end ved at forebygge tilbagefald, og har bedst effekt på rygeren, der ikke er så nikotinafhængig.

Det anbefales at gøre indsatsen systematisk, d.v.s. at tale med alle rygere, når omstændighederne ellers tillader det.

Det er hensigtsmæssigt at kombinere rådgivningen med udlevering af pjece om rygestop, og henvisning til et sted (fx kommunen), der har bedre tid til opfølgende, mere intensiv rygestopstøtte til den motiverede ryger.

I den engelsksprogede litteratur arbejder man ofte med tre simple trin i rygestoprådgivningen. Dette kaldes også **ABC**-metoden.

Tabel 6. Den simple ABC metode der er velegnet til ganske kort rådgivning.

	Trin	Formål	Eksempler på samtale og vigtige anbefalinger
A	Ask (spørg)	Spørg om personen nogensinde har røget	"Ryger du eller har du nogensinde røget?" "Må jeg gerne tale med dig om din rygning?" (Et nej skal respekteres.)
		Registrer rygestatus	
B	Brief advice (kort rådgivning)	Anbefal rygestop	"Er du villig til at yde det der skal til for at opnå det bedste, du kan gøre for dit helbred?" "At holde op med at ryge er det bedste, du kan gøre for dit helbred."
		Gør helbredsskaden ved rygning personlig relevant	"Hvis du holder op med at ryge, vil din psoriasis formodentlig bedres/du vil få færre lungebetændelser..."
		Bekræft at tilbagefald er almindelige og hyppige	"Mange rygere har brug for flere rygestopforsøg før det lykkes at blive røgfri, og hvert rygestopforsøg er en nyttig erfaring."
		Registrer at tilbud er givet	"Jeg vil gerne hjælpe dig til at blive røgfri."
C	Cessation support (rygestopstøtte)	Giv rygestopstøtte Henvis til andre	"Jeg vil meget stærkt anbefale dig at få støtte til dit rygestop. Du kan ringe til Stoplinien, tlf. 80 31 31 31 (nummer udleveres), melde dig på et rygestophold eller tale med vores rygestoprådgiver*."
		Eller tilbyd selv rådgivning, medicin og opfølgning	"Lad os aftale en rygestopdato og finde ud af, hvilken rygestopstøtte der vil være den bedste til dig." (Dette tager mere end et par minutter)
		Registrer hvad der er aftalt	

* *Klinikeren bør have kendskab til, hvilke henvisningsmuligheder der findes. Stoplinien, tlf. 80313131, er tilgængelig for alle, den er gratis, og betjenes af erfarne rygestoprådgivere.*

De vigtigste budskaber

- Klinikere bør som minimum systematisk registrere rygestatus og tilbyde alle rygere minimal rygestoprådgivning
- Der er evidens for, at en minimal rygestoprådgivning har effekt på rygestopraten, selvom den er mindre effektiv end længerevarende rygestoprådgivning
- Minimal rygestoprådgivning tager kun få minutter

Opfølgende rygestoprådgivning

Der er stærk evidens for, at man ved en længerevarende, opfølgende rådgivning opnår højere rygestoprater end ved kort, minimal rygestoprådgivning. ”Numbers needed to treat” (NNT) er 20, dvs. 1 ud af 20 rygere som ellers ikke ville være stoppet med at ryge, holder op, som følge af den længere intervention. NNT ved minimal rygestoprådgivning er 40.

For at gøre rygestoprådgivningen systematisk og gøre det lettere for klinikerne at huske de elementer, en rygestoprådgivning bør indeholde, har man udviklet forskellige metoder.

Systematisk opfølgende rygestoprådgivning

- De 5 R'er til rygere der ikke er motiveret for rygestop (se side 26)
- De 5 A'er til rygere der gerne vil holde op med at ryge (se side 29).

De basale principper ved opfølgende rygestoprådgivning er: at sætte en rygestopdato, at der slet ikke må ryges efter rygestopdato og give opfølgende samtaler med støttende rådgivning efter rygestop, optimalt fire gange. Mange flere opfølgende samtaler har ikke meget ekstra effekt.

Der er ikke evidens for, at én rådgivningsmetode (fx kognitiv adfærdsterapi, motiverende interviews eller tilbagefaldsorienteret behandling) er bedre end andre.

Individuelt, i grupper eller telefonisk?

Der er evidens for, at både den individuelle opfølgende rygestoprådgivning og den gruppebaserede rygestoprådgivning har effekt, og de er lige effektive. Valg af rådgivning afhænger af rygerens ønske (nogle ønsker ikke gruppebaseret rådgivning), og de tilbud der kan henvises til (alle rygere kan henvises til Stoplinien*).

Danske rygestopkurser har meget fine rygestopresultater, og er yderst kost-effektive^{30;31}. Et rygestopkursus er beregnet at være den suverænt billigste vej til at forlænge danskernes levetid, idet man vinder et godt leveår for kun 10.000 kr.³².

I Danmark har vi en gratis, national telefonisk rådgivning, Stoplinien, som kan tilbyde op til otte individuelle rygestopsamtaler gratis*. Der er evidens for, at telefonisk rygestoprådgivning er en effektiv metode til at opnå langvarigt rygestop.

* Stoplinien, tlf. 80313131, er tilgængelig for alle, den er gratis, og betjenes af erfarne rygestoprådgivere.

Rygestoprådgivningen kan være reaktiv (rygeren ringer selv op) eller proaktiv (rygeren får opkald, uopfordret eller efter aftale). Den stærkeste evidens for effektivitet findes for den proaktive, opsøgende telefoniske rygestoprådgivning. Telefonisk rygestoprådgivning er yderst kost-effektiv ³³.

Rygestoprådgivning bør ikke stå alene, men bør for at opnå den højeste succesrate kombineres med rygestopmedicin, hvis rygeren ryger mere end 10 cigaretter dagligt eller ryger indenfor den første halve time efter han/hun er vågnet op. Dette gælder både ansigt til ansigt og telefonisk rygestoprådgivning.

De vigtigste budskaber

- En opfølgende rygestoprådgivning øger effektivt den længerevarende rygestoprate
- En opfølgende rygestoprådgivning er mere effektiv end en minimal rygestoprådgivning
- En opfølgende rygestoprådgivning baseres på optimalt fire rygestopsamtaler
- Gruppebaseret, telefonisk, og individuel rygestoprådgivning er lige effektive

Rygestopintervention til den ikke-motiverede ryger

De 5 R'er

Den ikke-motiverede ryger er den, som klinikerer møder hyppigst. Kun omkring én ud af ti rygere, som klinikerer taler med, vil være parat til rygestop. Rygeren forbinder ofte rygning med livskvalitet og fortrænger ulemperne. Rygestop vil derfor umiddelbart opleves som noget negativt, og forbindes med tab af livskvalitet. Læs også om ambivalens ved rygning, s 14.

Det endelige mål ved rygestopinterventioner er naturligvis røgfrihed, men det er også en succes, hvis den tidligere umotiverede ryger begynder at reflektere over sin rygning, forstår at hans/hendes sygdom er forårsaget af eller forværres af rygning og overvejer at holde op med at ryge indenfor et tidsrum. Hos enkelte kan motivationen øges meget hurtigt, men for nogle kan det tage flere år, hvor gentagne rygestopinterventioner er nødvendige. Klinikerer må aldrig miste modet!

Tabel 7. Metoden med de 5 R'er. Samtalen med den ikke motiverede ryger

Trin		Formål	Eksempler på samtale og vigtige anbefalinger
1	Relevance (Relevans)	Forsøg at få rygeren til selv at reflektere over hvorfor rygestop kunne være personlig relevant	"Er det i orden at vi taler om din rygning?" (Et nej skal respekteres.) "Hvilke tanker gør du dig selv om din rygning?"
2	Risks (Risici)	Inddrag rygerens eget helbred eller livssituation Korriger fejlopfattelser	"Ved du, hvordan rygning påvirker din krop/dit barn?" "Gør du dig nogen bekymringer omkring din rygning?" Individtilpasset: "Rygning forværrer din åndenød/ dit mavesår/ din impotens (eller anden rygerelateret sygdom)... og rygestop kan medføre en forbedring af din tilstand." Individtilpasset (passiv rygning): "Rygning forværrer dit barns astma/tendens til lungebetændelse/mellemørebetændelse... og rygestop kan medføre en stor forbedring af dit barns helbred." "At ryge light-cigaretter/pibe/cigar er ikke mindre helbredsskadeligt." "Små-rygning øger også risikoen for alvorlige sygdomme, specielt hjertesygdom, så det er langt fra uskadeligt at ryge 5-6 cigaretter."

Tabel 7. Fortsat

Trin	Formål	Eksempler på samtale og vigtige anbefalinger
3	<p>Rewards (Belønning)</p> <p>Forsøg at få rygeren til selv at formulere hvorfor rygestop kunne have fordele</p> <p>Oplys evt. omkring flere fordele, se s. 14</p>	<p>"Er der noget, der ville være godt ved at holde op med at ryge/hvis du ikke røg?"</p> <p>"Selvom du siger, at du ikke tror, du bliver syg af rygning på lang sigt, fordi din forældre røg og ikke blev syge, har du så tænkt på, at der kan være andre fordele, som at ..."</p>
4	<p>Roadblocks (Barrierer)</p> <p>Identificer de barrierer der gør det svært for rygeren at tage beslutning om rygestop</p>	<p>"Er der noget, du er bekymret for ved rygestop?"</p> <p>Typiske bekymringer/barrierer: abstinenser, at det ikke lykkes (man bliver til grin og mister selvrespekten), vægtøgning, manglende opbakning, tab af rygeridentitet, nydelsen, savn ved fester og socialt samvær med andre rygere</p>
5	<p>Repetition (Gentagelse)</p> <p>Gentag den motiverende intervention ved hver kontakt med den ikke motiverede ryger</p> <p>Forbered rygeren på, at samtalen om rygning fortsætter...</p>	<p>"Er det i orden at jeg vender tilbage til det næste gang vi mødes?"</p> <p>"Vil du tænke lidt over din rygning til næste gang?"</p>

Den motiverende samtale

Den motiverende samtale er en evidensbaseret tilgang til at skabe ønske om forandring. Basalt set er der tale om ægte respekt for rygeren, og dennes særlige situation og særlige oplevelse af egen situation. Den motiverende samtale er ikke baseret på, at klinikerens kan eller skal påvirke rygerens adfærd, men på at hjælpe rygeren til selv at finde løsningen på hans/hendes problemer. Rygestoprådgiveren skal altså ikke overtale rygeren til rygestop, men ved at formulere de rigtige spørgsmål kan rygeren få afdækket de ambivalente følelser og modsætninger, der ofte knytter sig til rygning og rygestop, og denne klarhed kan resultere i ønske om rygestop.

Det er vigtigt at undgå konfrontation, og at undlade at fortælle rygeren, hvad der vil være godt for ham/hende. I stedet skal der stilles åbne spørgsmål.

Table 8. Den motiverende samtale

Trin	Metode	Eksempler på spørgsmål og refleksion
Udtryk empati	Stil åbne spørgsmål	"Hvilke tanker gør du dig om rygning?" "Hvad kunne der ske, hvis du holdt op med at ryge?"
	Gentag reflekterende hvad rygeren har sagt	"Så du mener, at rygning hjælper dig med at holde vægten?" "Så du nyder at ryge og har ikke ønske om at stoppe, men din ægtefælle er meget bekymret for dit helbred?"
	Normaliser følelser og bekymringer	"Mange rygere bekymrer sig for, hvordan de vil klare sig uden cigaretter." "Mange rygere er nervøse for at få abstinenser, når de holder op med at ryge."
	Støt rygerens autonomi og ret til at vælge	"Jeg hører, at du ikke har ønske om at holde op med at ryge på nuværende tidspunkt. Men jeg er her for at støtte dig, når/hvis du engang vil holde op med at ryge."
Afdæk modsætning	Påvis de modsætninger, der er i rygerens adfærd og hans/hendes prioriteter, værdier, mål i livet	"Det lyder, som om din familie betyder utrolig meget for dig. Hvordan tror du din rygning påvirker dine børn og ægtefælle?"
Undgå modstand	Træk dig, og reflekter	"Det lyder som om du føler dig presset, når vi taler om tobak."
	Udtryk empati	"Jeg kan godt forstå, du er bekymret for at få mange abstinenser."
	Spørg om tilladelse til at give information	"Kunne du tænke dig at høre, hvordan jeg kan hjælpe dig med et rygestop?"
Støt self-efficacy*	Hjælp rygeren til at finde tidligere succeser og bygge på dem	"Det gik jo faktisk rigtig godt i flere måneder, sidst du prøvede at holde op med at ryge."
	Tilbyd små opnåelige skridt mod røgfrihed	"Du kunne måske starte med at din bil/dit hjem blev røgfrit?"
		"Vil du have lyst til at læse lidt om fordele ved rygestop?"

* *Self-efficacy*: begrebet beskrives bedst som en persons tro på sig selv i forskellige situationer, tro på at det kan lykkes at holde op med at ryge.

