



Evaluering af

Projekt Slå Tobakken – livet er takken

Rygestop til socialt udsatte/sårbare borgere og deres nærmeste pårørende i Kolding Kommune henvist fra almen praksis eller Fredericia og Kolding Sygehuse (Sygehus Lillebælt)

- et kvalitetssikringsprojekt med samtykkeerklæring, individuel rygestoprådgivning og betalt rygestopmedicin

Forfattere: Susanne Ollendorf, Kolding Kommune (projektansvarlig)
 Birgitte Buhl Nielsen, Kolding Kommune
 Peter Bo Poulsen, Pfizer Danmark

Dato: 14. maj 2013

Indholdsfortegnelse

1	RESUMÉ	3
2	BAGGRUND	5
3	FORMÅL	6
3.1	PRIMÆRE MÅL	7
3.2	SEKUNDÆRE MÅL	7
4	METODE	7
4.1	PRIMÆRT ENDEPUNKT:	8
4.1.1	<i>Primært endepunkt:</i>	8
4.1.2	<i>Sekundære endepunkter:</i>	8
4.1.3	<i>Succeskriterier</i>	9
4.2	AKTIVITETER I PROJEKTET	9
4.2.1	<i>Inklusion på sygehus eller i almen praksis</i>	9
4.2.2	<i>Proaktiv henvendelse</i>	9
4.2.3	<i>Individuelle rådgivningsforløb</i>	9
4.2.4	<i>Betalt rygestopmedicin</i>	10
4.2.5	<i>Opfølgning på rygestoppet</i>	11
4.3	INKLUSIONS- OG EKSKLUSIONSKRITERIER	12
4.4	SPECIFIKKE OVERVEJELSER OM OPGØRELSE OG MÅLING AF RYGESTOP/RYGEREDUKTION I PROJEKTET	13
4.5	DATAINDSAMLING	14
4.6	INTERNETBASERET SPØRGESKEMA TIL HENVISENDE INTERESSEENTER	15
4.7	STATISTISK ANALYSE	15
5	RESULTATER	16
5.1	INKLUDEREDE BORGERE	16
5.2	RYGEHISTORIK	19
5.3	IGANGSATTE RYGESTOPBEHANDLING	20
5.4	EFFEKTEN AF RYGESTOPINDSATSEN - RYGESTOPRATER	24
5.4.1	<i>Primært endepunkt – Røgfrie deltagere efter endt rådgivningsforløb (ITT)</i>	24
5.4.2	<i>Sekundære endepunkter</i>	25
5.4.2.1	<i>Røgfrihed eller reduceret tobaksforbrug efter endt rådgivningsforløb (Per Protocol)</i>	25
5.4.2.2	<i>Fortsat røgfrie 6 måneder efter rygestopdatoen</i>	26
5.4.2.3	<i>Røgfrie de sidste 14 dage 6 måneder fra rygestopdatoen</i>	27
5.4.3	<i>Sub-analyser</i>	28
5.4.3.1	<i>Røgfrihed i de forskellige grupper af socialt udsatte/sårbare</i>	28
5.4.3.2	<i>Røgfrihed opdelt på typen af rygestopmedicin</i>	29
5.4.3.3	<i>Andre sammenhænge med røgfrihed</i>	33
5.5	ÆNDRINGER I HENVISNINGSMØNSTRET TIL RYGESTOP I KOLDING KOMMUNE	34
5.6	BRUG AF RYGESTOPMEDICIN I DAG	35
5.7	DELTAGERNES TILFREDSHED MED PROJEKT SLÅ TOBAKKEN	36
5.8	DE HENVISENDE SUNDHEDSPROFESSIONELLES OPLEVELSE	36
5.9	ANDRE EKSTERNE SAMARBEJDSPARTNERE	38
5.10	ØKONOMI	38
5.10.1	<i>Driftsøkonomiske konsekvenser</i>	38
5.10.2	<i>Sundhedsøkonomiske konsekvenser</i>	39
6	DISKUSSION	47
7	KONKLUSION	50
	REFERENCER	51

1 Resumé

Baggrund

Rygning er største enkeltstående årsag til sygdom og for tidlig død, og koster årligt samfundet 24 mia. kr. En udgift som delvist falder på kommunerne. Trods det at antallet af rygere er faldende, ses rygningens sociale skævhed forsat ved mange rygere blandt arbejdsløse, kortuddannede, ufaglærte og sværere grupper af socialt udsatte/sårbare. Grupper der ikke i samme grad opsøger de eksisterende kommunale rygestoptilbud. Op imod 60% af rygerne er også nikotinafhængige. Sundhedsstyrelsen anbefaler rådgivning og rygestopmedicin, som det mest effektive, til rygestop af nikotinafhængige rygere. For mange socialt udsatte/sårbare rygere er der dog en økonomisk barriere ved selv at skulle betale for rygestopmedicin. Der er behov for et proaktivt, rummeligt og fleksibelt rygestoptilbud, hvori indgår en kombination af tiltag, til socialt udsatte/sårbare rygere.

Formål

Undersøge effekten af projekt Slå Tobakken på antallet af deltagere og rygestoprate efter hjælp til rygestop til socialt udsatte/sårbare borgere og pårørende i Kolding Kommune. Et tilbud, hvor Fredericia og Kolding Sygehuse (Sygehus Lillebælt) og almen praksis i Kolding Kommune henviser rygere til kommunen, der tager direkte kontakt til rygeren for at lave aftale om forsøg på rygestop med individuel rådgivning og tilbud om betalt rygestopmedicin i op til 3 måneder.

Metode

Deskriptiv, prospektiv longitudinel før-efter undersøgelse. Aktiviteterne i projektet er: henvisning fra sygehus eller almen praksis, hurtig proaktiv henvendelse til rygeren fra kommunen, rygestopforløb med individuel rygestoprådgivning og tilbud om betalt rygestopmedicin. Primære effektmål: *"andelen af deltagere der, efter endt rådgivningsforløb (3 mdr.) er holdt op med at ryge"*. Langtidseffekt opgøres som *"andelen af deltagere der efter 6 måneder er holdt op med at ryge"*. Succeskriterier: forøgelse af kommunens rygestopaktivitet med 50%, 40% røgfrie efter endt rådgivningsforløb og 20% røgfrie efter 6 måneder. 150 socialt udsatte/sårbare rygere (sygedagpengemodtagere, arbejdsløse, ingen/kort uddannelse, enlig, førtidspensionist) eller pårørende forventedes inkluderet gennem et år.

Resultater

Rekruttering

For rekruttering af en svær målgruppe var projekt Slå Tobakken en succes. Totalt blev 301 socialt udsatte/sårbare borgere og deres pårørende inkluderet. Det dobbelte af det forventede antal, hvorfor projekt Slå Tobakken klart var med til at opfylde succeskriteriet om 50% flere henvisninger til rygestop. På landsplan udgjorde rygestopaktiviteten i Kolding Kommune 12% af den samlede nationale kommunale aktivitet i 2012.

Af de 301 inkluderede borgere (172 kvinder og 129 mænd, 49-50 år) i projekt Slå Tobakken var 11% henvist fra sygehuset, 72% fra almen praksis og 17% som pårørende. Borgerne havde i gennemsnit røget i 32 år, var storrygere (26 cigaretter per dag) og meget nikotinafhængige (6,5).

Rygestopbehandlingen

Efter henvisning og proaktiv kontakt fra kommunen havde borgerne i gennemsnit 5,4 møder i kommunen til individuel rygestoprådgivning over 3 måneder. Den individuelle rådgivning blev varetaget af to erfarne rygestoprådgivere fra Kolding Kommune. Med en svær og lidt flygtig gruppe var der en del aflyste møder grundet manglende fremmøde. Hurtig reaktion fra kommunens rådgivere med henblik på at aftale nyt møde sikrede dog fastholdelsen af rygeren. 296 borgere ud af de 301 borgere tog imod tilbudet om betalt rygestopmedicin svarende til anbefalingerne fra

Evaluering: Rygestop til socialt udsatte/sårbare borgere og deres nærmeste pårørende i Kolding Kommune

Sundhedsstyrelsen. 149 borgere valgte nikotinsubstitution (NRT), mens 196 borgere valgte den receptpligtige rygestopmedicin vareniclin (Champix) efter recept udskrevet fra egen læge. Tre borgere valgte den receptpligtige rygestopmedicin bupropion (Zyban).

Succes med rygestop

Efter endt rådgivningsforløb var 137 af de 301 borgere (46%, ITT) holdt op med at ryge – succeskriteriet var 40%. Yderligere 88 borgere (29%) havde reduceret deres tobaksforbrug. Efter 6 måneder fra rygestopdatoen var der 83 borgere (28%, ITT) – succeskriteriet var 20%. Ses der kun på de borgere det lykkedes at få kontakt til efter 6 måneder steg rygestopraten til 39%. Af dem, det ikke lykkedes at holde op, ønskede 65% dog at prøve igen.

Opdelt på de forskellige typer af rygestopmedicin var 51% af dem, der havde fået vareniclin, røgfrie efter endt rådgivningsforløb, mens 32% var det efter 6 måneder. Af dem der havde fået NRT var 40% røgfrie efter endt rådgivningsforløb og 22% var det efter 6 måneder.

Samarbejdsparterne

I et allerede etableret tværsektorielt samarbejde har projekt Slå Tobakken har haft et godt samarbejde med de henvisende praktiserende læger og Fredericia og Kolding Sygehuse (Sygehus Lillebælt). Projektet har været synligt fra start af med to erfarne og kendte rygestoprådgivere, såvel som elektronisk henvisningsmulighed også har lettet samarbejdet. Både almen praksis og sygehus har generelt været meget positive over for projektet. Alle tre elementer i projektet (proaktiv kontakt, individuel rådgivning og mulighed for betalt rygestopmedicin) vurderes af sygehus og almen praksis at have haft stor betydning for de henvistes ønske om at holde op med at ryge. Projektet har samtidig hjulpet dem med at tilbyde hjælp til rygestop for socialt udsatte/sårbare borgere.

Økonomi

Rygestop i projekt Slå Tobakken har kostet i størrelsesordenen 2.852 kr. per deltager. Omvendt forventes der som følge af færre rygerelaterede sygdomme allerede efter 2 år kommunale besparelser svarende til projektets udgift. En kommunal besparelse der vil øges over tid.

Konklusion

Projekt Slå Tobakken har været en succes. Dette både set i forhold til den store rekruttering af socialt udsatte/sårbare borgere, og de forholdsvis høje rygestoprater, der er opnået i projektet efter endt rådgivningsforløb (46%) og efter 6 måneder fra rygestopdatoen (28%). Rygestoprater der er en anelse højere end landsgennemsnittet for alle rygestopforsøg (ikke kun sårbare/udsatte borgere) i Danmark rapporteret ind til Rygestopbasen fra 2006 til januar 2011.

Succesen skyldes, at der har været en samlet, rummelig og fleksibel rygestoppakke til de socialt udsatte/sårbare borgere med elektronisk henvisning fra egen læge/sygehus, hurtig kommunal kontakt til borgeren, og et optimeret rygestopforløb rettet mod målgruppen med individuel rådgivning og tilbud om betalt rygestopmedicin til en gruppe, hvor der kan være økonomiske barrierer. Valg af kombinationsbehandling svarer til Sundhedsstyrelsens anbefaling (2011) for nikotinafhængige rygere. Det gode tværsektorielle samarbejde mellem kommune, almen praksis og sygehus, samt to erfarne kommunale rygestoprådgivere er yderligere faktorer, der forklarer projektets succes.

Kolding Kommune valgte efter endt projektforsøg at fortsætte rygestoptilbudet som et fast tilbud i kommunen til sygedagpengemodtagere, arbejdsløse (>3 måneder), kontanthjælpsmodtagere, flexjobbere, førtidspensionister, og gravide.

2 Baggrund

Af KRAM-faktorerne er rygning den største enkeltstående årsag til sygdom og for tidlig død. Halvdelen af rygerne får en rygerelateret sygdom, der årligt koster sundhedsvæsenet 3,4 mia. kr., medfører 2,8 mio. fraværdsdage og 4900 førtidspensionerede til en årlig udgift på 20 mia. kr. (1). For kommune og region, der er ansvarlige for finansiering af syge borgers behandling og rehabilitering, har rygning en afsmittende økonomisk effekt på budgetterne.

Frekvensen af daglig rygere har gennem en årrække vist en faldende tendens i Danmark. I perioden 2006 til 2012 har faldet i antallet af daglig rygere ligget på ½-1 %-point per år, på nær mellem 2010 og 2011, hvor antallet af daglig rygere faldt 2 %-point (2-9). For alle rygere (daglig og lejlighedsrygere) har faldet været fra 27,7% (2006) til 22,3% (2012). Faldet i antal rygere synes således stagnerende, svarende til faldet i andre lande som f.eks. Norge. Omkring 30% af de ufaglærte, arbejdsløse eller kortuddannede rygere – ofte som storrygere (> 15 cigaretter/dag), hvilket betegner rygningens sociale skævhed (9). Trods en intensiveret kommunal indsats opsøger ufaglærte, arbejdsløse og kortuddannede ikke de kommunale rygestoptilbud i dag i samme grad som andre grupper. En nylig undersøgelse af baseret på den nationale Rygestopbase (10), såvel som en tidligere undersøgelse fra Århus Amt fra 2005 bekræfter dette (11). En undersøgelse fra Sundhedsstyrelsen viser ligeledes, at kortuddannede rygere ikke opfatter øget sundhed som en dominerende motivationsfaktor for rygestop (12). Endelig har antallet af deltagere på de kommunale rygestopkurser været stagnerende de senere år (13). Forventningen er derfor, at rygestoptilbud må være proaktive, differentierede i forhold til forskellige målgrupper og bestå af komplementerende tiltag, der er lokalt forankret.

En mulig forklaring på det stagnerende fald i rygeprævalens er, at der blandt de tilbageværende rygere er en voksende andel af nikotinafhængige rygere (60% af danske rygere er tobaksafhængige, jf. Sundhedsstyrelsen (14)), storrygere, såvel som den sociale graduering spiller ind. Rygeandelen i de lavere socialklasser, defineret ud fra uddannelsesniveau og beskæftigelsessituation, er ikke faldet på samme måde som de højere socialklasser. Blandt grupper af meget socialt udsatte er det helt op imod 87%, der fortsat ryger dagligt (15).

Der kan således stilles spørgsmålstejn ved, om eksisterende rygestoptilbud og tobaksreguleringspolitikker, f.eks. skatter og afgifter, er tilstrækkelige til at nå gruppen af rygere i de lavere sociale klasser, og ikke mindst den andel, som må anses for at være socialt udsatte/sårbare. Sundhedsstyrelsens anbefaling fra 2011 vedrørende behandling af tobaksafhængighed anbefaler da også som nyere rygestop-guidelines fra USA, Australien, England og Norge kombinationen af rådgivning og rygestopmedicin som det mest effektive (14, 16-19). Tidligere har Pisinger og Jørgensen (2005) også anbefalet kombinationsbehandling med flere af de eksisterende muligheder for at flest mulige rygere kan blive røgfri (20). Tilstedeværelsen af nikotinafhængighed blandt rygere tilsiger tillige rådgivning om medicinske hjælpemidler og behandling med disse sammen med rådgivningen (21).

Der er en økonomisk barriere for nikotinafhængige og/eller socialt udsatte/sårbare rygere at deltage i rygestopkurser og betale for rygestopmedicin. Samtidig er en større andel af de tilbageværende rygere at finde i gruppen af socialt udsatte/sårbare grupper. Mellem 21-27% af respondenterne i rygevaneundersøgelserne i 2011 og 2012 angav, at de ønskede rygestopmedicin som hjælp til at holde op med at ryge (8-9). I rygevaneundersøgelsen fra marts 2010 var næst efter *"egen alvorlig sygdom"* og *"lægeråd om at holde op"*, *"muligheden for gratis rygestopmedicin"* en vigtig grund for en fjerdedel af rygerne til at gå i gang med rygestop (6). Dette er især udtalt blandt rygere med grundskole eller erhvervsuddannelse svarende til den sociale skævhed blandt rygere. Cochrane reviews har ligeledes vist, at tilskud til rygestopmedicin øger compliance (hvor mange der starter og hvor mange der fuldfører en rygestopbehandling) (22-24).

Mange kommuner har i dag alene et tilbud om gratis gruppebaserede rygestopkurser, mens der ikke er ressourcer til individuelle rådgivningsforløb. Dette til trods for, at individuelle forløb i højere grad er relevante for den stigende gruppe af socialt svage og sårbare rygere. Forventningen må således være, at der med individuelt fokuseret rådgivning sammen med betalt rygestopmedicin, jf. Sundhedsstyrelsens anbefalinger vedrørende behandling af tobaksafhængige rygere (14), opnås en højere stoprate blandt de socialt sårbare/udsatte rygere.