Rygestopintervention til den motiverede ryger

De 5 A'er

Tabel 9. Metoden med de 5 A'er har her fokus på samtalen med den motiverede ryger

Trin	Formål	Eksempler på samtale og vigtige anbefalinger
1	Ask (Spørg)	Spørg om patientens rygevaner og registrer rygestatus
2	Advise (Rådgiv)	På en klar, stærk og individtilpasset måde opfordres enhver ryger kraftigt til rygestop
3	Assess (Vurder)	Dan dig indtryk af, hvor motiveret rygeren er for rygestop og hvilke barrierer der evt. er

Tabel 9. Fortsat

Trin	Formål	Eksempler på samtale og vigtige anbefalinger
4 Assist (Giv støtte)	<p>Hjælp rygeren til rygestop, hvis han/hun er motiveret.</p> <p>Anbefal kombineret rygestoprådgivning og rygestopmedicin for højeste rygestoprater.</p> <p>Giv social støtte.</p> <p>Udlever supplerende materiale, inklusiv et telefonnummer til Stoplinien, tlf. 80313131.</p>	<p>Forberedelser til rygestop: 1) "Lad os aftale en rygestopdato helst indenfor 2 uger." 2) "Fortæl din familie og dine venner at du holder op, og bed om deres støtte." 3) "Fjern alle tobaksprodukter fra dit hjem, og gør hjemmet røgfrit." 4) "Overvej hvad der bliver svært, og hvad du kan gøre for at det bliver lettere."</p> <p>Rygestoprådgivning: 1) "Sigt mod 100% røgfrihed – ikke én eneste cigaret efter rygestopdato." 2) "Har du erfaring med tidligere rygestopforsøg? Brug dine erfaring: hvad gik godt, og hvad var svært?" 3) "Er der situationer, hvor du tror, det bliver særlig svært ikke at ryge? Hvordan kan du forberede dig på det?" 4) "Undgå alkohol (og fester) i den første tid efter rygestop, da alkoholindtag øger risiko for tilbagefald" 5) Rygende ægtefælle bør helst være med på rygestop, og skal ellers bedes om ikke at ryge i hjemmet.</p> <p>Rygestopmedicin: 1) Vurder rygerens nikotinafhængighed (s. 12) og behov for medicin samt evt. kontraindikationer (s. 37) 2) "Havde du mange abstinenser ved tidligere rygestopforsøg?" 3) Forklar rygeren, hvordan medicinen virker 4) Vurder, hvad der vil være den bedste medicin for denne ryger.</p> <p>Social støtte: 1) "Jeg/min kollega/vores rygestoprådgiver vil rigtig gerne hjælpe dig til at blive røgfri, og du må endelig kontakte os, for støtte og rådgivning." 2) "Er der nogen i din omgangskreds som kunne støtte dig i den første tid? Måske én der selv er holdt op med at ryge?"</p>
5 Arrange (Arranger)	<p>Arranger opfølgning, både af ikke-motiverede og motiverede rygere.</p> <p>Telefonisk eller ansigt til ansigt.</p>	<p>Tidspunkt: første opfølgning gerne allerede 1 uge efter rygestop, og 2. opfølgning indenfor en måned. Gerne 4 gange i alt, sidst efter et ½ år. Mange ekstra opfølgninger giver ikke højere rygestoprater.</p>

* *Klinikeren bør have kendskab til hvilke henvisningsmuligheder der findes. Stoplinien, tlf. 80313131, er tilgængelig for alle, den er gratis, og betjenes af erfarne rygestoprådgivere.*

Praktisk og støttende rådgivning

Der er evidens for, at specielt to elementer har effekt ved rygestoprådgivningen af den motiverede ryger for at mindske tilbagefald: praktisk rådgivning og støttende rådgivning. Det er essentielt at rygeren advares kraftigt mod at forsøge sig med ”bare et enkelt sug”, da dette øger tilbagefaldsraten signifikant.

Tabel 10. Praktisk og støttende rådgivning til den motiverede ryger

Type rådgivning	Eksempler
Praktisk rådgivning: problemløsning og træning i færdigheder	
Genkende højrisikosituationer: Identificere begivenheder, situationer eller følelser, der øger patientens risiko for tilbagefald	<ul style="list-style-type: none">• Negativ affekt og stress• Samvær med andre rygere• Drikke alkohol• Have rygetrang• Fritliggende cigaretter• Bestemte tidspunkter, som morgenkaffen eller efter aftensmaden
Lære redskaber, der gør patienten i stand til at omgå eller takle højrisikosituationer	<ul style="list-style-type: none">• Lære metoder til at undgå fristelser og mindske højrisikosituationer• Lære kognitive strategier, der vil reducere negative følelser• Ændre livsstil for at øge livskvalitet, mindske stress, undgå faresituationer• Lære kognitive og adfærds aktiviteter til at takle rygetrang, fx distrahere opmærksomheden, ændre rutiner
Giv basal information om rygestop og rygning	<ul style="list-style-type: none">• Rygning er svært afhængighedsskabende• Selv ét eneste sug af en cigaret øger risikoen for et tilbagefald meget• Abstinenser varer typisk et par uger, men hos nogle kan de vare flere måneder. Disse symptomer kan være: stærk rygetrang, nedtrykthed, koncentrationsbesvær, irritabilitet, søvnforstyrrelser

Tabel 10. Fortsat

Type rådgivning	Eksempler
Støttende rådgivning	
Opmuntre og støtte patienten i rygestopforsøget	<ul style="list-style-type: none"> • Gør opmærksom på, at der findes effektiv rygestopmedicin • Øg patientens self-efficacy * • Kommuniker, at du tror på, at det nok skal lykkes • Bemærk at halvdelen af alle, der nogensinde har røget, allerede er blevet røgfri
Kommunikere empati, omsorg og at rygestoppet tages alvorligt	<ul style="list-style-type: none"> • Vis interesse i patientens følelser og tanker omkring rygestop • Giv udtryk for at du (eller andre som du henviser til) vil være der til at støtte under hele rygestopprocessen • Afdæk evt. ambivalente følelser omkring rygestop
Opmuntre patienten til at tale om rygestopprocessen	<p>Spørg:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hvorfor patienten ønsker at holde op • Hvilke bekymringer patienten har ved rygestop • Hvilke succeser patienten har opnået tidligere i sit liv • Hvad der bliver svært i forbindelse med rygestop

* *Self-efficacy: begrebet beskrives bedst som en persons tro på sig selv i forskellige situationer, tro på at det kan lykkes at holde op med at ryge.*

Rygestopintervention til personen, der er holdt op med at ryge

De 5 A'er

Tobaksafhængighed er en tilstand, som kan betragtes som en kronisk sygdom med meget høj tilbagefaldsrate – over 95% ved ikke-assisteret rygestopforsøg. Tilbagefaldsraten er højest i de første to til tre uger, og det er essentielt, at der opnås fuld røgfrihed fra start. At ryge en enkelt cigaret ind i mellem medfører med stor sikkerhed tilbagefald.

De første uger er for mange præget af stor rygetrang og abstinenser, men også glæde og eufori over at være blevet røgfri. Efter de første par uger aftager rygetrang og abstinenser, men der kan melde sig modløshed, da ex-rygeren skal finde en ny identitet uden rygning, både til hverdag og fest. Efter et halvt års røgfrihed føler de fleste sig i smult vande, og mange tror, at de nu kan blive festrygere, hvilket de allerfærreste kan administrere. Selvom risiko for tilbagefald falder med tiden, bør rygeren have støtte, ros og opmuntring resten af livet, eller i det mindste i det første år.

Tabel 11. Metoden med de 5 A'er har her fokus på samtalen med den person, der er holdt op med at ryge

Trin	Formål	Eksempler på samtale og vigtige anbefalinger
1	Ask (Spørg) Spørg om patientens rygevaner	"Er du stadig helt røgfri?" "Hvor længe har du været røgfri?"
2	Advise (Rådgiv) Enhver ex-ryger opfordres kraftigt til fortsat rygestop Enhver ryger advares kraftigt mod at eksperimentere med rygning – målet er 100% røgfrihed	"Selvom det er svært lige nu, må du huske på, at det bedste du kan gøre for dit helbred – nu og på lang sigt, er at blive ved med at holde dig røgfri." "Selvom du mener, at du slet ikke er i fare for at blive ryger igen, må jeg kraftigt advare dig mod at prøve at eksperimentere med rygning. Selv ét sug øger risikoen for tilbagefald!"
3	Assess (Vurder) Dan dig indtryk af, hvilke problemer der er ved rygestoppet	"Er der stadig tidspunkter, hvor du har stor trang eller lyst til at ryge?" "I hvilke situationer har du særlig svært ved at holde dig røgfri?" "Er du stadig generet af abstinenssymptomer som rastløshed, irritation, eller modløshed?"
4	Assist (Giv støtte) Ros og opmuntring Fokus på alle positive forandringer efter rygestop Social støtte	"Det er utrolig flot, at du har holdt dig røgfri så længe – er din familie ikke stolt af dig?" "Selvom du stadig synes det er svært, er du nu kommet igennem det værste, og det bliver nemmere fremover." "Har du mærket nogen positive forandringer i din krop efter du holdt op med at ryge (fx mindre åndenød, bedre lugte og smagssans)?" "Hvad er du selv gladest for, ved at være holdt op med at ryge?" "Har du nogen i din omgangskreds eller familie, der kan opmuntre og støtte dig lidt, mens det er lidt svært (fx én der selv for nylig er holdt op med at ryge)?"

Tabel 11. Fortsat

Trin	Formål	Eksempler på samtale og vigtige anbefalinger
5 Arrange (Arranger)	Arranger opfølgning. Telefonisk eller ansigt til ansigt *	Tidspunkt: afhængig af hvor mange problemer ex-rygeren har, og hvor stor risiko man mener der er for tilbagefald ”Det er en god ide at ringe til Stoplinien, tlf. 80313131, og få en god snak med dem, hvis du synes det bliver ved med at være svært – de har stor erfaring, og vil kunne hjælpe og støtte dig.”

* *Klinikeren bør have kendskab til hvilke henvisningsmuligheder der findes. Stoplinien, tlf. 80313131 er tilgængelig for alle, den er gratis, og betjenes af erfarne rygestoprådgivere.*

Specielle problemstillinger efter rygestop

Tabel 12. Gennemgang af specielle problemstillinger og forslag til at hjælpe ex-rygeren

Udfordringen	Forslag til problemløsning
Stærke abstinenser	Ex-rygeren opmuntres til at bruge rygestopmedicin, hvis han/hun ikke har ønsket det tidligere. De fleste personer, der bruger nikotinprodukter, er underbehandlede, se side 40, nikotinpræparater. Kombination af nikotin plaster + nikotinprodukt med anden administrationsmåde anbefales eller øgning af dosis afprøves. Skift til anden medicin overvejes. Prøv at identificere, hvornår abstinenserne er værst, og om der evt. kan ændres på noget i ex-rygerens liv, så disse højrisikosituationer undgås.
Abstinenser i længere tid end forventet	De fysiske abstinenser bør være klinget af efter 2-3 uger. Nedtrykthed og søvnløshed kan dog ofte vare i længere tid. Forlænget medicinsk behandling bør overvejes. Se venligst side 37, rygestopmedicin
Manglende støtte	Hvis ex-rygerens omgivelser ikke kan støtte op om rygestop, bør klinikeren selv træde til eller henvise til andre, fx et rygestophold, en rygestoprådgiver, klinikpersonale eller Stoplinien, tlf. 80313131.
Vægtøgning	Vægten vil i gennemsnit stige 4-6 kg efter rygestop. Nogle rygere med BMI indenfor normalniveau, skal lære at acceptere deres nye vægt, og at de ikke længere kan spise alt, hvad de har lyst til uden at tage på. Oplys, at helbredsgevinst ved rygestop er meget større end helbredsrisiko ved en mindre vægtøgning. Anbefal øgning af den fysiske aktivitet. Der er nogen evidens for at øget fysisk aktivitet øger den kortvarige – men ikke den langvarige rygestoprate. Der er nogen evidens for, at motion kan mindske abstinenssymptomer ved rygestop, og kan have positiv virkning på vægten. Anbefal en gennemgang af kosten, og aftal, hvor ex-rygeren kan spare på kalorier. Ellers henvis til diætist.

Tabel 12. Fortsat

Udfordringen	Forslag til problemløsning
Søvnproblemer	Søvnen kan blive meget forstyrret af et rygestop, og hos specielt sårbare personer kan der opstå varige søvnproblemer. Hos de fleste normaliseres søvnen indenfor uger til en måned. Korttidsvirkende sovemedicin, ordineret af læge, kan overvejes i kort tid, fx hvis søvnmangel gør det svært for ex-rygeren at passe sit arbejde eller deltage i det almindelige sociale liv.
Nedtrykthed eller depression	Da rygning påvirker udskillelse af hjernens endorfiner, vil mange rygere opleve tristhed eller nedtrykthed i forbindelse med rygestop. Hos de fleste vil disse abstinenssymptomer forsvinde efter få uger, men kan vare længere. Forklar sammenhængen for rygeren, og normaliser symptomerne. Hos enkelte rygere kan nedtryktheden udvikle sig til depression. I sådanne tilfælde bør ex-rygeren ses af egen læge og vurderes med henblik på evt. behov for medicinsk behandling af depression.
Ryger en enkelt cigaret engang imellem	Rygeren, der ikke kan give slip på de sidste cigaretter, bør ikke roses for at være gået fra fx 20 til 2 cigaretter dagligt, men bør kraftigt opfordres til totalt rygestop, da smårygning med stor sikkerhed medfører tilbagefald. Få rygeren til selv at finde årsagen til, at det er så svært at give slip på den sidste cigaret, og komme med forslag til hvordan det kan opnås. Selv ét sug af en cigaret øger risiko for tilbagefald.
Tanker om selv-sabotage af rygestoppet (give sig selv lov til at ryge igen)	<p>Eksempler på dette kan være:</p> <ul style="list-style-type: none"> – det er bedre for mig, at jeg begynder at ryge igen, end at jeg bliver overvægtig – det er bedre for mig, at jeg begynder at ryge igen, end at jeg bliver for stresset – jeg må gerne belønne mig selv med en enkelt cigaret, men kun til fester <p>Spørg ind: "Tænker du nogensinde på, at du måske skulle give dig selv lov til at ryge?"</p> <p>Gør ex-rygeren opmærksom på, at disse tanker undergraver rygestoppet, og at han/hun stadig ikke er ude af nikotinafhængigheden. Selv hvis der er gået et år.</p>
Problemer med rygestopmedicin	Spørg ind til om ex-rygeren bruger medicin som foreskrevet, eller mindre hyppigt, om der er bivirkninger, ubehag og om der er effekt (kan mærkes ved nikotinprodukter). Juster medicinen, seponer den og/eller skift til noget andet.
Samlever ryger	Om muligt inddrages samlever og bedes om at tage hensyn til ex-rygeren ved at gå udenfor hjemmet og ryge. Der bør ikke ligge cigaretter fremme, da det øger tilbagefaldsraten. Ex-rygeren bør i de første måneder bruge mest tid sammen med ikke-rygere.
Alkohol og fester	Ex-rygeren bør advares kraftigt mod at drikke større mængder alkohol i den første tid, da det medfører høj risiko for tilbagefald. Fester med rygende gæster og alkohol er ligeledes en højrisikosituation, der omhyggeligt bør overvejes. Ex-rygeren kan evt. medbringe nikotintyggegummi eller –inhalator. At medbringe et nikotinprodukt til fester, selv efter et år, kan være et godt alternativ til tilbagefald.