I dag tilbyder sygehusene ikke rygestopforløb for indlagte/ambulante rygende patienter, idet dette ses som en opgave for kommunen eller borgerens egen læge. Henvisninger fra sygehus og almen praksis til rygestoptilbud i kommunen sker typisk reaktivt, dvs. hvor den rygende borger selv skal tage kontakt og opsøge kommunen. For gruppen af socialt sårbare og/eller udsatte rygere er der ofte manglende samspil mellem sektorerne og aktørerne i sundhedsvæsenet (shared care). Samtidig er den manglende proaktive kontakt fra kommunen et generelt problem og en udfordring for at påbegynde rygestop. Konsekvensen er, at den socialt sårbare/udsatte, der mange gange også er nikotinafhængig, ikke får påbegyndt forsøg på rygestop, og at motivationen tillige falder så snart vedkommende er kommet hjem fra sygehus eller egen læge.

Set i dette lys er projektets tredje element og tiltag derfor, at borgeren – der er hos egen læge eller udskrives fra sygehuset, og som ønsker rygestop – giver kommunen lov til proaktivt at kontakte vedkommende for planlægning og igangsættelse af rygestop. Dette gøres formelt ved, at der udfyldes en rygestop-samtykkeerklæring på sygehuset eller hos egen læge, som borgeren underskriver før den sendes til kommunen. Kommunen tager efterfølgende proaktivt kontakt til de rygere, der har givet deres samtykke, med henblik på deltagelse i projektet og forsøg på rygestop.

Nærværende projekts nytænkning ligger således i en multi-facetteret tilgang med henvisning og samordning af relevante og eksisterende tiltag til en svær målgruppe som de socialt udsatte eller socialt sårbare rygere. Dette inkluderer korrespondance mellem myndigheder (shared care) i form af samtykkeerklæring, proaktiv henvendelse og opfordring fra kommunens side til deltagerne, betalt rygestopmedicin til en typisk økonomisk trængt og nikotinafhængig gruppe (stor-) rygere, samt fleksible og hyppige individuelle rådgivningsforløb, der målrettes den enkeltes behov. En multi-facetteret tilgang der ikke eksisterer i dag.

På det organisatoriske plan skal projektet i et shared care perspektiv koble de forskellige aktører i sundhedsvæsenet som møder den socialt udsatte eller sårbare ryger omkring et fokus på at sikre størst mulighed for hjælp til rygestop, som er lige så ønsket i gruppen af socialt udsatte/sårbare.

For den enkelte ryger i målgruppen af socialt udsatte/sårbare skulle denne indsats gerne hjælpe vedkommende til det ønskede forsøg på rygestop og dermed bedre helbred, der måske i sidste ende kan være med til at sikre fastholdelse/tilbagevenden til arbejdsmarkedet.

3 Formål

Formålet med nærværende kvalitetssikringsprojekt har været ud fra daglig praksis at undersøge og evaluere, hvad en målrettet sundhedsfremmeindsats mod rygning, med henvisning til og samordning af relevante tiltag og tilbud, betyder for en gruppe af socialt udsatte/sårbare borgere og deres nærmeste pårørende i Kolding Kommune. De tiltag og tilbud, der samordnet indgår i projektet er rygestop-samtykkeerklæring med proaktiv kontakt, individuel rygestoprådgivning og tilbud om betalt rygestopmedicin. Målgruppen er henvist fra egen læge eller udskrevet/henvist fra de medicinske afdelinger/ambulatorier på Fredericia og Kolding Sygehuse (Sygehus Lillebælt).

Projektets formål falder inden for det prioriterede tema 1 i SATS-puljen "*Styrket indsats for socialt udsatte og sårbare grupper*", der fokuserer på "sundhedsfremmeindsatser målrettet borgere med risiko for svækkelse af deres tilknytning til arbejdsmarkedet", og som kan afgrænses til indsatser som omfatter et afgrænset tilbud, som f.eks. medicinsk rygestop.

3.1 Primære mål

Det primære mål har været at hjælpe socialt udsatte og socialt sårbare borgere i Kolding Kommune i deres bestræbelser og forsøg på succesfuldt rygestop.

3.2 Sekundære mål

Ud over det primære mål har der været tre sekundære mål, som støtter op om og leder frem til det primære mål, nemlig:

- Afprøve og evaluere en proaktiv strategi med direkte opfølgning på de socialt udsatte og sårbare, hvor de kontaktes per telefon af kommunen – efter udskrivelse fra sygehus eller henvisning fra egen læge, og de så at sige tages i hånden fra det tidspunkt, de har givet samtykke til rygestop.
- Afprøve og evaluere betydningen af individuel rådgivning i forhold til den socialt udsatte og/eller sårbare ryger, der er fleksibelt og behovsorienteret.
- Afprøve og evaluere betydningen af betalt rygestopmedicin på gruppen af socialt udsatte og sårbare, som ikke kan forventes at have økonomiske midler og/eller overblik og incitament til selv at betale for rygestopmedicinen, blandt andet fordi en større andel af rygerne i denne gruppe må anses for at være nikotinafhængige.

Projektet vil således samlet afprøve og evaluere de tre metoder til at hjælpe den sværere gruppe af socialt udsatte og socialt sårbare med at holde op med at ryge.

Endelig forventes projektet at sikre en højere grad af sammenhæng mellem sektorerne omkring rådgivning af udsatte/sårbare rygere og bibringe information om mulige sidegevinster, der ikke er direkte kvantificerbare, men som vil bibringe værdifuld information og beskrivelse om det flow og set-up, der er nødvendigt for at opnå de givne resultater. En information og beskrivelse som er vigtig og værdifuld for andre kommuner og institutioner i øvrigt, der står over for lignende problemstillinger.

4 Metode

Evaluering defineres som "en systematisk retrospektiv vurdering af organisering, gennemførelse, præstationer og udfald af offentlig politik, som tiltænkes at spille en rolle i praktiske handlingssituationer" (25). Suppleret hermed opfatter Øvretveit (26) evaluering som "en måde at vurdere værdien af noget ved at indsamle valid information om det på en systematisk måde og ved at foretage sammenligning". Herved forstås, at der foregår en systematisk indsamling af information og data i et projekt, og at indsatsen der evalueres bliver sammenlignet med tilsvarende indsatser. Der er altså tale om en komparativ evaluering. Af flere forskellige typer har denne evaluering tillige karakter af en effektevaluering med fokus på effekterne af det projekt, der

undersøges, såvel som i mindre grad en procesevaluering med fokus på de processer, relationer og sammenhænge der er undersøgt.

Nærværende projekt Slå Tobakken blev designet som en deskriptiv, prospektiv longitudinel før-efter undersøgelse, hvor effekten af rygestop (og rygereduktion) er opgjort som *"%-andelen der er holdt op med at ryge"* (eller har reduceret deres forbrug), hvilket er sket ved sammenligning af antallet af rygere ved projektstart og det tilsvarende antal (fortsatte) rygere efter en passende observationsperiode (efter endt rådgivningsforløb og efter 6 måneder fra start på rygestopforløb). De enkelte deltagere har således fungeret i dette quasiekperimentelle før-efter-design, som deres egen kontrol i undersøgelsen (quasi-kontrolgruppe).

Det er den typiske måde som projekter vedrørende rygestop gennemføres og evalueres på, såvel som at den 6 måneders opfølgning per telefon (selvrapporteret rygestop) er standard i dag i Danmark. Rygestopbasens evaluering af indsatserne i de forskellige tilmeldte kommuner er et eksempel herpå. En kontrolgruppe, der ikke tilbydes de samordnede tiltag (rygestop-samtykkeerklæring, proaktiv individuel rådgivning og tilbud om betalt rygestopmedicin) endsiges et randomiseret design med tilfældig inddeling i interventions- og kontrolgrupper, er fravalgt, da det vurderes som værende uetisk over for en målgruppe af socialt udsatte/sårbare og deres nærmeste pårørende, såvel som at det vil være uetisk at tilbyde nogen betaling for rygestopmedicin, mens andre ikke fik det. Det ville tillige afvige fra projektets udgangspunkt i daglig praksis (kvalitetssikring).

Ud over før-efter sammenligningen baseret på den enkelte deltager som sin egen kontrol, er projektets resultater endvidere sammenlignet og perspektiveret med eksisterende evidens i litteraturen om rygestop i forhold til socialt udsatte og sårbare grupper, herunder lignende tilgængelige resultater fra f.eks. Rygestopbasen.

4.1 Primært endepunkt:

4.1.1 Primært endepunkt:

- Andelen af deltagere der efter endt rådgivningsforløb (defineret ved sidste konsultation) er holdt op med at ryge (rygestoprate 1, Intention-to-treat (ITT) beregning)

4.1.2 Sekundære endepunkter:

- Andelen af deltagere der efter endt rådgivningsforløb (defineret ved sidste konsultation) er holdt op med at ryge (rygestoprate 1, Per Protocol (PP) beregning)
- Andelen af deltagere der 6 måneder fra starten på rygestopforløbet er holdt op med at ryge (rygestoprate 2, ITT-beregning)
- Andelen af deltagere der 6 måneder fra starten på rygestopforløbet (defineret som start på rådgivning) er holdt op med at ryge (rygestoprate 2, PP-beregning)
- Andelen af deltagere der efter endt rådgivningsforløb (defineret ved sidste konsultation) har reduceret deres tobaksforbrug (men ryger fortsat) (rygereduktionsrate 1, ITT-beregning)
- Andelen af deltagere der efter endt rådgivningsforløb (defineret ved sidste konsultation) har reduceret deres tobaksforbrug (men ryger fortsat) (rygereduktionsrate 1, PP-beregning)
- Andelen af henvisninger til kommunens rygestopaktivitet i projektperioden set i forhold til tidligere års aktivitet

4.1.3 Succeskriterier

Der blev forventet følgende succeskriterier af indsatsen i kvalitetssikringsprojektet:

- At antallet af henvisninger til kommunens rygestopaktivitet øges med 50% via samtykkeerklæringerne – målt ud fra tidligere års aktivitet¹
- At 25% af de socialt udsatte og socialt sårbare rygere på sygehuset og i almen praksis siger ja til tilbud om rygestop.
- At 40% efter endt rygestoptilbud og at mindst 20% efter 6 måneder er røgfri
- At 20% efter endt rygestoptilbud har reduceret deres tobaksforbrug
- At der kan ses en indikation af effekt af, at pårørende rygere også deltager i rygestopforløbet – sammenlignet med deltagere, hvor det ikke er tilfældet.

4.2 Aktiviteter i projektet

Overordnet har rygestoptilbudet i projekt Slå Tobakken bestået af følgende aktiviteter:

4.2.1 Inklusion på sygehus eller i almen praksis

Borgere, som falder ind under projektets inklusionskriterier (se afsnit 4.3) og som indvilger i at deltage (informeret samtykke) blev af sygehusafdelingerne/ambulatorierne eller almen praksis tilbudt at indgå i projektet. For disse patienter udarbejdedes en samtykkeerklæring på ønsket rygestopforløb, som underskrives af patienten. Samtykkeerklæringen for ønsket om rygestop blev sendt elektronisk til Kolding Kommune fra egen læge eller sygehus for hurtig kontakt til borgeren. For sygehuspatienter fik egen læge tillige besked om den ønskede igangsættelse af rygestopforløb via den udsendte epikrise.

4.2.2 Proaktiv henvendelse

Borgeren og eventuelle pårørende blev efterfølgende kontaktet telefonisk inden for en uge efter modtagelse af henvisning fra medicinsk afdeling, Fredericia og Kolding Sygehus (Sygehus Lillebælt) eller fra egen læge på baggrund af samtykkeerklæringen for at aftale opstart af rygestopforløb, der blev afsendt elektronisk fra sygehuset eller egen læge. Kommunen aftalte og planlagde i forbindelse med den første kontakt i fællesskab med borgeren tidspunkt for første rygestop rådgivningskonsultation/samtale i kommunen. Samtykkeerklæringen og den proaktive tilgang var her vigtige og afgørende elementer, der gjorde en hurtig opfølgning fra kommunens side mulig, mens borgeren forsat var motiveret for rygestop.

Ved evt. udeblivelse fra senere konsultationer tog kommunen ligeledes telefonisk kontakt til borgeren og tilskyndede vedkommende til at lave en ny mødeaftale, jf. den proaktive tilgang.

4.2.3 Individuelle rådgivningsforløb

Alle rygestopkonsultationer og samtaler blev planlagt af hensyn til målgruppen socialt udsatte/socialt sårbare borgere gennemført som individuelle rådgivningsforløb for at sikre størst mulig effekt og mindst mulig frafald. De individuelle rådgivningsforløb fulgte anerkendt teori og praksis om rygeafvænning og rådgivning af socialt udsatte og socialt sårbare med god og

¹ Samtykkeerklæringer var ikke anvendt i Kolding Kommune før igangsættelsen af projekt Slå Tobakken. Forventningen var, at det ville medføre en stigning på 50% i antallet af borgere der gennemgår rygestopforsøg i kommunen.

motiverende dialog, hvorfor der i projektet var fokus på at sikre tiden til den enkelte, såvel som at antallet og hyppigheden af konsultationerne skulle afhænge af den enkelte. Det konkrete antal af konsultationer for de enkelte borgere afhang af deres behov og ønsker, som vurderedes indledningsvist og løbende. Det var dog forventningen, at 3-5 samtaler over de 3 første måneder ville være det typiske for den enkelte borger.

Ved den første indledende samtale, hvor det videre forløb planlægges, blev der afsat op til en time per borger (og evt. pårørende). Derefter aftaltes opfølgningstider med udgangspunkt i størst mulig fleksibilitet. Her blev det afsat op til en halv time til hver opfølgende samtale og 15 minutter til eventuelle telefonkonsultationer. Det blev tilstræbt at skabe kontinuitet, således at det var samme rygestoprådgiver, som varetog hele forløbet med den pågældende borger. Desuden ville samtalerne fysisk set foregå i de samme og velindrettede lokaler, som var tilgængeligt for alle typer klienter, og var placeret centralt i byen med adgang til offentlige transportmidler.

Den første samtale omhandlede borgerens rygehistorie, erfaringer fra tidligere rygestop, ressourcer og barrierer, motivation, ambivalens, parathed og beslutning. Der blev ligeledes gennemført Fagerstrøm-test for nikotinafhængighed af borgeren ved denne første samtale. De efterfølgende samtalers formål var primært at støtte borgeren i at fastholde de nye ændringer af rygevaner og ved hver samtale afklare mulige problemstillinger.

Der blev i forbindelse med samtalerne tilbudt relevante selvhjælpsmaterialer, som kunne understøtte rygeafvænningsforløbet. Borgeren blev desuden ved den første samtale i kommunen (og evt. ved senere møder) grundigt informeret om de forskellige typer af rygestopmedicin (nikotinsubstitutionshjälpemidler, bupropion (Zyban) og vareniclin (Champix)) og blev tilbudt at få et af disse præparater betalt for en behandlingsperiode på op til tre måneder. For det tilfælde der var tale om et receptpligtigt lægemiddel blev borgeren henvist til egen læge for at få en recept herpå.

Ved hver konsultation blev der udfyldt samtalskemaer på alle klienter, som blev registreret elektronisk, såvel som at data blev indtastet i Rygestopbasen.

Muligheden for, at ægtefælle, samlever, børn, etc. som nærmeste pårørende, der ryger, kunne deltage i projektet forventedes at styrke fastholdelsen af den enkelte i rygestoppet og i det hele taget stimulere interessen og succesraten for rygestop. Nærmeste pårørende skulle ikke opfylde kriterierne for sårbare/udsatte borgere.

4.2.4 Betalt rygestopmedicin

Et delformål med projektet var, jf. SATS-puljens Tema 1, at afprøve betalt rygestopmedicin til de socialt udsatte/sårbare. I projektet var rygestopmedicin defineret som nikotinsubstitutionshjälpemidler (NRT), bupropion (Zyban) og vareniclin (Champix). De to sidste udleveres på recept.

I forhold til at bruge rygestopmedicin, såvel som de forskellige typer af rygestopmedicin, blev den enkelte borger i projektet grundigt orienteret ved den første rygestopsamtale i Kolding Kommune om muligheder for og nytten af at kombinere med rygestopmedicin for opnåelse af succes med rygestoppet. Den gennemførte Fagerstrøm-test for alle borgere guidede tillige i forhold til graden af nikotinafhængighed hos den enkelte deltager og illustrerede nytten af rygestopmedicin. Nikotinafhængige rygere blev på det kraftigste opfordret til at få rygestopmedicin sammen med individuel rådgivning for at øge chancen for rygestop mest muligt, jf. Sundhedsstyrelsens anbefaling fra 2011 (14).