Rygestopintervention til rygeren med tilbagefald

De 5 A'er

Tilbagefald er ofte en stor skuffelse og opleves som et nederlag ledsaget af de gamle ambivalente følelser i forhold til tobakken. For at rygeren ikke skal give op, er det vigtigt, at klinikerens fastholder at rygeophør er en proces. De fleste gennemløber modellens faser flere gange. Det er vigtigt at få afklaret spørgsmål som:

- Hvad gik godt?
- Hvorfor gik det alligevel galt?
- Hvad skal der til, for at forebygge, at det går galt én gang til?

Tilbagefald må ikke ses som fiasko eller bekræftelse på, at rygeren ikke kan holde op med at ryge. Det skal ses som en erfaring at bygge næste rygestopforsøg på. To ud af tre rygere med tilbagefald har ønske om nyt rygestopforsøg indenfor én måned.

Tabel 13. Metoden med de 5 A'er har her fokus på samtalen med rygeren med tilbagefald

Trin	Formål	Eksempler på samtale og vigtige anbefalinger
1 Ask (Spørg)	Spørg om patientens rygevaner	"Er du stadig helt røgfri?" "Hvor længe var du røgfri, før du fik tilbagefald?"
2 Advise (Rådgiv)	Enhver ex-ryger opfordres kraftigt til fortsat rygestop	"Selvom du er skuffet over, at det ikke er lykkedes denne gang, må du huske på, at det bedste du kan gøre for dit helbred – nu og på lang sigt, er at blive røgfri." "De fleste rygere skal igennem flere rygestopforsøg, før det lykkes, og det vil også lykkes for dig."
3 Assess (Vurder)	Vurder om ønsket om røgfrihed fortsat er til stede	"Har du stadig ønske om at blive røgfri?"
4 Assist (Giv støtte)	Hjælp rygeren til rygestop, hvis han/hun er motiveret. Giv ros og opmuntring	"Det er flot, at du har mod på at prøve igen efter jul/påske/ferien." "Et tilbagefald er ikke et nederlag, det er en værdifuld erfaring, som du kan bruge ved næste rygestopforsøg." "Du må ikke miste modet, det skal nok lykkes næste gang, og jeg er her til at støtte dig."
5 Arrange (Arranger)	Arranger opfølgning for den motiverede ryger Forbered den ikke-motiverede ryger på, at samtalen om rygning fortsætter...	"Skulle vi aftale at ses om et par måneder, og planlægge dit næste rygestopforsøg sammen?" "Er det i orden, at jeg vender tilbage til det næste gang, vi mødes?"

Rygestopmedicin

Det er evidens for, at brug af rygestopmedicin i sig selv øger rygestopraten, også uden rådgivning. Højere rygestoprater opnås, når medicinen kombineres med rygestoprådgivning, men nyere randomiserede undersøgelser tyder dog på, at hvis personen er velmedicineret, så er den ekstra gevinst ved rådgivning ikke så stor. Rygestopmedicin kan kun afhjælpe den fysiske afhængighed, dvs. lindre abstinenser og tage toppen af rygetrangen, men har ingen effekt på den psykiske, sociale eller vanebetingede afhængighed.

De allerfleste ex-rygere er holdt op med at ryge uden nogen støtte, og hvis en ryger ønsker at gøre et rygestopforsøg uden støtte, skal klinikerne ikke bruge kræfter på at overtale rygeren og derved måske demotivere ham/hende. I stedet skal man oplyse rygeren om, at der findes effektiv behandling, hvis rygestopforsøget mislykkes. Rygere med stor nikotinafhængighed og mange tilbagefald har meget svært ved at holde op med at ryge uden støtte, og disse bør kraftigt opfordres til at benytte den effektive medicin der findes. For at vurdere den fysiske afhængighed, se s. 12.

Der er tilstrækkelig evidens til rutinemæssigt at anbefale rygestopmedicin til:

- Alle rygere, der ryger mindst 10 cigaretter dagligt

Der er ikke tilstrækkelig evidens til rutinemæssigt at anbefale rygestopmedicin til:

- Smårygere (<10 cigaretter dagligt)
- Børn/unge
- Gravide
- Brugere af røgfri tobak (fx snus)

Få svar på hyppige spørgsmål vedrørende valg af rygestopmedicin, se Appendiks 2, side 60.

En person med flere tilbagefald og oplevelse af nikotinabstinenser ved rygestopforsøg kan dog alligevel få glæde af rygestopmedicin, selvom der ikke er evidens for at benytte den rutinemæssigt. Fordele og ulemper for den enkelte ryger må vurderes.

Der findes tre typer rygestopmedicin, der er klassificeret som førstevalg til rygestop:

Førstevalgs evidensbaseret rygestopmedicin

- Nikotinpræparater
- Bupropion
- Vareniclin

Med hvert af de tre midler kan man forvente en 1-års rygeophørsrate på ca. 20 % ved optimal behandling, brug efter forskrifterne og i den anbefalede tid.

Rygeafvænning med nikotinpræparater, Bupropion og Vareniclin er yderst kosteffektivt, også sammenlignet med mange andre medicinske behandlinger.

Alle rygere er forskellige, og det er meget forskelligt, hvilken rygestopmedicin der vil være den ideelle for den enkelte ryger. Dette afklares ved at spørge ind til:

Optimal rygestopmedicinering – en individuel vurdering

- Hvor fysisk afhængig er rygeren?
- Har rygeren haft flere mislykkede rygestopforsøg?
- Har rygeren oplevet mange abstinenser ved tidligere rygestopforsøg?
- Har rygeren brugt rygestopmedicin ved tidligere rygestopforsøg?
 - Var der god effekt af rygestopmedicinen?
 - Var der bivirkninger?
 - Er der økonomiske hensyn?
- Har rygeren selv ønske om at benytte en speciel type rygestopmedicin?
- Skal der tages hensyn til anden sygdom eller medicinforbrug (kontraindikationer og interaktioner)?

Få svar på hyppige spørgsmål vedrørende valg af rygestopmedicin, se Appendiks 2, side 60.

Tabel 14. Oversigt over de tre typer rygestopmedicin, der er registreret som førstevalgspræparater

Type	Forsigtighed og kontraindikation	Hyppigste bivirkninger	Anbefalet varighed	Effekt (NNT)#	Håndkøb eller lægeordineret
Nikotinpræparater			Behandlingsvarighed 8-12 uger I enkelte tilfælde op til 6 mdr.	1 ud af 14	Håndkøb
Plaster	Alvorlig eksem eller psoriasis Tidligere svær hudreaktion	Lokal hudirritation Døgnplaster: søvnløshed			
Tyggegummi	Mavesår Spiserørskatar	Sår/svie i munden, ondt i maven, tandproteser			
Inhalator		Lokal irritation af mund og hals			
Mundspray		Lokal irritation af mund og hals			

Tabel 12. Fortsat

Type	Forsigtighed og kontraindikation	Hypigste bivirkninger	Anbefalet varighed	Effekt (NNT)#	Håndkøb eller lægeordineret
Næsespray	Astmapatienter	Lokal irritation af næsen			
Sugetablet	Mavesår Spiserørskatar	Kvalme, halsbrand, hikke			
Micro-tablet	Mavesår Spiserørskatar	Kvalme, halsbrand, hikke			
Bupropion *	Kendt tendens til krampeanfald eller spiseforstyrrelse Brug af MAO-hæmmere Gravide, ammende, unge OBS. Interaktioner med anden medicin	Søvnløshed, tørhed i munden, krampeanfald	Behandlingsvarighed 7-12 uger I enkelte tilfælde op til 6 mdr.	1 ud af 11	Lægeordineret på recept Behandling skal påbegyndes 1-2 uger før rygestopdato
Vareniclin **	Nyresygdom, dialysepatient Alvorlig psykiatrisk sygdom Kendt depression eller tidligere selvmordstanker Gravide, ammende, unge	Kvalme, abnorme drømme, nedtrykthed eller andre psykiatiske symptomer	Behandlingsvarighed 12 uger I enkelte tilfælde op til 6 mdr.	1 ud af 8	Lægeordineret på recept Behandling skal påbegyndes 1-2 uger før rygestopdato

"Numbers needed to treat" er en metode til at måle behandlingseffekt: så mange er røgfri efter 6 mdr. som følge af behandlingen, som eller ikke ville være stoppet med at ryge. Jo lavere tal, desto større effekt.

* sælges i Danmark under navnet Zyban

** sælges i Danmark under navnet Champix

For detaljeret information om virkning, bivirkninger, kontraindikationer samt for information om 2.valgsmedicin, se venligst hjemmesiden for Institut for Rationel Farmakoterapi: <http://www.irf.dk/>

Søg: rygeafvænning. Dokument: "Anvendelse af farmaka til rygeafvænning"

De vigtigste budskaber

- Brug af rygestopmedicin øger rygestopraten, også uden rådgivning
- Rygeafvænnning med nikotinpræparater, Bupropion og Vareniclin er yderst kosteffektiv
- Alle rygere, der ryger mindst 10 cigaretter dagligt (undtagen børn/unge og gravide) bør tilbydes rygestopmedicin
- Der findes tre typer sikker og effektiv rygestopmedicin, anbefalet som førstevalg: Nikotinpræparater, Bupropion og Vareniclin
- Valg af rygestopmedicin afhænger af rygerens ønsker, afhængighed, tidligere rygestoperfaringer samt evt. kontraindikationer og medicininteraktioner

Nikotinpræparater

Nikotinpræparater (Nicotine replacement therapy = NRT) indeholder kun nikotin, som rygeren i forvejen indtager, og er en sikker og effektiv rygestopmetode, der næsten fordobler sandsynligheden for langvarig røgfrihed. NRT er i randomiserede kontrollerede forsøg afprøvet på over 40.000 personer, og har dokumenteret effekt, uanset om forsøgspersoner i kontrollerede forsøg har gættet sig til, om de får placebo eller ej. Der er også evidens for effekt på befolkningsniveau, altså udenfor kontrollerede forsøg, fx ved internetbaserede selvhjælpsprogrammer.

Der findes syv typer NRT: plaster, tyggegummi, inhalator, mundspray, næsespray, sugetablet og microtablet. Alle produkter er nogenlunde lige effektive, og der anbefales ikke ét produkt frem for andre, men produktet udvælges efter rygerens ønske, nikotinafhængighed og evt. tidligere erfaringer. Det er nemt at bruge NRT, da der næsten ikke er kontraindikationer og få bivirkninger.

Den mest almindelige fejl med NRT er underdosering, hvorved rygeren oplever, at der ikke er effekt, og derfor holder op med at bruge præparaterne. En anden almindelig fejl er, at rygere ikke bruger NRT i de nødvendige 8-12 uger.

De højeste rygestoprater er opnået ved kombineret brug af nikotinplaster med én af de andre administrationsformer**. Plasteret frigiver langsomt nikotinen over hele dagen, og lægger således 'bund', mens de andre typer NRT bruges, når rygeren mærker rygetrang og ved fx højrisikosituationer fx tidligt om morgenen før plasteret virker, eller før højrisikosituationer, fx før indtagelse af alkohol.

Nikotinplaster indebærer mindre risiko for utilsigtet langtidsbrug af NRT end nikotintyggegummi eller næsespray. Optimering af NRT terapi kan opnås ved at prøve de forskellige administrationsformer forud, starte behandlingen en uges tid før rygestopdagen, ved at kombinere to administrationsformer af NRT og ved ordentlig instruktion i dosis regulering.

Meget nikotinafhængige rygere har bedre effekt af 4 mg end 2 mg tyggegummi, og storrygere har bedre effekt af højdosis plaster end lavdosis plaster.

Tabel 15. Doseringsforslag til nikotinpræparater.

Nikotinpræparat	Anbefalet dosering
Plaster	Ét plaster om dagen. Hvis rygeren ryger min. 10 cigaretter dgl. benyttes 25 mg/16 timer plaster. Langsom nedtrapning kan overvejes (25 mg, 15 mg, 10 mg). Døgnplaster (21 mg/24 timer) anbefales kun til personer der røg om natten og/eller har meget stor rygetrang når de vågner. Nedtrapning overvejes (21 mg, 14 mg, 7 mg).
Tyggegummi	1 stk. hver eller hver anden time, dog max. 25 om dagen. Hvis rygeren ryger min. 20 cigaretter dgl. benyttes 4 mg tyggegummi.
Inhalator	Der er ca. 80 inhalationer i én ampul. Der anbefales 6-12 ampuller om dagen.
Mundspray	1 pust hver eller hver anden time, dog max. 12 pust i alt om dagen.
Næsespray	Ét pust i hvert næsebor svarer til én dosis. Anbefalet: 1 dosis hver eller hver anden time, dog max. 4 pust/time.
Microtablet	1-2 microtabs anbringes under tungen hver time. Højest 40 stk. dgl. i 3 måneder, derefter aftrapning over 3 måneder.
Sugetablet	1 mg sugetablet efter behov, hver eller hveranden time – dog max. 30 sugetabletter dagligt. 2 mg max. 15 om dagen. Hvis min. 20 cigaretter dagligt anvendes høj dosis.

* for flere detaljer og brugsanvisning, se venligst også på <http://medicin.dk/>, under produktnavn: Nicorette, Nicotinell, Zonnic

** kombinationsbehandling med NRT er afprøvet med plaster + tyggegummi, plaster + næsespray, plaster + resoriblet, og fundet signifikant mere effektivt end behandling med plaster alene

Det anbefales rygeren at bruge NRT i 8-12 uger. I enkelte tilfælde, ved stor risiko for tilbagefald, kan NRT benyttes op til et halvt år – og i særlige tilfælde op til et helt år. Sammenlignet med tilbagefald til rygning er langtidsbrug af NRT at foretrække, men kan ikke anbefales rutinemæssigt, da vi ikke fuldt ud kender langtidsfølgerne.

Effekt af NRT er sammenlignelig med effekten af Bupropion og Vareniclin.

NRT er afprøvet på syge mennesker og er sikkert at bruge til patienter med hjerte- og lungesygdom, og til disse anbefales orale NRT som tyggegummi.

NRT kan benyttes af meget nikotinafhængige unge (ned til 12 års alderen), gravide og ammende kvinder, men anbefales ikke rutinemæssigt, og der bør foreligge en lægelig vurdering.

Der er også evidens for, at NRT effektivt kan benyttes af den ryger, der i første omgang ønsker at reducere sit tobaksforbrug som et første skridt på vej til rygestop.

For detaljeret information om virkning, bivirkninger og kontraindikationer se venligst hjemmesiden for Institut for Rationel Farmakoterapi: <http://www.irf.dk/> Søg: rygeafvænning. Dokument: ”Anvendelse af farmaka til rygeafvænning”.

De vigtigste budskaber

- Nikotinpræparater er et sikkert, nemt og effektivt middel til rygestopafvænning
- Alle 6 produkttyper har lige god effekt, så typen udvælges efter rygerens individuelle behov og ønsker
- Den hyppigste fejl er underdosering
- Højeste rygestoprater er opnået ved at kombinere plaster med fx én af de andre fem typer
- Præparaterne bør benyttes i mindst 8 uger

Bupropion*

Bupropion har været benyttet som antidepressiv medicin længe før, det blev registreret som rygestopmedicin. Virkningen ved rygeafvænning sker antagelig gennem dopamin-frigørelse i hjernen. Bupropion virker på rygetrangen og de fysiske abstinenser, og denne virkning er uafhængig af den antidepressive virkning, samt af, om man har eller har haft depressive symptomer.

Behandling med Bupropion er en effektiv rygestopmetode, der omtrent fordobler sandsynligheden for langvarig røgfrihed. Medicinen kan kun fås på recept, og skal ordineres af læge, der vurderer, om der er kontraindikationer eller interaktioner med anden medicin. Medicinen påbegyndes i reduceret dosis 1-2 uger før rygestopdato.

Effekten af Bupropion er sammenlignelig med effekten af nikotinpræparater, men i enkelte kontrollerede undersøgelser er Vareniclin fundet at have lidt bedre effekt end Bupropion.

Bupropion kan evt. kombineres med nikotinplaster, men kun én undersøgelse har vist let, men ikke signifikant øgede rygestoprater.

Bupropion er sikker at benytte til patienter med hjertekar- og lungesygdom ⁹.

For detaljeret information om virkning, bivirkninger og kontraindikationer se venligst hjemmesiden for Institut for Rationel Farmakoterapi: <http://www.irf.dk/>
Søg: rygeafvænning. Dokument: "Anvendelse af farmaka til rygeafvænning"

De vigtigste budskaber

- Bupropion er et effektivt middel til rygestop
- Medicinen ordineres af læge, og behandling påbegyndes 1-2 uger før rygestop
- Der er en del medicin-interaktioner, som lægen må være opmærksom på
- Medicinen bør benyttes i mindst 7 uger

* præparatet sælges i Danmark under navnet Zyban

Vareniclin*

Vareniclin er den nyeste af de tre anbefalede medicinske rygestopbehandlinger, og der er derfor færrest videnskabelige undersøgelser og erfaringer. Vareniclin binder sig specifikt til nikotinreceptorer i hjernen, hvorved abstinenssymptomer nedsættes, men virker desuden ved at forhindre nikotin fra cigaretter i at binde sig til receptorerne, hvorved nydelsen ved rygning formindskes. Behandling med Vareniclin er en effektiv rygestopmetode, der omtrent tredobler sandsynligheden for langvarig røgfrihed. Vareniclin er i forsøg vist mere effektiv end nikotinplaster og Bupropion. Der er ikke evidens for at kombinere Vareniclin med anden rygestopmedicin.

Medicinen kan kun fås på recept og skal ordineres af læge, der vurderer, om der er kontraindikationer. Der er ingen signifikante lægemiddelinteraktioner, hvilket gør det nemt for lægen at ordinere.

Der er rapporteret tilfælde af psykiatriske symptomer, selvmordstanker, -forsøg og selvmord, også af rygere uden kendt tidligere psykisk sygdom og før rygestopdato. Derfor bør man være forsigtig med at ordinere det til rygere, der har eller har haft depressive perioder, specielt hvis der har været selvmordstanker. En ny stor undersøgelse, hvor over 80.000 personer havde fået rygestopmedicin i forbindelse med rygestopforsøg, har ikke fundet øget risiko for selvmordsforsøg eller selvmord³⁴. En kausal sammenhæng med Vareniclin kan dog på nuværende tidspunkt hverken af- eller bekræftes. Rygere bør informeres om, at hvis de bliver nedtrykte i forbindelse med medicineringen, bør de straks kontakte deres læge, der vil vurdere, om de skal holde op med at tage pillerne.

Medicinen er godkendt til patienter med hjertekar- og lungesygdom⁹.

Der er ikke evidens nok til at anbefale Vareniclin til unge eller gravide.

For detaljeret information om virkning, bivirkninger og kontraindikationer se venligst hjemmesiden for Institut for Rationel Farmakoterapi: <http://www.irf.dk/>
Søg: rygeafvænnning. Dokument: "Anvendelse af farmaka til rygeafvænnning"

De vigtigste budskaber

- Vareniclin er et effektivt middel til rygestop
- Det er angiveligt det mest effektive rygestopmedicin på nuværende tidspunkt
- Medicinen ordineres af læge, og behandling påbegyndes 1-2 uger før rygestop
- Medicinen bør benyttes i mindst 12 uger
- Rygeren bør straks kontakte lægen, hvis der opstår nedtrykthed eller selvmordstanker

* præparatet sælges i Danmark under navnet *Champix*

Andre, alternative, rygestopbehandlinger

En del rygere ønsker ikke at tage imod de tilbud, klinikerer tilbyder, da de har ønske om at prøve en alternativ rygestopbehandling. Det er vigtigt, at klinikerer ikke afskrækker rygeren fra rygestopforsøget i sin iver efter at overbevise rygeren om, at behandlingen, med stor sandsynlighed er ineffektiv.

Klinikerer skal gøre rygeren opmærksom på, at effektive evidensbaserede behandlinger findes, og hvis rygestopforsøget med alternativ behandling ikke virker, er rygeren altid velkommen til at vende tilbage for at få støtte.

Klinikerer bør ikke anbefale en metode, der ikke er evidensbaseret.

Tabel 16. Eksempler på hyppigt anvendte alternative rygestopmetoder

Type	Evidens	Bemærkninger
Hypnose	Evidens for, at der ikke er effekt	Der er ikke fundet signifikant øgede længerevarende rygestoprater i RCT*. Cochrane review udført **
Akupunktur, akupressur, laser terapi, elektrostimulation	Evidens for, at der ikke er effekt	Der er ikke fundet signifikant øgede længerevarende rygestoprater i RCT*. Cochrane review udført **
Anxiolytika (afslappende medicin)	Evidens for, at der ikke er effekt	Der er ikke fundet signifikant øgede længerevarende rygestoprater i RCT*. Cochrane review udført **
Allan Carr's Easy Way metode	Utilstrækkelig evidens	Der findes ingen RCT*. Der blev fundet pæne rygestoprater ved intervention på arbejdsplads, men effekten skal underbygges ved RCT før metoden kan anbefales, da der ellers kan være tale om tilfældigheder.
St. Johns urt (Prikbladet perikum)	Utilstrækkelig evidens	Har kendte antidepressive egenskaber. Et par mindre undersøgelser har ikke vist effekt
Aversionsterapi – hurtig, gentagen rygning	Nogen grad af evidens	Der er ikke fundet signifikant øgede længerevarende rygestoprater i RCT*. Cochrane review udført **
Fysisk aktivitet – motion	Nogen grad af evidens	Der er nogen evidens for at øget fysisk aktivitet øger den kortvarige – men ikke den langvarige rygestoprater. Der er nogen evidens for at motion kan mindske abstinenssymptomer ved rygestop, og kan have positiv virkning på vægten.

Tabel 16. Fortsat

Type	Evidens	Bemærkninger
Glucose (sukker)	Nogen grad af evidens	Glucose kan muligvis mindske rygetrangen ved at tilfredsstille behovet for kulhydrater og mindske sultfølelsen. Glucose ser ud til at øge rygestopraten når den kombineres med nikotinpræparater eller Bupropion. Er sikker at bruge, men må ikke bruges til diabetikere.

* Videnskabelige randomiserede kontrollerede forsøg med en kontrolgruppe

** Et Cochrane review er en meget grundig og kritisk gennemgang af den videnskabelige litteratur, hvilket sikrer høj kvalitet

Rygestop i almen praksis

De helbredsmæssige følger af rygning er en meget stor belastning for sundhedsvæsenet – og også for de praktiserende læger. Rygning er risikofaktor for alle otte folkesygdomme, og det er beregnet, at 2,7 millioner besøg årligt i almen praksis skyldes rygerelateret sygdom ¹⁷.

Der er derfor gode argumenter for en mere systematisk indsats overfor rygning i almen praksis ³⁵.

De praktiserende læger har hidtil fortrinsvis talt rygning med højrisikopatienter og syge patienter med f.eks. hjertekar- og lungesygdomme bl.a. for ikke at skade læge/patientkontakten ^{28;29}. Der er ikke evidens for, at snak om rygestop kan skade læge/patientforholdet. Denne praksis har medført, at rygerelateret sygdom, der kunne have været undgået, ikke er blevet forebygget i tide. Det er derfor vigtigt, at praktiserende læger rutinemæssigt drøfter rygestatus, tilbud om rygestop og vejledning til bedre sundhed i mødet med rygere. Endvidere er det vigtigt, at praktiserende læger kender til og kan henvise til de kommunale rygetilbud, som findes i kommunen.

Tre ud af fire rygere har ønske om at blive røgfri ¹⁹. Rygerne finder det naturligt, at deres læge taler om rygning med dem ³⁶, og giver ydermere udtryk for, at lægens ord har stor betydning for, om de beslutter sig til rygestop ³⁶⁻³⁹. Praktiserende læger ser 70-80 % af befolkningen i løbet af et år, de har et tillidsforhold til deres patienter og en viden om deres helbred, hvilket rummer et stort potentiale for initiering af rygeafvænning – specielt i den del af befolkningen, som normalt ikke responderer på massekampagner.

Der er evidens for, at rutinemæssig registrering af rygestatus øger rygestopraten. Tobaksafhængighed har en ICPC kode: P 17 (Tobaksmisbrug). Rutinemæssig registrering af rygestatus i Patientjournalen/Laboratoriearket vil give lægen mulighed for at arbejde med rygestop som en del af den samlede behandlingsindsats. Ved brug af Datafangst er det en nødvendighed med journal-registreringen.

Der er evidens for, at selv en få minutters minimal rygestoprådgivning givet af den praktiserende læge er en effektiv måde at hjælpe patienterne til rygeophør, og at mere intensiv intervention i almen praksis øger rygestopraten yderligere.

Selv en minimal intervention er yderst kost-effektiv, Numbers needed to treat (NNT)=40, men endnu mere effektiv er den mere intensive rygestoprådgivning, NNT=20. Til sammenligning er NNT=50 ved behandling med betareceptorblokker for at forebygge ét myokardieinfarkt hos person med kendt iskæmisk hjertesygdom.

Lægen har unik viden om patientens helbred, og bør inddrage denne viden til at gøre helbredsrisikoen ved rygning relevant for patienten. De fleste organsystemer er berørt af rygning, se venligst Appendiks 1, s. 58.