Der blev som led i projektet tilbudt betalt rygestopmedicin til tre måneder til alle deltagere. Kommunens rygestoprådgiver aftalte med den enkelte borger, hvad der var bedste løsning for vedkommende. Det var dog i sidste ende den enkelte ryger, der på baggrund af den grundige rådgivning ud fra Fagerstrøm testen, etc., bestemte om vedkommende ville have rygestopmedicin, såvel som hvilken type rygestopmedicin. Det blev løbende ved de individuelle rådgivningssamtaler diskuteret, hvordan det gik med at tage rygestopmedicin, således at behandlingscompliance blev sikret med henblik på at opnå størst mulig effekt. Var der utilfredshed med et valgt produkt eller gik det ikke godt med at bruge det, var der mulighed for at skifte rygestopmedicin i forbindelse med de første samtaler. Det oprindelige valg skulle dog så vidt muligt understøttes og forsvares.

Nikotinsubstitutionshjælpemidler (NRT) administreredes af rygestoprådgiveren i samarbejde med Kolding Løve Apotek, som der var indgået aftale med i projektet. Deltagere, der valgte NRT, fik i forbindelse med samtalerne i kommunen udleveret NRT svarende til gældende produktvejledning. Fastholdelsen i rygestopforløbet blev sikret, foruden de hyppige individuelle samtaler, ved, at NRT kun blev udleveret for kortere perioder ad gangen (et par uger), således at borgeren også herved blev fastholdt som betingelse for at få næste portion NRT.

Ved borgerens valg af bupropion (Zyban) eller vareniclin (Champix) som rygestopmedicin blev borgeren bedt om at kontakte egen læge for at få en recept på pågældende lægemiddel efter aftale med lægen. Når borgeren havde fået denne recept udstedtes en dokumentation fra Kolding Kommune på berettigelse til betalt rygestopmedicin som led i projekt Slå Tobakken. Denne dokumentation afleverede borgeren efterfølgende på apoteket sammen med recepten fra egen læge, og rygestopmedicinen kunne afhentes vederlagsfrit. Denne procedure blev indført i projektet for at sikre personalet på apoteket og i kommunen, at borgeren var inkluderet i projekt Slå Tobakken og var påbegyndt et individuelt rådgivningsforløb. Herved forhindredes omvendt, at der alene blev hentet gratis rygestopmedicin på apoteket uden, at man var deltager i projektet. Et problem der oplevedes i begyndelsen af projektet. For borgere, der valgte og fik recept på bupropion eller vareniclin forventedes der at være 1-2 opfølgende besøg hos egen læge.

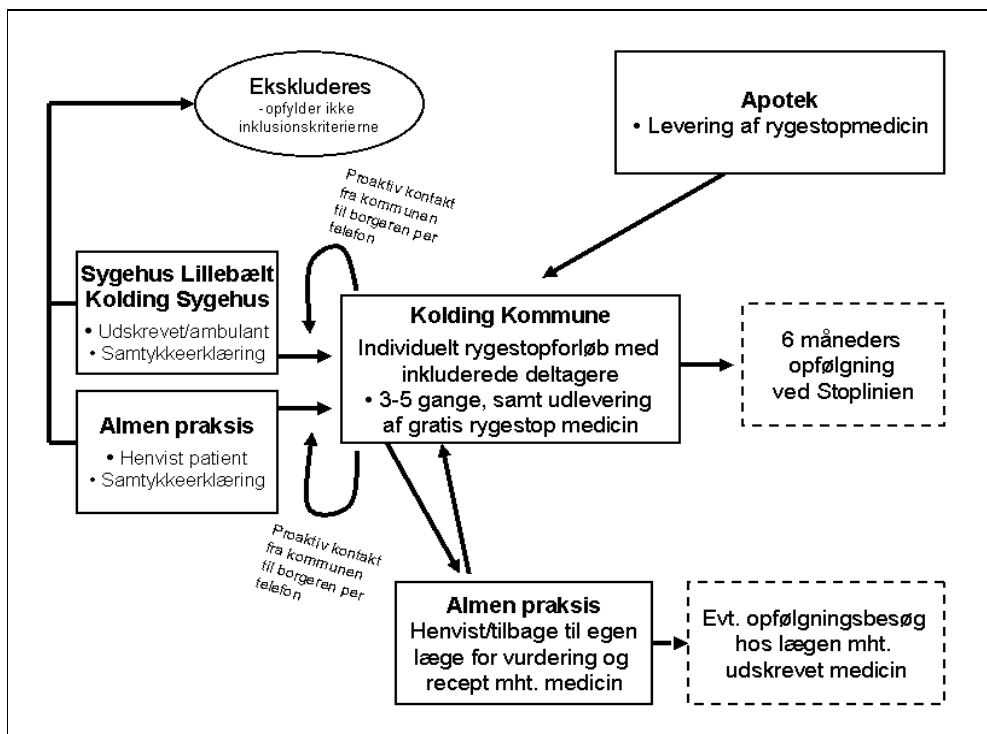
4.2.5 Opfølgning på rygestoppet

Alle inkluderede borgere blev kontaktet telefonisk 6 måneder efter deres fastsatte rygestopdato med henblik på at afdække, om de stadig var holdt op med at ryge. I praksis var det Stoplinien, som sædvanligt i Rygestopbasen, der varetog disse telefonopkald. Stoplinien gentog ved manglende kontakt telefonopkaldene op til fire gange (med et opkald om aftenen) for at øge chancen for at opnå kontakt.

Desuden fulgte kommunen op i forhold til egen læge i form af et ambulant elektronisk notat, når borgeren var afsluttet i kommunen. Dette for at informere egen læge om, hvad der var sket med borgeren efter endt rådgivningsforløb.

Det samlede projektforsløb er illustreret neden for i figur 1.

Figur 1. Projektets forløb



4.3 Inklusions- og eksklusionskriterier

Målet i projekt Slå Tobakken har været, at der gennem et år inkluderedes minimum 150 borgere (udskrevne/ambulante patienter fra sygehus, henvist fra almen praksis, og evt. pårørende), der ryger, men ønsker rygestop. De 150 var baseret på en forventning om 6-8 patienter (indlagte/ambulante) per måned fra de medicinske afdelinger på Fredericia og Kolding Sygehuse (Sygehus Lillebælt), samt 2-4 patienter per måned, der var rekrutteret via henvisning fra almen praksis. Over 12 måneder betød, at omkring 120 borgere skulle takke ja til tilbudet om at deltage i projektet – ca. 84 fra sygehuset og ca. 36 fra almen praksis. Tillige blev det antaget, at 25% af de borgere havde en pårørende, der ryger, og som ønskede at deltage i projektet på baggrund af invitation. Derved fremkom et samlet deltagerantal på 150.

De 120 borgere, som henvises til projektet fra sygehus eller almen praksis, skulle være socialt udsatte/sårbare efter gældende definition.

Socialt udsatte/socialt sårbare defineredes i projektet som (hvor mindst én af fem kategorier karakteriserer borgeren):

- Sygedagpengemodtager
- Arbejdsløs i mere end 3 måneder
- Ingen uddannelse eller kort uddannelse
- Enlig
- Førtidspensionist

Evaluerings: Rygestop til socialt udsatte/sårbare borgere og deres nærmeste pårørende i Kolding Kommune

Dertil kom de forventede 30 borgere, som inkluderedes i deres egenskab af at være pårørende. For disse skulle der ikke nødvendigvis samtidig gælde, at de var socialt udsatte/sårbare.

Med baggrund i definitionen af socialt udsatte/sårbare gjaldt følgende inklusionskriterier (alle skal være opfyldt) for inklusion af borgeren i projektet og dermed evalueringen:

- Ryger
- Socialt udsat/socialt sårbar efter ovenstående definition
- Bopæl i Kolding Kommune
- Patient til konsultation hos egen læge eller indlagt/ambulant besøg på de medicinske afdelinger Fredericia og Kolding Sygehus (Sygehus Lillebælt) (Kolding Kommunes optageområde), og/eller pårørende
- Ønsker rygestop og har givet samtykke om at deltage i projektet
- Overvejer positivt rygestopmedicin i forbindelse med rygestoppet
- Forstår og taler dansk

Alternativt er vedkommende i stedet inkluderet i projektet som pårørende til henvist deltager.