Lægen har ansvar for at rådgive den motiverede ryger vedrørende valg af rygestopmedicin. Behandling med rygestopmedicin er yderst kost-effektiv, se side 37.

Undersøgelser viser, at en god rygestopsamtale med lægen øger tilfredsheden med konsultationen, også hvis rygeren ikke har ønske om rygestop⁴⁰. Det er dog vigtigt, at lægen ved, hvordan han/hun taler med rygeren, så rygestoprådgivningen bliver en god oplevelse for både læge og patient. Samtalen skal være baseret på respekt og empati. Naturligvis kan der være situationer, hvor andre vigtige begivenheder i rygerens liv, akut ikke-rygerrelateret sygdom eller lignende gør, at det er mest hensigtsmæssigt at vente med at tale om rygning til næste gang.

Tiden i venteværelset kan udnyttes til at øge patientens opmærksomhed på rygning og rygestop. Pjecer er en reaktiv tilgang, der kræver at rygeren selv henter dem. En mere proaktiv tilgang er den elektroniske, hvor rygeren ser et budskab på en TV-skærm fx om fordele ved rygestop, helbredskonsekvenser ved passiv-rygning eller de rygestoptilbud, klinikken eller kommunen har.

Lægen bør opfordre alle motiverede rygere til at tage imod støtte til rygestop, i form af kombineret rygestoprådgivning og/eller rygestopmedicin (til den afhængige ryger, se s. 12 – afhængighed og 37 rygestopmedicin).

Er lægen ikke rutineret i rygestoprådgivning bør han/hun registrere rygestatus og tilbyde en minimal rygestoprådgivning på et par minutter (se venligst side 21 og 22, generelt om rygestopsamtaler, minimal rygestoprådgivning og ABC metoden). For at opnå højere rygestoprater anbefales det, at lægen afslutter rygestoprådgivningen med at henvise den motiverede ryger til mere intensiv opfølgende rygestopin-tervention, fx Stoplinien*, rygestoprådgiver-uddannet klinikpersonale eller kommunale rygestoptilbud (se venligst side 24 til 32, opfølgende rygestoprådgivning og 5A/5R metoden) og anbefale brug af rygestopmedicin.

* *Lægen bør have kendskab til hvilke henvisningsmuligheder, der findes. Stoplinien, tlf. 80313131 er tilgængelig for alle, den er gratis, og betjenes af erfarne rygestoprådgivere*

De vigtigste budskaber

- Rygestoprådgivning givet af den praktiserende læge er en evidensbaseret, effektiv måde at hjælpe patienter til rygeophør
- Rygestopinterventionen er yderst kost-effektiv
- Jo større rygestopindsats af lægen, desto højere rygestoprater opnås
- Den praktiserende læge bør som minimum systematisk registrere rygestatus én gang årligt, og systematisk tilbyde kort rygestoprådgivning til alle rygere
- Den praktiserende læge bør systematisk opfordre alle motiverede rygere til at tage imod støtte til rygestop, i form af kombineret rygestoprådgivning og rygestopmedicin

Rygestop på hospital

De helbredsmæssige følger af rygning er en meget stor belastning for hospitalerne, Det er beregnet, at omkring tre ud af fire akutte indlæggelser på en intern medicinsk afdeling skyldes rygning, og at der årligt er 150.000 rygerrelaterede indlæggelser ¹⁷. Der er derfor også her behov for en mere systematisk indsats overfor rygning.

Indlæggelse på et hospital er en meget vigtig og oplagt lejlighed til at tale med rygerne om helbredskonsekvenser ved rygning, og til at anbefale rygestop. Akut, livstruende sygdom som fx blodprop i hjertet, kombineret med de røgfrie rammer under indlæggelsen, vil ofte være stærkt motiverende for rygestop. Tre ud af fire rygere har ønske om at blive røgfri ¹⁹, så lægen skal ikke være nervøs for at bringe emnet op. Rygning har signifikant effekt på operationskomplikationer, strålebehandling, kemoterapi og overlevelse, også for ældre patienter med mange års storrygning.

Der er evidens for at rygestopinterventioner påbegyndt på sygehus, med minimum én måneds opfølgning signifikant øger den længerevarende rygestoprater. Brug af kombineret rygestopmedicin med rådgivning giver højere rygestoprater end rygestoprådgivning alene (Cochrane review).

Selv en minimal intervention på få minutter er yderst kost-effektiv, Numbers needed to treat (NNT)=40 *. Rygestop er en yderst effektiv og kost-effektiv behandling. Fx vil mortaliteten ved behandling med statiner eller betablokkere reduceres med 25% over 5 år, mens rygestop vil medføre en 50% reduktion i ny blodprop i hjertet og pludselig død indenfor blot 2 år.

Lægen har unik viden om patientens helbred, og bør inddrage denne viden til at gøre helbredsrisikoen ved rygning relevant for patienten. De fleste organsystemer er berørt af rygning, se venligst Appendiks 1, s. 58.

Der er evidens for, at præoperative rygestopinterventioner mindsker risikoen for problemer med sårheling, samt postoperative lunge- og hjertekomplikationer. Korterevarende røgfrihed kan opnås.

Hospitalet er også et oplagt sted at tale om passiv rygning, fx på børneafdelinger. Børn udsat for forældres røg, har mellem 500 og 2500 flere indlæggelser pga. respiratoriske infektioner per 100.000 børn ^{41;42}.

Mange rygere bliver fortsat registreret som ikke-rygere, fordi klinikerer stiller spørgsmålet: "Ryger du?" til den syge patient, der måske ikke har kunnet ryge et par dage på grund af sygdom, og derfor svarer nej. Det korrekte spørgsmål er derfor "Ryger du eller har du nogensinde røget?" Der er evidens for, at rutinemæssig registrering af rygestatus øger rygestopraten.

* *de fleste undersøgelser vedrørende rygestop og læger er foretaget med læger i almen praksis, men det formodes, at en hospitalslæge opnår sammenlignelige resultater*

Lægen har ansvar for at rådgive den motiverede ryger vedrørende valg af rygestopmedicin, se side 37. Behandling med rygestopmedicin hos indlagte patienter i en kortere periode har dog vist stor tilbagefaldsrisiko, så rygestopmedicin bør anbefales fortsat efter udskrivelse, og opfølgende rygestoprådgivning er aktuelt den vigtigste anbefaling.

Der er størst evidens for, at lægens rygestoprådgivning har effekt, men alt sundhedspersonale bør tage rygning op rutinemæssigt. Det er hensigtsmæssigt, at hver afdeling har regler for, hvem der taler om rygning med patienterne.

Har sundhedspersonalet meget travlt, eller er vedkommende ikke rutineret i rygestoprådgivning, bør han/hun registrere rygestatus og tilbyde en minimal rygestoprådgivning på et par minutter (se venligst side 21 og 22, generelt om rygestopsamtaler, minimal rygestoprådgivning og ABC metoden). For at opnå højere rygestoprater anbefales det at sundhedspersonalet afslutter rygestoprådgivningen med at henvise den motiverede ryger til mere intensiv opfølgende rygestopintervention, fx Stoplinien **, rygestoprådgiver-uddannet personale eller kommunale rygestoptilbud (se venligst side 24 til 32, opfølgende rygestoprådgivning og 5A/5R metoden) og anbefale brug af rygestopmedicin..

*** Sundhedspersonalet bør have kendskab til hvilke henvisningsmuligheder der findes. Stoplinien, tlf. 80313131 er tilgængelig for alle, den er gratis, og betjenes af erfarne rygestoprådgivere.*

De vigtigste budskaber

- En indlæggelse er en vigtig lejlighed til at tale om rygestop
- Rygestopinterventioner på et hospital har evidensbaseret effekt
- Sundhedspersonale bør som minimum systematisk registrere rygestatus ved hver indlæggelse/ambulante kontakt, og systematisk tilbyde kort rygestoprådgivning til alle rygere samt systematisk opfordre alle motiverede rygere til at tage imod støtte til rygestop i form af kombineret rygestoprådgivning og rygestopmedicin
- Der er evidens for at anbefale rygestop før planlagt operation
- Der er evidens for, at udsættelse for passiv rygning, fx hos børn, medfører sygdom, og derfor skal pårørende, der ryger, kraftigt tilrådes rygestop

Rygestop i kommunen

Siden 2007 har kommunerne haft ansvar for den borgerrettede forebyggende og sundhedsfremmende indsats og har sammen med regionerne ansvaret for den patientrettede forebyggelse. Hvis man vil øge sundheden blandt kommunens borgere, er en systematisk indsats overfor rygning helt central. Tobaksområdet er også det område, hvor man har den bedste videnskabelige dokumentation for effekt.

De helbredsmæssige følger af rygning er en meget stor belastning for kommunerne, og er fx årsag til 2,8 millioner fraværskdage fra arbejde og 5.000 tilfælde af førtidspension hvert år¹⁶. Det er beregnet, at en kommune med 30.000 borgere vil have direkte årlige omkostninger på næsten 14 millioner kroner forårsaget af rygning⁴³.

Den optimale tobaksforebyggende indsats inddrager mange aktører og forvaltningsområder både internt og eksternt. Det anbefales, at man vælger en organisation, der giver en entydig placering af ansvar for de indsatser, kommunen iværksætter. Det gælder både i forhold til planlægning, koordination, administration og politisk betjening af tobaksområdet. For at sikre sammenhængende patientforløb for bl.a. kronisk syge, bør der etableres et velfungerende samarbejde mellem kommune, hospital og primær praksis, som beskrives i sundhedsaftalerne.

Mange, væsentlige virkemidler i tobaksforebyggelsen kræver centrale politiske beslutninger, men kommunen har en lang række muligheder for at bidrage på afgørende måde. Det gælder både i forhold til at etablere sunde rammer, at give information til borgerne samt via en indsats i forhold til rygestop. At skabe sunde rammer i form af røgfri miljøer er essentielt for at understøtte de rygestopaktiviteter, kommunen tilbyder kommunens borgere og ansatte^{16;44}.

I en kommune med 50.000 borgere vil der være 8.000-10.000 rygere. Hvert år vil omkring en tredjedel, dvs. ca. 3.000 borgere forsøge at holde op med at ryge, og de bør ikke være i tvivl om, hvor de kan få hjælp til rygestop.

Kommunen bør udbrede kendskab til kommunale og nationale rygestoptilbud blandt borgerne. Det anbefales derudover, at kommunen gør en indsats for proaktiv rekruttering af rygere til rygestopkurser gennem samarbejde med læger, sygehuse, sundhedsplejersker, jobcentre, tandpleje m.v.

Rygeafvænning i grupper eller individuelt kan tilbydes i sundhedscentre, på arbejdspladser eller udliciteres til fx apoteker.

Det anbefales, at kommunen tilbyder rygestoprådgivning til alle kommunens borgere og ansatte. Derudover kan kommunen have særlige tilbud målrettet personer med specielle behov, fx socialt udsatte eller psykisk syge.

Kommunen kan ligeledes beslutte at betale for borgernes rygestopmedicin, idet helt eller delvist betalt rygestopmedicin ifølge videnskabelige undersøgelser bidrager til at øge rygestopraten.

Det forudsætter dog en dispensation fra Lægemiddelstyrelsen, hvis der skal udleveres gratis rygestopmedicin jf. lægemiddelovens § 67, stk. 1.

Ikke kun læger, men mange andre personalegrupper, som fx plejehjems personale, hjemmesygeplejersker, tandlæger, apoteksansatte og fysioterapeuter er vigtige i den fælles, systematiske kommunale rygestopindsats.

Mens fx en rygestoprådgiver-uddannet sygeplejerske med godt kendskab til borgerens helbred kan tilbyde en længere, opfølgende rygestoprådgivning med 5A/5R metoden (se s. 24 til 32) kan plejepersonale tilbyde en få minutters minimal rygestoprådgivning, med ABC metoden (se s. 21 og 22, generelt, kort rådgivning). I alle tilfælde er en systematisk registrering af borgernes rygestatus et vigtigt udgangspunkt.

Kommunen bør sikre kompetenceudvikling – herunder efteruddannelse – af medarbejdere indenfor rygestop, således at der kan opnås de mest optimale resultater.

Det anbefales, at alle indsatser evalueres. Der bør sættes mål, fx for hvor mange rygere man hvert år vil opnå tager imod kommunens rygestoptilbud, og hvilke rygestoprater, der skal opnås på rygestopkurserne.

For at læse mere om god kommunal tobaksforebyggelse anbefales: ”Ti skridt til god kommunal tobaksforebyggelse – den gode kommunale model”⁴⁴

http://sund-by-net.dk/uploads/tx_ttproducts/datasheet/Den_gode_kommunale_model_til_tobaksforebyggelse.pdf

KL har udarbejdet forslag til grundlæggende indsatser i den borgerrettede forebyggelse og sundhedsfremme i kommunerne, også for rygning:

http://www.kl.dk/ImageVault/Images/id_39848/ImageVaultHandler.aspx

På denne hjemmeside kan man finde alle kommuners tilbud om rygestop www.sundhed.dk/soft

De vigtigste budskaber

- Den kommunale tobaksforebyggende indsats er helt central, og tobaksområdet er det område, hvor man har den bedste videnskabelige dokumentation for effekt
- Den optimale tobaksforebyggende indsats inddrager mange aktører og forvaltningsområder
- Kommunen anbefales på systematisk grundlag at:
 - Give borgerne information om rygning, rygestop og rygestoptilbud
 - Tilbyde varierede rygestoptilbud til ansatte, borgere og specielle grupper med særlig risiko
- Kommunen bør sørge for uddannelse og efteruddannelse af rygestoprådgivere
- Alle indsatser bør evalueres årligt

Rygere med særlige behov

Den psykisk syge ryger

I dette afsnit behandles gruppen af psykiatriske patienter, der er tobaksafhængige. Psykiatriske patienter dør omkring 25 år tidligere end psykisk raske mennesker, og de dør primært af rygerelaterede sygdomme som hjertekarsygdom, lungesygdomme som KOL samt cancer ⁴⁵⁻⁴⁹. Rygeprævalensen blandt psykiatriske patienter er meget høj, over 60% hos skizofrene patienter ⁵⁰⁻⁵⁶, og psykisk syge personer har et større dagligt tobaksforbrug og større nikotinafhængighed end ikke psykisk syge ^{54;57}. Det er blevet estimeret, at rygere med psykisk sygdom ryger næsten halvdelen af alle solgte cigaretter ⁵⁸.

Psykisk syge rygere har flere psykiatriske symptomer, og øget risiko for misbrug af alkohol og stoffer sammenlignet med psykisk syge ikke-rygere ^{59;60}. Der er interaktion mellem komponenter i tobak og psykoaktiv-medicin, resulterende i en hurtigere medicinmetabolisme, og behov for øgede, ofte fordoblede, medicindoser ^{61;62}.

Det er evidensbaseret at ^{1;2}

- de fleste psykisk syge rygere har ønske om røgfrihed
- de fleste psykisk syge rygere ikke oplever en forværring af deres psykiske symptomer efter rygestop

Rygeforbud på psykiatriske afdelinger mødes oftest med stor modstand fra patienter og personale før implementering, men ændres til positiv indstilling kort tid efter, at rygeforbuddet er iværksat. Der er i de allerfleste tilfælde ikke registreret mere aggression, vold eller tvang efter rygeforbud, og enkelte studier finder endda psykiske og fysiske forbedringer hos de indlagte. Der foreligger ingen randomiserede interventionsundersøgelser med psykiatriske patienter i akut fase, men rygeforbud har ofte berørt tvangsindlagte, akut syge patienter.

Der er behov for en intensiv og koordineret indsats overfor rygning blandt personer med psykiske sygdomme. Der foreligger en del randomiserede undersøgelser (med både rygestoprådgivning og rygestopmedicin), men kun få undersøgelser har afprøvet den samme type rygestopintervention til samme patientgruppe, mange undersøgelser er små, og/eller har kort follow-up, så det er vanskeligt at drage konklusioner, om den optimale interventionstype. Rygestopmedicin er fundet sikker at bruge.

Rygestopinterventioner til rygere med depression ^{1;2}: Enkelte studier har fundet forværring af de psykiske symptomer ved rygestop, men de fleste studier rapporterer ingen forværring eller positive ændringer. Der bør dog være opmærksomhed på depressive symptomer efter rygestop. Formodentlig bør rygestopinterventionen være en kombination af intensiv rådgivning, gerne tilpasset psykisk syges specielle behov,

og rygestopmedicin. Der er fundet signifikant korttidseffekt af både Bupropion og Vareniclin samt nikotinprodukter oveni en intensiv rygestoprådgivning.

Rygestopinterventioner til rygere med sygdommen skizofreni ^{1,2}: Rygestop kan gennemføres hos personer med alvorlig psykisk sygdom. Undersøgelser viser, at rygestop hos patienter med skizofreni ikke medfører forværring af psykiske/psykotiske symptomer. Formodentlig bør rygestopinterventionen være en kombination af intensiv rådgivning, gerne tilpasset psykisk syges specielle behov, og rygestopmedicin. Der er fundet korttidseffekt af Bupropion og nikotinpræparater. Vareniclin er endnu ikke afprøvet i randomiseret kontrolleret design. Psykiateren bør være opmærksom på, om dosis af antipsykotisk medicin skal reduceres efter rygestop.

Der foreligger en dansk rapport fra 2006 "Rygestop i psykiatrien". <http://ensh.eu>

De vigtigste budskaber

- Rygeprævalensen blandt psykisk syge personer er meget høj
- De fleste psykisk syge rygere har ønske om røgfrihed
- De fleste psykisk syge rygere oplever ikke en forværring af deres psykiske symptomer efter rygestop
- Der er gode erfaringer med rygeforbud på psykiatriske afdelinger
- Der foreligger en del randomiserede undersøgelser med rygestop til psykisk syge
- Rygestopinterventionen bør formodentlig være en kombination af intensiv rådgivning, gerne tilpasset psykisk syges specielle behov, og rygestopmedicin

Den gravide eller ammende ryger

Rygning i graviditeten er den enkeltfaktor, som har størst betydning for graviditetsforløbet og fostret. Rygning skader:

1. Graviditeten og fosteret (fx graviditet udenfor livmoderen, spontant abort, for tidlig fødsel, misdannelser, foreliggende moderkage, moderkageløsning)
2. Det nyfødte barn (fx komplikationer pga. fødsel af et meget lille barn (<2500 gram))
3. Spædbarnet (fx vuggedød, mellemørebetændelse, luftvejssygdomme)

Når en gravid holder op med at ryge, har det helbredsfordele både for moder og barn. Enhver gravid kvinde, uafhængigt af tidspunkt i graviditeten, bør kraftigt opfordres til rygestop og tilbydes intensiv støtte, også efter fødslen.

Der er fra randomiserede kontrollerede undersøgelser evidens for, at intensiv rygestoprådgivning, over flere gange, er effektivt. Dette bør være tilpasset gravide kvinder.

Det er specielt vigtigt gentagne gange at tilbyde rygestoprådgivning til unge, kortuddannede, socialt belastede og/eller meget nikotinafhængige rygende gravide.

Der er lille viden om brug af rygestopmedicin til gravide, og som udgangspunkt bør klinikerens altid anbefale rygestoprådgivning, men ikke rygestopmedicin i graviditeten.

Der er ikke evidens for, at nikotinpræparater (NRT) har signifikant effekt på rygestop hos gravide.

NRT kan overvejes til den storrygende gravide kvinde med stor nikotinafhængighed, mange tidligere tilbagefald, mange abstinenser, og stor rygetrang, på trods af intensiv rygestoprådgivning. Da nikotin kun er ét ud af flere hundrede stærkt skadelige stoffer i tobak, må man formode, at kortvarigt brug af NRT er mindre skadeligt for den gravide og fosteret end tilbagefald til rygning. Hvis klinikerens vurderer, at den gravide ryger skal tilbydes NRT, bør man anbefale andre produkter end plaster, altså kun intermitterende brug, for at sikre så lille daglig dosis som muligt. Vareniclin og Bupropion bør ikke tilbydes gravide.

Ammende kvinder bør kraftigt opfordres til ikke at ryge. Nikotin passerer fra moderens blod over i brystmælken, og NRT må ikke anbefales rutinemæssigt, men i særlige situationer (se ovenfor) kan det overvejes. Undersøgelser tyder på, at det ammede barn udsættes for meget lave doser af nikotin. Moderen bør oplyses om vigtigheden af fortsat amning.

De vigtigste budskaber

- Rygning skader både graviditeten og fosteret, det nyfødte barn og spædbarnet
- Enhver gravid og ammende kvinde bør kraftigt opfordres til rygestop og tilbydes intensiv støtte
- Der er evidens fra randomiserede kontrollerede undersøgelser, at intensiv rygestoprådgivning er effektiv
- Rygestopmedicin bør ikke anbefales, men NRT kan overvejes i komplicerede tilfælde

Den kronisk syge ryger

Tobaksafvænning har en central placering i rehabilitering af patienter med kronisk sygdom på grund af fx hjertekarsygdom, KOL eller diabetes.

Rygestop har signifikant positiv effekt på helbredet²⁴⁻²⁶. Selv ældre storrygere, der har røget i mange år og har fået konstateret alvorlig rygerelateret sygdom, har positiv helbredseffekt af rygestop^{24;63}. Dette kan være færre lungeinfektioner ved KOL, færre nye tilfælde med blodprop i hjertet, færre benamputationer hos diabetespatienter eller færre skader efter strålebehandling af kræftpatienter.

Rygestopinterventioner er vurderet at være meget kost-effektive. Fx for diabetes patienter, hvor flere andre behandlinger, bl.a. med ACE-hæmmere, kun er blevet fundet moderat kost-effektive ⁶⁴.

Både nikotinpræparater, Vareniclin og Bupropion er i undersøgelser vist at være sikre at benytte til patienter med stabil hjertekarsygdom og patienter med mild til moderat KOL. Personer med ustabil hjertekarsygdom kan også tilbydes disse tre typer rygestopmedicin, efter lægelig vurdering ⁹.

Man skal være opmærksom på, at nogle af de ældre, syge rygere har skåret kraftigt ned i tobaksforbruget, men er svært nikotinafhængige med stor rygetrang om morgenen. Behandling med rygestopmedicin bør overvejes tidligt, trods forbrug af mindre end ti cigaretter dagligt.

Rygeren med lav socioøkonomisk status

Der er klare sociale gradienter i rygeadfærden: der er mere end dobbelt så mange dagligrygere og tre gange så mange storrygere blandt de kortest uddannede, sammenlignet med de længst uddannede ¹⁵. Den sociale ulighed i rygning herhjemme er i stigning.

Færre personer med kort uddannelse bliver røgfri, når de gør et rygestopforsøg sammenlignet med personer med længerevarende uddannelse. Årsagerne er mange: høj nikotinafhængighed, tidlig rygedebut, stressende livsbetingelser, ringe støtte fra omgivelserne, rygere i omgivelserne, manglende benyttelse af evidensbaserede metoder til rygestop m.m. ⁶⁵⁻⁷⁰.

Personer med kort uddannelse eller lav socioøkonomisk status ser ud til at have andre motiver for at holde op med at ryge, idet 'nu og her' motiver som høj pris på tobak, og problemer med helbredet har relativ større betydning for ønsket om rygestop, end motiver der ligger længere ude i fremtiden, som øget risiko for at udvikle sygdom ^{71;72}.

Personer med lav socioøkonomisk status har ønske om rygestop, og mennesker med få økonomiske midler, der har de forholdsmæssigt største udgifter af rygning, fortryder mest, at de begyndte at ryge ⁷³.

En dansk rapport om socialt udsatte borgere har vist, at 61% ryger sammenlignet med 21% blandt den danske befolkning ⁷⁴. Næsten hver tredje har forsøgt at holde op med at ryge, hvilket er lig med landsgennemsnittet, og hver tredje har ønske om hjælp til rygestop.

Brugere af væresteder, beskyttede beskæftigelsestilbud, botilbud, behandlingstilbud samt socialt udsatte borgere, der får støtte i eget hjem, har større tro på at deres rygestop vil lykkes, end medarbejderne på ovennævnte steder har.

Rapporten om socialt udsatte borgeres rygning kan findes på: <http://rogfrihed.dk/>

Det kan overvejes, om man i forbindelse med målrettede indsatser i forhold til rygere med lav socioøkonomisk status skal udlevere gratis rygestopmedicin, idet helt

eller delvist betalt rygestopmedicin ifølge videnskabelige undersøgelser øger rygestopraten.

Det forudsætter dog en dispensation fra Lægemiddelstyrelsen, hvis der skal udleveres gratis rygestopmedicin jf. lægemiddelovens § 67, stk. 1.

Rygeren med anden etnicitet end dansk

Ikke-ryger normen er ikke så fremskreden blandt personer med ikke-vestlig baggrund som blandt etniske danskere. Det er således mere socialt acceptabelt at ryge, viden om helbredsskaderne ved rygning er mindre, og det er primært mænd der ryger.

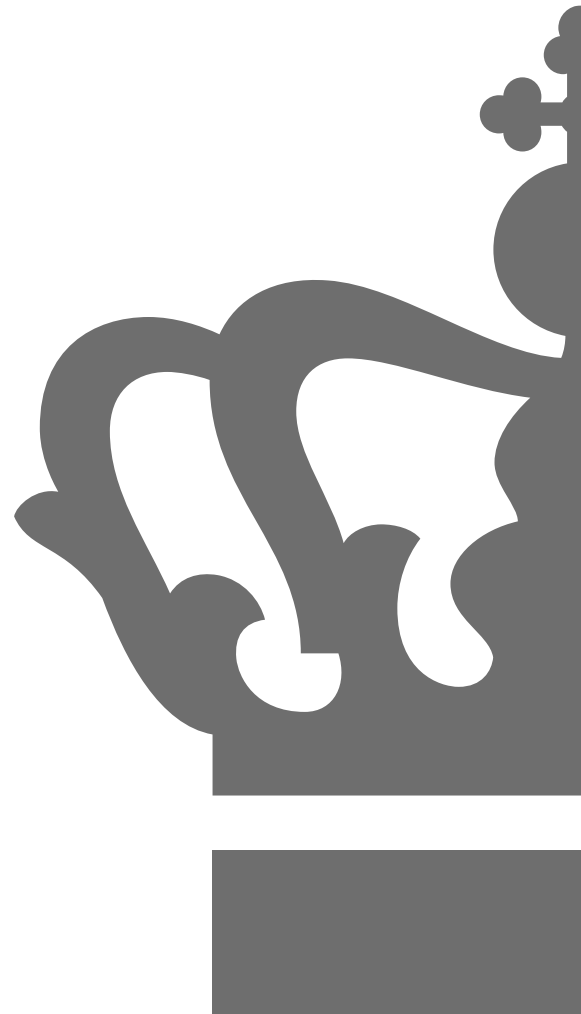
I en dansk rapport fra 2008, ”Etniske minoriteters sundhed” fremgår det, at den højeste rygerandel findes blandt mænd fra Tyrkiet (51%) og Libanon/Palæstina (50%).