Omvendt hvis borgeren opfyldte ét eller flere af nedenstående eksklusionskriterier, kunne vedkommende ikke inkluderes i projektet:

- Ikke socialt udsatte/socialt sårbar i henhold til definitionen herpå
- Bor ikke i Kolding Kommune
- Ønsker ikke rygestop og/eller har ikke positivt overvejet rygestopmedicin ifm. rygestoppet
- Forstår ikke dansk

Perioden for inklusion af borgere (og pårørende) i projektet gik fra den 16. maj 2011 til den 15. maj 2012.

Det blev registreret om deltagerne var rekrutteret fra sygehus eller almen praksis, såvel som om der var tale om en henvist borger eller en pårørende.

4.4 Specifikke overvejelser om opgørelse og måling af rygestop/rygereduktion i projektet

Rygestoprater og rater for reduktion i rygning kan overordnet set evalueres ved brug af to metoder. I Intention-To-Treat metoden (ITT) medregnes alle projektdeltagere i effektopgørelsen og deltagere som dropper ud eller som man ikke kan opnå kontakt til ved tidspunktet for effektopgørelse, f.eks. efter 6 måneder, vil blive regnet som fortsatte rygere. I Per Protocol metoden (PP) ses der i opgørelsen af rygestopraten bort fra de deltagere der falder fra undervejs i studiet eller som man ikke kan få fat i ved follow-up tidspunktet (27).

ITT-metoden er den mest konservative metode. Det er samtidig den metode, der generelt i klinisk forskning og studier advokeres for, og som er ved at finde generel indpas på rygestopområdet internationalt, men også i Danmark. West et al. har med The Russell Standards argumenteret for, at det er ITT-metoden, man skal anvende i forbindelse med randomiserede kliniske studier af rygestop (28). Det samme gør The National Public Health Service for Wales og The National Health Service Scotland ved evaluering af effekten på rygestop services (29-30). The North American Quitline Consortium argumenterer ligeledes for, at man både skal opføre rygestoprater

efter ITT-metoden, men også inkludere rygestoprater opgjort efter PP-metoden, da sandheden omkring rygestop formentlig vil ligge et sted her i mellem (31).

Rygestopbasen i Danmark er også i deres rapporter, f.eks. den nationale rapport fra juni 2010 (32), gået over til at bruge ITT-metoden ved beregning af rygestopraten. Dog fastholder Rygestopbasen i deres kvalitetsmål til de deltagende rygestopenheder en Per Protocol tilgang med kvalitetsmål 4.² På Rygestopbasens hjemmeside kan den enkelte enhed også selv omregne fra ITT- til PP-resultater. Endvidere opererer Rygestopbasen i nogle sammenhænge ved opgørelsen af effekten af rygestop med et kvalitetskrav, at man skal have deltaget i mindst 75% af møderne i et rygestopkursus (compliance) for at kunne medregnes i opgørelsen, som ryger eller ikke-ryger (33). En tilgang, der i bedste fald kan beskrives som en modificeret ITT-tilgang/modificeret PP-tilgang.

Vigtigheden af brug af samme metode ved opgørelse af effekten af rygestop ses af, at forskellen i resultatet er afhængig af om det er ITT- eller PP-metoderne, der har været anvendt, og at denne forskel i resultater kan være ganske betydelig. I en tidligere opgørelse af Rygestopbasens materiale viste Kjær et al. (33), at disse resultater kunne svinge mellem 16% (ITT) og op til 30%, hvis det var PP-metoden. Et review af evalueringen af skandinaviske rygestopkurser og stoplinier viste samme tendens og store variation og forskel mellem ITT-resultater og PP-resultater (27). I forhold til brug i beslutningstagen og valg i mellem forskellige interventioner er det derfor helt centralt at resultaterne er opgjort og evalueret efter de samme metoder, og som anbefalet af West et al. (28) og Poulsen et al. (27), såvel som andre, bør dette primært ske efter ITT-metoden.

Dette er også tilfældet for evaluering af projekt Slå Tobakken, hvor det primære endepunkt blev opgjort på baggrund af ITT-metoden. Alle sekundære endpunkter blev dog opgjort efter begge principper (ITT og PP).

Et andet forhold i relation til opgørelse af rygestoppet er dets verifikation. Anbefalingen, og det mest valide og præcise, er kontinuært (ikke røget de sidste 2-3 uger) opgjort biokemisk verifikation (kuliltemåling): Det hyppigste ved opgørelse af rygestop i forbindelse med rygestopkurser og real-life indsatser er dog selvrapporteret rygestop (hvor man spørger rygeren) opgjort som punktprævalens – dvs. ryger ikke i dag (2-9). I nærværende evaluering af projekt Slå Tobakken var rygestoppet i forbindelse med rådgivningsbesøgene og efter endt rådgivningsforløb verificeret ved kuliltemåling. Men i forbindelse med opfølgningen efter 6 måneder var der alene tale om selvrapporteret rygestop efter telefonisk opfølgning. Der blev både stillet spørgsmål til om vedkommende ryger havde røget siden rygestopdatoen (kontinuer prævalens) og om vedkommende havde røget de sidste 14 dage.

4.5 Dataindsamling

Alle data for projektets deltagere blev registreret af Kolding Kommune i et til formålet udarbejdet samtalskema (Case Report Form), der blev anvendt i forbindelse med rygestopsamtalerne, såvel som i Rygestopbasen, hvor opfølgningen bl.a. registreres. Fredericia og Kolding Sygehus (Sygehus Lillebælt) registrerede projektdata i EPJ-systemet. Indtastning af alle deltagere i Rygestopbasen gav mulighed for, at effektdata fra projektet efterfølgende kan sammenlignes med lignende data fra andre grupper. I forbindelse med dataanalysen blev data fra samtalskema og Rygestopbase sammenkørt.

² Inklusionskriterierne for kvalitetsmål 4 er, "at der, af de deltagere der har gennemført, er fulgt op på mindst 50%, og at der er opfølgningsdata på mindst 20 deltagere" (Rygestopbasen).

Som i daglig praksis var det som tidligere beskrevet Stoplinien, der kontaktede de enkelte deltagere efter 6 måneder for at høre til, om de var røgfrie på tidspunktet for opkaldet og om de havde været det siden deltagelse i rygestopforløbet, etc. Der var tale om selvrapporterede rygestoprater, som er typisk standard på området (27). Stoplinien gentog telefonopkaldene op til fire gange (med et opkald om aftenen) for at øge chancen for at opnå kontakt.

4.6 Internetbaseret spørgeskema til henvisende interessenter

Som led i (proces-) evalueringen af projektet blev der gennemført en afsluttende internetbaseret spørgeskemaundersøgelse (e-survey i programmet Survey Monkey) rettet mod almen praksis i Kolding Kommune og medicinsk afdeling på Fredericia og Kolding Sygehuse (Sygehus Lillebælt), der havde mulighed for at henvise borgere til projekt Slå Tobakken. Formålet hermed var at afdække følgende:

- Om der var sket en hurtig opfølgning på rygerne med et fleksibelt tilbud
- Beskrivelse af det organisatoriske setup for rygestopindsatsen rettet mod socialt udsatte og socialt sårbare, og de fordele og ulemper som behandlere og interessenter så herved
- Om projektet havde bidraget til shared care med almen praksis, sygehuset og kommunen i forhold til en svær målgruppe
- Om hjælp til rygeren blev set som et fælles anliggende
- Om der med projektet blev frembragt værdifuld information fremadrettet til brug i kommunerne og nationalt i forhold til håndteringen og den proaktive ageren over for målgruppen socialt udsatte/sårbare motiveret for rygestop

4.7 Statistisk analyse

Demografiske, socio-økonomiske, og rygerrelaterede data (køn, alder, social udsatte/sårbar gruppe, uddannelse, erhverv, rygehistorik, rygestatus, etc.), der beskriver populationen, er i evalueringen analyseret deskriptivt og opsummeret i tabelform med henblik på at oplyse om karakteristika ved deltagerne. Rygestoprater og rygereduktionsrater er opgjort som beskrevet oven for i afsnit 4.1 og 4.4.

Ved sammenligning af resultater før-efter for den enkelte borger og for grupper af borgere, der henholdsvis havde succes med rygestop eller ikke havde det, er bivariat statistik på det højest mulige testniveau anvendt afhængigt af datas skalaegenskab og fordeling. Som minimum betyder det, at der er anvendt Chi-Square χ^2 -test ved nominal-skalerede variable, mens der anvendes to-sidet uparret t-test for variable, der er intervalskalerede og opfylder normalfordelingskravet med ens varians. Skulle dette ikke være tilfældet anvendes den ikke-parameteriske Mann-Whitney U test i stedet for t-test. Mann Whitney U test kræver, at den afhængige variabel er ordinal eller interval/ratio skaleret, men ikke at den er normalfordelt. Endvidere vil effekten i subanalyser blive sammenlignet i forhold til køn, socialt udsatte/sårbare gruppe/pårørende, samt valg af rygestopmedicin.

Alle statistiske tests er fortolket ud fra et 5%-signifikansniveau (to-sidet).

Generaliserbarhed af resultaterne

Med henblik på at sammenligne de opnåede resultater og vurdere deres generaliserbarhed blev rygestopraterne sammenlignet med stoprater i litteraturen for lignende målgrupper, såvel som med stoprater efter rygestopforsøg i danske kommuners tilbud, som offentliggjort af Rygestopbasen.

Ud over rygestopraterne vil resultater for projektets succeskriterier, jf. afsnit 4.1.3, som yderligere indikatorer blive evalueret.

5 Resultater

5.1 Inkluderede borgere

Over inklusionsperioden fra 16. maj 2011 til 15. maj 2012 blev 301 borgere inkluderet, hvilket var det dobbelte af de forventede 150 borgere. Det viser, at målgrupperne har været yderst relevante og der har vist sig et stort behov for tilbuddet. Med til at sikre den høje inklusionsrate har været at rekrutteringen fra de praktiserende læger har været over alt forventning. Samarbejdet med de praktiserende læger er styrket. Dertil kommer, at den lægelige henvisning har øget troværdigheden i vigtigheden for at stoppe med at ryge.

Af de inkluderede var 57% kvinder (172 deltagere) og 43% mænd (129 deltagere), jf. tabel 1 neden for. Gennemsnitsalderen lå på 49-50 år med en alderspredning fra 18 til 81 år hos kvinder og mænd samlet.

Tabel 1. Deltagernes alder og henvisningsstatus opdelt på køn

	Kvinder (N=172 deltagere)	Mænd (N=129 deltagere)
Alder	49 år (Std.13,93, 18-80 år)	50 år (Std.12,83, 19-81 år)
Henvist fra:		
- Medicinsk afdeling, Fredericia og Kolding Sygehuse (Sygehus Lillebælt)	16 (9%)	17 (13%)
- Egen læge, Kolding	124 (72%)	92 (71%)
Pårørende	32 (19%)	18 (14%)

Tabelnoter: Std. - standardafvigelse.

Henvist fra: Manglende information for 2 mænd.

Henvist fra

Langt størstedelen af rygerne (72%) blev henvist til projekt Slå Tobakken fra deres egen læge, mens 11% blev henvist fra sygehuset i forbindelse med udskrivning. Den resterende del (17%) er inkluderet i projektet som pårørende til en ryger henvist fra enten egen læge eller sygehus. Dette var ud fra tanken, at successen med rygestop øges, hvis ens pårørende, der også ryger, samtidigt forsøger at stoppe med at ryge.

Det aktuelle sted deltagerne blev henvist fra adskiller sig fra den oprindelige forventning, hvor omkring 56% forventedes at komme fra sygehuset, 24% fra egen læge og 20% som pårørende. At pårørende udgør 17% mod forventet 20% kan skyldes, at flere pårørende blev henvist fra egen læge i stedet for at blive inkluderet som pårørende. Mange af de pårørende tilhørte i forvejen målgruppen for projektet.

Målgrupper af socialt udsatte/sårbare

De socialt udsatte/sårbare, som blev inkluderet i projekt Slå Tobakken, fordelte sig som tidligere beskrevet på fem grupper, ud over de pårørende, jf. tabel 2. Både blandt kvinder og mænd var gruppen af borgere med ingen eller kort uddannelse den største gruppe (64%-69%). Næsthøypigst

blandt kvinderne var de enlige borgere (40%) efterfulgt af førtidspensionister (31%). Blandt mændene var to grupper næst-hyppigst med 28%, nemlig enlige og arbejdsløse (Tabel 2).

Tabel 2. Målgrupper for deltagerne opdelt på køn*

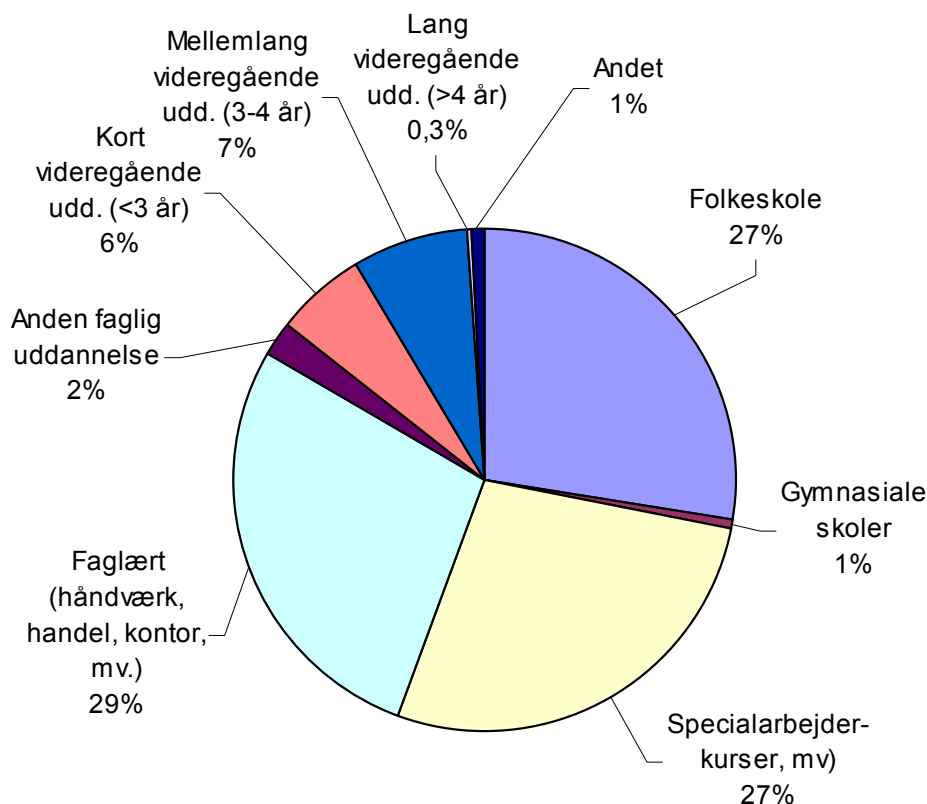
	Kvinder (N=140 deltagere)	Mænd (N=111 deltagere)
Sygedagpengemodtagere	28 (20%)	12 (11%)
Arbejdsløse	28 (20%)	31 (28%)
Ingen eller kort uddannelse	89 (64%)	77 (69%)
Førtidspensionister	44 (31%)	28 (25%)
Enlige	56 (40%)	31 (28%)

Tabelnoter: * Eksklusiv de 50 pårørende, jf. at de netop er inkluderet som pårørende.

Summerer til mere end 100%, da deltagerne godt kan tilhøre flere målgrupper.