Mere end halvdelen af rygerne i alle etniske grupper udtrykker ønske om at holde op med at ryge⁷⁵. Rapporten kan downloades på www.centerforfolkesundhed.dk, under publikationer.

Rygestopmedicin ser ud til at have god effekt på tværs af kulturelle og etniske forskelle.

Sundhedsstyrelsen har udgivet ”Den lille rygestopguide” på flere sprog, bl.a. tyrkisk, arabisk, urdu og somalisk se www.sst.dk.

Appendiks



Appendiks 1.

Oversigt over helbredsrisici ved rygning^{26;76;77}

Organsystem	Helbredsrisiko ved rygning
Næse og mund	Mundhulekræft Tungekræft Næsekræft Tænder: caries, tab af tænder, betændelsestilstande i mundhulen, paradentose
Svælg og bihuler	Bihulekræft Svælgkræft Strubehovedkræft
Luftveje	Lungebetændelse Lungekræft KOL Astma
Hjerte-kar	Åreforkalkning Angina pectoris (brystsmerter pga. åreforkalkning af hjertets kar) Blodprop i hjertet Aortaanuerisme (udposning på hovedpulsåren) Slagtilfælde (hjerneblødning – blodprop i hjernen) Subarachnoidalblødning (blødning under hjernehinden) Perifer okklusiv arteriesygdom (vindueskigger syndrom, åreforkalkning i benene) Buergers sygdom (afklemning af blodkar i benene)
Spiserør-mave-tarm	Mavesår Spiserørskræft Mavesækskræft Tyktarmskræft Crohns sygdom (kronisk tarmbetændelse)
Bugspytkirtel-sukkersyge	Kræft i bugspytkirtlen Udvikling af insulinresistens og sukkersyge Ved sukkersyge: fremskynder udvikling af hjertekarsygdom, øget risiko for nyreskade, amputation og øget dødelighed
Skjoldbruskkirtel	Kræft i skjoldbruskkirtlen Struma og øget volumen af skjoldbruskkirtlen Graves øjensygdom (øjensygdom i forbindelse med struma)
Urinveje	Nyrekræft Blærekræft Stress inkontinens
Kønsorganer og forplantning	Nedsat østrogenproduktion og tidligere overgangsalder Nedsat spermkvalitet Impotens Nedsat frugtbarhed hos kvinder

Organsystem	Helbredsrisiko ved rygning
Lever og galde	Leverkræft Galdeblærekræft
Bevægeapparat	Osteoporose (knogleskørhed) Knoglebrud Discus prolaps og rygsmerter
Hud	Rynker Nedsat sårheling Afstødning af hudtransplantat Psoriasis (især pustuløs)
Øjne	Grå stær Aldersrelateret makuladegeneration (øjensygdom i den centrale del af nethinden)
Immunsystem	Nedsat modstandsdygtighed overfor infektioner
Hjerne	Komplekse interaktioner med skizofreni Højere doser af antipsykotisk medicin Vaskulær demens (demens pga. dårlig blodforsyning til hjernen)
Graviditet	Spontan abort Graviditet udenfor livmoderen Foreliggende moderkage og moderkageløsning For tidlig fødsel (<2500 gr.) Øget dødelighed under og efter fødslen Specifikke misdannelser (især læbe-gane spalte) Vuggedød (pga. passiv rygning)

Appendiks 2.

Hyppige spørgsmål vedrørende rygestopmedicin

Er en rygers tidligere erfaringer med rygestopmedicin relevante?	Tidligere gode erfaringer med én type medicin (længerevarende røgfrihed og ingen/få bivirkninger) betyder, at medicinen formentlig igen vil have god effekt, og er et oplagt valg. Nogle undersøgelser har fundet, at hvis der har været hurtigt tilbagefald med én type medicin vil denne type medicin ikke være effektiv ved næste rygestopforsøg, mens andre undersøgelser har vist det modsatte. Rygerens eget ønske spiller en stor rolle. Så længe der ikke er kontraindikationer mod førstevalgsmedicin, bør klinikerne ikke insistere på at bruge en bestemt type, hvis rygeren har ønske om at prøve noget andet.
Hvordan opnås de højeste rygestoprater?	De højeste rygestoprater opnås ved at kombinere intensiv rygestoprådgivning med rygestopmedicin i den fuldt anbefalede tid. Af medicinsk behandling er de bedste resultater opnået ved behandling med Vareniclin samt ved behandling med flere typer NRT* samtidig (fx højdosisplaster + tyggegummi, højdosisplaster + inhalator eller højdosisplaster + spray). Plasteret 'lægger bund' mens de andre præparater bliver brugt fx om morgenen, før plasteret har effekt, og i højrisikosituationer hvor ex-rygeren har stor rygetrang.
Hvilken medicin bør man vælge til den meget nikotinfhængige ryger?	Den fysisk meget afhængige ryger bør bruge Vareniclin (højeste rygestoprater) eller højdosis NRT eller Bupropion. Lavdosis NRT og brug af udelukkende orale NRT frarådes, da der er stor risiko for underdosering. Det anbefales at kombinere højdosis nikotinplaster med fx højdosis tyggegummi eller spray. Optimering af NRT terapi kan yderligere opnås ved lade rygeren prøve et par forskellige administrationsformer af NRT en uges tid før rygestopdagen. To nikotinplastre kan overvejes til den meget afhængige storryger, der har mange abstinenser.
Kan man kombinere rygestopmedicin?	Ja. NRT kan, og bør kombineres som anført i de to ovenstående svar. Et enkelt studie har vist ikke-signifikant øgede rygestoprater ved brug af Bupropion + nikotinplaster, så det kan ikke anbefales rutinemæssigt.

Hvor længe kan man tage rygestopmedicin?	<p>Det er meget vigtigt at rygestopmedicin bruges i den anbefalede varighed, som minimum. Der ses mange tilbagefald ved seponering af rygestopmedicin før tid.</p> <p>Nogle rygere, der benytter NRT (fx tyggegummi eller spray), har svært ved at komme helt ud af nikotinafhængigheden. Før start med NRT bør man aftale udtrapning efter 8-12 uger. Langvarigt brug ses meget sjældent ved nikotinplaster, hvorfor dette anbefales som basisbehandling.</p> <p>I enkelte situationer kan længerevarende behandling med rygestopmedicin overvejes. Dette gælder for rygere med fortsat stor rygetrang, mange abstinenser, og mange tilbagefald, og især hvis rygeren allerede har rygerelateret sygdom, og røgfrihed er essentiel. Både NRT, Vareniclin og Bupropion er registreret som sikre til behandling i 6 mdr. Evt. helbredsrisiko ved vedvarende brug af nikotintyggegummi i flere år er ukendt, men mangeårigt brug af snus er ikke risikofrit. Der er fx fundet øget risiko for bugspytkirtelkræft. Omvendt må man overveje fordele og ulemper hvis der er stor risiko for tilbagefald.</p>
Hvor vigtig er compliance med rygestopmedicin?	<p>Det er meget vigtigt at rygestopmedicin tages som foreskrevet. Dels pga. risiko for bivirkninger, dels pga. risiko for underdosering. Dette er meget hyppigt ved brug af NRT, og fører ofte til ophør med rygestopmedicin, da ex-rygeren fejlagtigt tror at medicinen ikke har effekt.</p>
Hvornår vælger man 2. valgs rygestopmedicin?	<p>Nortriptylin er 2. valgs rygestopmedicin, og overvejes når rygeren ikke kan benytte sig af 1. valgs rygestopmedicin pga. kontraindikationer eller bivirkninger, eller hvor medicinen har været ineffektiv gentagne gange.</p>
Hvilken type medicin er velegnet til rygeren der er bekymret for vægtøgning efter rygestop?	<p>Undersøgelser viser at Bupropion og højdosis NRT udsætter vægtøgning i den tid rygestopmedicin bruges, men kan ikke forhindre vægtøgning.</p> <p>Rygeren bør informeres om vigtigheden af øget fysisk aktivitet og reduktion i kalorieindtag. Evt. kan kosten gennemgås eller rygeren henvises til diætist eller lignende.</p>
Har rygerens køn betydning for valg af rygestopmedicin?	<p>Nogle, men ikke alle undersøgelser har vist, at NRT har mindre effekt på kvinder. Derfor kan man overveje én af de andre typer medicin.</p> <p>Nogle undersøgelser viser at kvinder har flere abstinenser og større rygetrang hvis de holder op med at ryge sent i menstruationsfasen, luttealfasen.</p>

* *NRT= nikotinpræparater*

Appendiks 3.

Gode steder at få mere viden

Stoplinien: telefonisk rygestoprådgivning: 80 31 31 31,
Rutinerede rådgivere giver rygestoprådgivning i telefonen. Dette er et gratis, nationalt tilbud, som Sundhedsstyrelsen og Københavns Kommune står bag.

Stopliniens internet www.stoplinien.dk

På internetsiden kan man finde gode råd til rygestop, skrive til Stopliniens rådgivere og finde rygestoptilbud i landets forskellige regioner. Der ligger også alle relevante rapporter vedrørende rygning, udgivet af Sundhedsstyrelsen.

Dit Digitale Stopprogram er et internetbaseret rygestopprogram skræddersyet til den enkelte ryger www.ddsp.dk

Programmet er udviklet i et samarbejde mellem Sundhedsstyrelsen, Apotekerforeningen og Kræftens Bekæmpelse.

Stopliniens SMS- service ”Slut med smøger”, ring 80 31 31 31 og bliv tilmeldt. Eller sms til 1204: Røgfri nu + stopdato (beskeder og opmuntringer i forbindelse med rygestop).

Sundhedsstyrelsens hjemmeside: søg på emnet: tobak. www.sst.dk

Her ligger alle relevante rapporter vedrørende rygning, udgivet af Sundhedsstyrelsen. Desuden kan man her bl.a. finde Rygestopguiden (på flere sprog), fakta om tobak, om rygning og helbred og om rygning og rygestop.

Sundheds- og forebyggelsestilbud i kommunerne www.sundhed.dk/soft

Alle kommuner i landet har deres sundheds- og forebyggelsestilbud liggende, herunder tilbud om rygestop

”Kom og Kvit” er et fleksibelt gruppebaseret rygestoptilbud, som rygeren kan deltage i efter tid og behov. Programmet er udviklet af Sund By Netværket, Kræftens Bekæmpelse og Danmarks Apotekerforening. <http://www.komogkvit.dk/>

Online snak om rygning og rygestop for KOL patienter og deres pårørende:
www.snakomkol.dk

Kræftens Bekæmpelses hjemmeside www.cancer.dk, søg under rygning. Her kan du også finde tilbud om **rygestoprådgiverruddannelse**. Der findes både grund- og suppleringskurser til rygestoprådgivere.

Særlig efteruddannelse af rygestopinstruktører: www.rygestopkonsulenterne.dk

Hjemmeside for unge rygere som tilbyder information, råd og sms'er til unge som vil være røgfri www.xhale.dk

Referenceliste

- (1) Pisinger C. 2010 – Opdatering af rapporten 'Rygestop i psykiatrien. Er der evidens nok til at anbefale rygestopaktiviteter?'. Arbejdsgruppen: Rygning i psykiatrien, editor. 2010. København.
Ref Type: Report
- (2) Pisinger C. Rygestop i psykiatrien. Er der evidens nok til at anbefale rygestopaktiviteter? 2006. Netværk af Forebyggende Sygehuse i Danmark.
Ref Type: Report
- (3) Tran K, Asakawa K, Cimon K, Moulton K, Kaunelis D, Pipe A et al. Pharmacologic-based Strategies for Smoking Cessation: Clinica and Cost-effectiveness Analyses. Issue 130. 2010. Ottawa, Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. CADTH Technology Report.
Ref Type: Report
- (4) 2008 Update Panel LaS. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: 2008 update. A U.S. Public Health Service report. *Am J Prev Med* 2008; 35(2):158-176.
- (5) Brief interventions and referral for smoking cessation in primary care and other settings. 2006. London, England, National Institute for Health and Clinical Excellence. NICE Public Health Intervention Guidance 1.
Ref Type: Report
- (6) New Zealand Smoking Cessation Guidelines. 2007. Wellington: Ministry of Health, New Zealand, Ministry of Health.
Ref Type: Report
- (7) Zwar N, Richmond R, Borland R, Stillman S, Cunnigham M, Litt J. Smoking Cessation Guidelines for Australian General Practice. Practice Handbook. 2004 Edition. 2004. Australian Government. Department of Health and Ageing.
Ref Type: Report
- (8) Smoking Cessation Guidelines. How to treat your Patient's Tobacco Addiction. 2000. University of Toronto, Optimal Therapy Initiative. Department of Family and Community Medicine. A Pegasus Healthcare International Publication.
Ref Type: Report
- (9) Smoking cessation services in primary care, pharmacies, local authorities and workplaces, particularly for manual working groups, pregnant women and hard to reach communities. 2008. London, England, National Institute for Health and Clinical Excellence. NICE public health guidance 10.
Ref Type: Report
- (10) Smoking cessation services. Quick reference guide. 2008. London, England, National Institute for Health and Clinical Excellence. NICE public health guidance 10.
Ref Type: Report
- (11) Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al. Treating tobacco use and dependence. Clinical Practice Guideline: 2008 update. 2008. Rockville, MD, U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service.
Ref Type: Report

- (12) Fiore MC, Jaen CR, Baker TB. Treating Tobacco Use and Dependence. Quick Reference Guide for Clinicians. 2008 Update. 2009. Rockville, MD, U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service.
Ref Type: Report
- (13) Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al. Treating tobacco use and dependence: 2008 update U.S. Public Health Service Clinical Practice Guideline executive summary. *Respir Care* 2008; 53(9):1217-1222.
- (14) Forebyggelseskommissionen. Vi kan leve længere og sundere. Forebyggelseskommissionens anbefalinger til en styrket forebyggende indsats. 2009. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.
Ref Type: Report
- (15) Folkesundhedsrapporten. Kjølner M, Juel K, Kamper-Jørgensen F, editors. 2007. København, Danmark, Syddansk Universitet; Statens Institut for Folkesundhed.
Ref Type: Report
- (16) Juel K., Sørensen J., Brønnum-Hansen H. Folkesundhed og risikofaktorer – tal på sundhed til kommunen. Centre for Forebyggelse, editor. 2006. Sundhedsstyrelsen.
Ref Type: Report
- (17) Juel K., Sørensen J., Brønnum-Hansen H. Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark. 2006. København: Statens Institut for Folkesundhed.
Ref Type: Report
- (18) Rasmussen S.R. The total lifetime costs of smoking and smoking cessation [DSI rapport 2006.01.; 2006.
- (19) Glümer C, et al. Sundhedsprofil for Region Hovedstaden – 2010. 2010.
Ref Type: Report
- (20) Fichtenberg CM, Glantz SA. Association of the California Tobacco Control Program with declines in cigarette consumption and mortality from heart disease. *N Engl J Med* 2000; 343(24):1772-1777.
- (21) Barnoya J, Glantz S. Association of the California tobacco control program with declines in lung cancer incidence. *Cancer Causes Control* 2004; 15(7):689-695.
- (22) Glümer C, Hilding-Nørkjær H, Nordahl Jensen H, Jørgensen T, Andreasen AH, Ladelund S. Sundhedsprofil for region og kommuner. 2008. Region Hovedstaden. Koncern Plan & Udvikling, Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed.
Ref Type: Report
- (23) Fagerstrom K, Furberg H. A comparison of the Fagerstrom Test for Nicotine Dependence and smoking prevalence across countries. *Addiction* 2008; 103(5):841-845.
- (24) Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ* 2004; 328(7455):1519.
- (25) The Surgeon General's 1990 Report on The Health Benefits of Smoking Cessation. Executive Summary. *MMWR Recomm Rep* 1990; 39(RR-12):i-12.
- (26) The 2004 United States Surgeon General's Report: The Health Consequences of Smoking. Office on Smoking and Health, editor. 2004. Department of Health and Human Services. Centers for Disease Control and Prevention.
Ref Type: Report
- (27) Pisinger C, Vestbo J, Borch-Johnsen K, Jørgensen T. It is possible to help smokers in early motivational stages to quit. The Inter99 study. *Prev Med* 2005; 40(3):278-284.
- (28) DiClemente CC, Prochaska JO, Fairhurst SK, Velicer WF, Velasquez MM, Rossi JS. The process of smoking cessation: an analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change. *J Consult Clin Psychol* 1991; 59(2):295-304.

- (29) Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol* 1983; 51(3):390-395.
- (30) Kjaer NT, Evald T, Rasmussen M, Juhl HH, Mosbech H, Olsen KR. The effectiveness of nationally implemented smoking interventions in Denmark. *Prev Med* 2007; 45(1):12-14.
- (31) Olsen KR, Bilde L, Juhl HH, Kjaer NT, Mosbech H, Evald T et al. Cost-effectiveness of the Danish smoking cessation interventions: subgroup analysis based on the Danish Smoking Cessation Database. *Eur J Health Econ* 2006; 7(4):255-264.
- (32) Rasmussen JG. Rygestop giver de billigste leveår. Interview med Henrik Hauschildt Juhl, DSI. *Dagens Medicin* 2006 Nov 8.
- (33) Rasmussen S.R. Omkostninger og effekter ved rygeophør efter opkald til STOP-Linien. Reaktiv telefonrådgivning. Revideret udgave. 2009. Dansk Sundhedsinstitut.
Ref Type: Report
- (34) Gunnell D, Irvine D, Wise L, Davies C, Martin RM. Varenicline and suicidal behaviour: a cohort study based on data from the General Practice Research Database. *BMJ* 2009; 339:b3805.
- (35) Pisinger C. Praktiserende lægers implementering af rygeafvænning – med hovedfokus på barrierer mod implementering. Nationalt Center for Rygestop (NCR), editor. 2005. Sundhedsstyrelsen.
Ref Type: Report
- (36) Monitorering af danskernes rygevaner 2000, PLS Consult, dec.2000. Rygevaner undersøgelse for Danmarks Lungeforening, Hjerteforeningen, Kræftens Bekæmpelse og Tobaksskaderådet. 2005.
Ref Type: Report
- (37) Richmond R, Kehoe L, Heather N, Wodak A, Webster I. General practitioners' promotion of healthy life styles: what patients think. *Aust N Z J Public Health* 1996; 20(2):195-200.
- (38) Kviz FJ, Clark MA, Hope H, Davis AM. Patients' perceptions of their physician's role in smoking cessation by age and readiness to stop smoking. *Prev Med* 1997; 26(3):340-349.
- (39) Hansen MB, Juhl HH, Kramhøft K. Rygestopkurser på apoteket. Efterspørger rygerne kurser og kan praktiserende læger rekruttere kursusdeltagere? 2004.09. 2004. København, DSI Institut for Sundhedsvæsen.
Ref Type: Report
- (40) Solberg LI, Boyle RG, Davidson G, Magnan SJ, Carlson CL. Patient satisfaction and discussion of smoking cessation during clinical visits. *Mayo Clin Proc* 2001; 76(2):138-143.
- (41) Janson C. The effect of passive smoking on respiratory health in children and adults. *Int J Tuberc Lung Dis* 2004; 8(5):510-516.
- (42) Peat JK, Keena V, Harakeh Z, Marks G. Parental smoking and respiratory tract infections in children. *Paediatr Respir Rev* 2001; 2(3):207-213.
- (43) Rasmussen SR. Økonomi og sundhedsgevinster i kommunal tobaksforebyggelse. 20-9-2006.
Ref Type: Slide
- (44) Ti skridt til god tobaksforebyggelse – den gode kommunale model. Anbefalinger, strategier og redskaber til kommunernes tobaksforebyggende indsats. Kronborg T., Tværrose P., Falck J., editors. 2006. Sund By Netværket.
Ref Type: Report
- (45) Hughes JR. Nicotine – related disorders. In: Sadock BJ, Sadock VA, editors. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 7 th ed. New York: Lippincott Williams & Wilkins; 1999.

- (46) Colton CW, Manderscheid RW. Congruencies in increased mortality rates, years of potential life lost, and causes of death among public mental health clients in eight states. *Prev Chronic Dis* 2006; 3(2):A42.
- (47) Dalton SO, Mellemejkjaer L, Olsen JH, Mortensen PB, Johansen C. Depression and cancer risk: a register-based study of patients hospitalized with affective disorders, Denmark, 1969-1993. *Am J Epidemiol* 2002; 155(12):1088-1095.
- (48) Prior P, Hassall C, Cross KW. Causes of death associated with psychiatric illness. *J Public Health Med* 1996; 18(4):381-389.
- (49) Brown S, Inskip H, Barraclough B. Causes of the excess mortality of schizophrenia. *Br J Psychiatry* 2000; 177:212-217.
- (50) Chapman S, Ragg M, McGeechan K. Citation bias in reported smoking prevalence in people with schizophrenia. *Aust N Z J Psychiatry* 2009; 43(3):277-282.
- (51) Hughes JR, Hatsukami DK, Mitchell JE, Dahlgren LA. Prevalence of smoking among psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry* 1986; 143(8):993-997.
- (52) Lasser K, Boyd JW, Woolhandler S, Himmelstein DU, McCormick D, Bor DH. Smoking and mental illness: A population-based prevalence study. *JAMA* 2000; 284(20):2606-2610.
- (53) el Guebaly N, Hodgins DC. Schizophrenia and substance abuse: prevalence issues. *Can J Psychiatry* 1992; 37(10):704-710.
- (54) de Leon J, Dadvand M, Canuso C, White AO, Stanilla JK, Simpson GM. Schizophrenia and smoking: an epidemiological survey in a state hospital. *Am J Psychiatry* 1995; 152(3):453-455.
- (55) Itkin O, Nemets B, Einat H. Smoking habits in bipolar and schizophrenic outpatients in southern Israel. *J Clin Psychiatry* 2001; 62(4):269-272.
- (56) George TP, Ziedonis DM, Feingold A, Pepper WT, Satterburg CA, Winkel J et al. Nicotine transdermal patch and atypical antipsychotic medications for smoking cessation in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2000; 157(11):1835-1842.
- (57) Olincy A, Young DA, Freedman R. Increased levels of the nicotine metabolite cotinine in schizophrenic smokers compared to other smokers. *Biol Psychiatry* 1997; 42(1):1-5.
- (58) Lasser K, Boyd JW, Woolhandler S, Himmelstein DU, McCormick D, Bor DH. Smoking and mental illness: A population-based prevalence study. *JAMA* 2000; 284(20):2606-2610.
- (59) Ziedonis DM, Kosten TR, Glazer WM, Frances RJ. Nicotine dependence and schizophrenia. *Hosp Community Psychiatry* 1994; 45(3):204-206.
- (60) Goff DC, Henderson DC, Amico E. Cigarette smoking in schizophrenia: relationship to psychopathology and medication side effects. *Am J Psychiatry* 1992; 149(9):1189-1194.
- (61) Desai HD, Seabolt J, Jann MW. Smoking in patients receiving psychotropic medications: a pharmacokinetic perspective. *CNS Drugs* 2001; 15(6):469-494.
- (62) Glassman AH. Cigarette smoking: implications for psychiatric illness. *Am J Psychiatry* 1993; 150(4):546-553.
- (63) Thomson CC, Rigotti NA. Hospital- and clinic-based smoking cessation interventions for smokers with cardiovascular disease. *Prog Cardiovasc Dis* 2003; 45(6):459-479.
- (64) Neyt M, De LC, Van BH, Franco O, Ramaekers D. Cost-effectiveness of statins in the primary prevention of cardiovascular disease: a systematic review and economic analysis for Belgium. *Acta Cardiol* 2009; 64(1):1-10.
- (65) Chandola T, Head J, Bartley M. Socio-demographic predictors of quitting smoking: how important are household factors? *Addiction* 2004; 99(6):770-777.

- (66) Browning KK, Ferketich AK, Salsberry PJ, Wewers ME. Socioeconomic disparity in provider-delivered assistance to quit smoking. *Nicotine Tob Res* 2008; 10(1):55-61.
- (67) Siahpush M, McNeill A, Borland R, Fong GT. Socioeconomic variations in nicotine dependence, self-efficacy, and intention to quit across four countries: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tob Control* 2006; 15 Suppl 3:iii71-iii75.
- (68) Siahpush M, McNeill A, Hammond D, Fong GT. Socioeconomic and country variations in knowledge of health risks of tobacco smoking and toxic constituents of smoke: results from the 2002 International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tob Control* 2006; 15 Suppl 3:iii65-iii70.
- (69) Honjo K, Tsutsumi A, Kawachi I, Kawakami N. What accounts for the relationship between social class and smoking cessation? Results of a path analysis. *Soc Sci Med* 2006; 62(2):317-328.
- (70) Cummings KM, Hyland A, Ockene JK, Hymowitz N, Manley M. Use of the nicotine skin patch by smokers in 20 communities in the United States, 1992-1993. *Tob Control* 1997; 6 Suppl 2:S63-S70.
- (71) Vangeli E, West R. Sociodemographic differences in triggers to quit smoking: findings from a national survey. *Tob Control* 2008; 17(6):410-415.
- (72) Pisinger C, Aadahl M, Toft U, Jorgensen T. Motives to quit smoking and reasons to relapse differ by socioeconomic status. *Prev Med* 2010.
- (73) Fong GT, Hammond D, Laux FL, Zanna MP, Cummings KM, Borland R et al. The near-universal experience of regret among smokers in four countries: findings from the International Tobacco Control Policy Evaluation Survey. *Nicotine Tob Res* 2004; 6 Suppl 3:S341-S351.
- (74) Christensen B, Pedersen PV. Rygning er deres mindste problem? En undersøgelse til holdninger om socialt udsatte og rygning. 2010. Folkesundhed København. Sundheds- og Omsorgsforvaltningen. Sjællandsgade 40. 2200 København N, Røgfrihed for alle. Sund BY Netværket.
Ref Type: Report
- (75) Singhammer J. Etniske minoriteters sundhed. Partnerskabet for undersøgelse af etniske minoriteters sundhed, editor. 2008. Region Midtjylland, Center for Folkesundhed.
Ref Type: Report
- (76) American Council on Science and Health. Environmental Tobacco smoke: Health risk or health hype? A special report. 1999.
Ref Type: Report
- (77) Passiv rygning – Hvidbog. Clemmensen I H, editor. 16. 2006. 16 health organisations.
Ref Type: Report

www.sst.dk

Sundhedsstyrelsen
Center for Forebyggelse
Islands Brygge 67
2300 København S
Tlf. 7222 7767