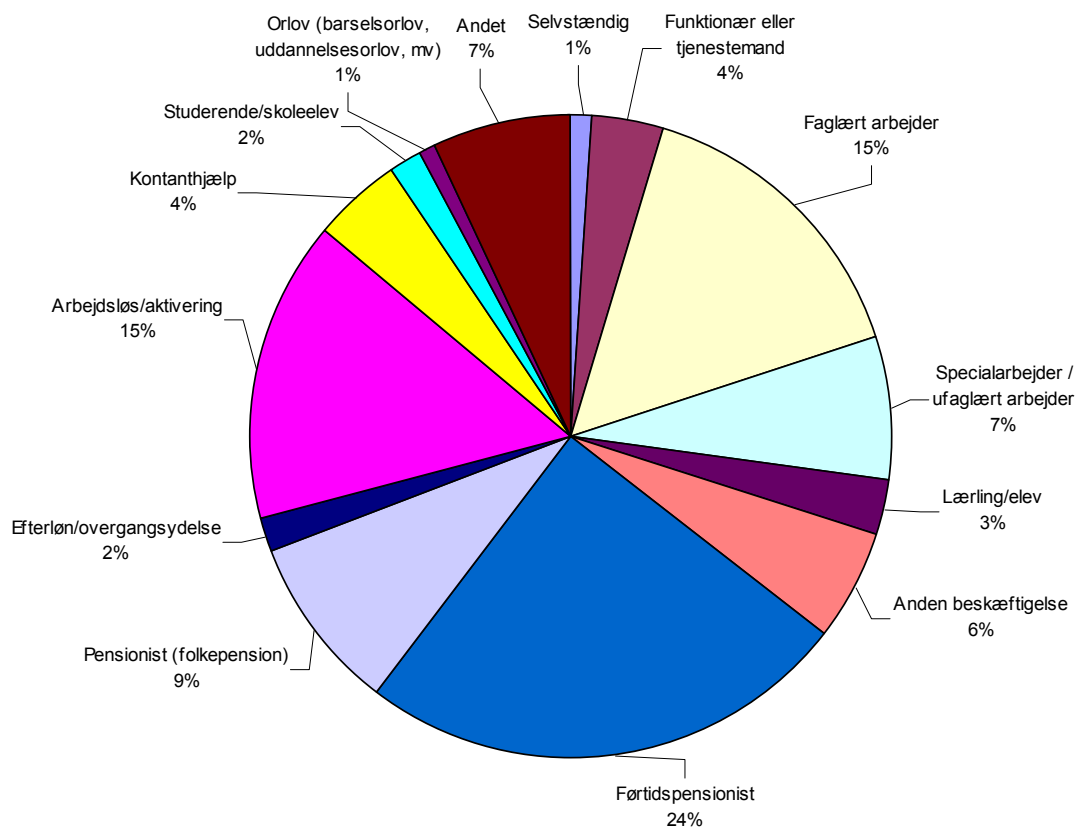
Sammenhængende med målgrupperne af socialt udsatte/sårbare borgere i projektet viser figur 2 og 3 deltagernes fordeling på henholdsvis "højest opnåede uddannelse" og "erhvervsmæssig stilling". Figur 2 viser at mere end 50% alene havde folkeskole eller kort specialarbejder kursus som højeste opnåede uddannelse.

Figur 2. Højest opnåede uddannelse (N=270 deltagere, manglende information fra 31 deltagere)



På tilsvarende vis stemmer fordelingen i figur 3 i forhold til erhvervsmæssig stilling overens med fordelingen i de fem målgrupper af socialt udsatte/sårbare, da deltagere uden for arbejdsmarkedet udgjorde langt den største gruppe (65%).

Figur 3. Erhvervsmæssig stilling (N=298 deltagere, manglende information fra 3 deltagere)



Sygdom

Det ses af tabel 3, at en stor andel af de inkluderede havde en eller anden form for sygdom, f.eks. kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), hjertesygdom, diabetes, kroniske smerter og psykisk sygdom. Nogle af de hyppigste symptomer, som deltagerne havde, var morgenhoste og at de blev let forpustet.

Tabel 3. Tilstedeværelsen af sygdom

	Antal (%)
Sygdom	210 deltagere (70%)
Symptomer	
- Morgenhoste	177 (59%)
- Let forpustet	200 (66%)
- Fryser fingre og tæer	41 (14%)
- Ofte luftvejsinfektion	39 (13%)

5.2 Rygehistorik

Af tabel 4 ses det, at de borgere, der blev inkluderet i projekt Slå Tobakken, havde røget i gennemsnit 32 år, og at der ikke var forskel herpå mellem kvinder og mænd. Op imod tre-fjerdele af deltagerne havde røget i mere end 20 år.

Tabel 4. Antal år røget*

	Kvinder (N=172 deltagere)	Mænd (N=129 deltagere)
Gennemsnitligt antal år røget	32 år (Std. 13.5; 2-60 år)	32 år (Std. 13.1; 5-63 år)
Antal år røget:		
- 0-10 år	19 deltagere (6%)	
- 11-20 år	50 deltagere (17%)	
- 21-30 år	53 deltagere (18%)	
- 31-40 år	79 deltagere (26%)	
- Mere end 40 år	63 deltagere (21%)	

Tabelnoter: Std. - standardafvigelse.

Jævnfør tabel 5 var alle deltagere i gennemsnit ligeledes storrygere (defineret som mere end 15 cigaretter per dag). Mændene røg dog mere end kvinderne – 28 mod 24 cigaretter om dagen. Omregnet til antal pakkeår defineret ved dagligt forbrug af 20 cigaretter havde mændene i projekt Slå Tobakken røget i gennemsnit 45 pakkeår, mens kvinderne havde røget 38 pakkeår. Der var ingen kvinder i undersøgelsen, der røg andet end cigaretter, mens der blandt mændene var få, der røg andet end cigaretter.³

Tabel 5. Antal cigaretter, pakkeår og nikotinafhængighed*

	Kvinder (N=172 deltagere)	Mænd (N=129 deltagere)
Gennemsnitligt antal cigaretter per dag	24 cigaretter (Std. 10,3; 5-60 cigaretter)	28 cigaretter (Std. 12,1; 1-70 cigaretter)
Gennemsnitligt antal pakkeår*	38 pakkeår	45 pakkeår
Nikotinafhængighed - Gennemsnitlig Fagerstrøm score (0-10)	6,4 (Std. 2,15; 0-10)	6,6 (Std. 2,26; 0-10)

Tabelnoter: Std. - standardafvigelse.

1 pakkeår = 1 år med et dagligt forbrug af 20 cigaretter.

Nikotinafhængighed

Ved vurdering af de inkluderede borgeres Fagerstrøm score kan det også ses af tabel 5, at der var tale om en gruppe borgere, som, ud over at være socialt udsatte/sårbare, storrygende med lang rygehistorik, også var nikotinafhængige. Den gennemsnitlige Fagerstrøm score lå på 6,5 for deltagerne, hvilket jævnfør Fagerstrøm skalaen svarer til, at deltagerne på gennemsnittet var "meget nikotinafhængige". Dette gælder både for kvinder og mænd. Den gennemsnitlige Fagerstrøm score ændredes heller ikke, når de pårørende blev udeladt af opgørelsen (6,51).

³ En røg cerutter (15 per dag), mens 3 røg pipe (4-30 gram/dagen). Ingen ryger cigarer eller bruger snus/skrå.

Ud over at de inkluderede deltagere røg forholdsvis meget om dagen, så skyldtes den høje Fagerstrøm score også, at mange ryger inden for de første 5 minutter efter, at de var stået op (66%), og det for rigtig mange (83%) ville være den første cigaret om morgenen, der ville være rigtig svær at undvære. Endelig så røg rigtig mange, når de var syge eller sengeliggende (80%).

Tidligere rygestopforsøg

De seneste 10 år havde mere end halvdelen af de inkluderede borgere (56% (165 deltagere)) prøvet at være røgfrie i mindst 14 dage. Heraf havde de 154 borgere været røgfrie i mindst 14 dage 1-3 gange, mens 11 havde været det mere end tre gange.

Borgerne var også i deres dagligdag i høj grad udsat for rygning, idet der blev røget i to-tredjedele (65% (197 deltagere)) af hjemmene, hvor borgerne bor, mens at næsten halvdelen (45% (135 deltagere)) tillige bor sammen med en ryger. Dette illustrerer relevansen af at inkludere pårørende, som en del af målgruppen for projekt Slå Tobakken.

Blandt sundhedspersonale var det borgerens egen læge som har opfordret vedkommende til rygeophør, hvilket to-tredjedele af borgerne havde oplevet inden for det seneste år, jf. tabel 6. Dette svarer nogenlunde til den andel af borgere, der var henvist til projektet via egen læge, hvilket kunne være årsagen til den høje andel opfordret til rygeophør af egen læge. Endelig var 15% af borgerne ikke opfordret af noget sundhedspersonale – en gruppe der i projektet typisk har bestået af de pårørende.

Tabel 6. Opfordring til rygeophør inden for det seneste år

Opfordret til rygeophør inden for det seneste år af:	Andel opfordret til rygeophør (%)
- Den praktiserende læge	66% (200 deltagere)
- Læge på sygehus	11% (33 deltagere)
- Plejepersonale på sygehus	5% (16 deltagere)
- Jordemoder	0% (0 deltagere)
- Tandlæge	1% (4 deltagere)
- Andet sundhedspersonale	1% (3 deltagere)
- Apotekspersonale	0,3% (1 deltagere)
- Ingen af ovenstående	15% (46 deltagere)

5.3 Igangsatte rygestopbehandling

Rygestop-samtykkeerklæring til henvisning og proaktiv kontakt

Som beskrevet i afsnit 5.1 blev 301 borgere, der ønskede at holde op med at ryge, henvist fra sygehus (33 deltagere) eller almen praksis (216 deltagere) efter henvisning (samtykkeerklæring) eller som pårørende (50 deltagere) til projekt Slå Tobakken i Kolding Kommune. Kommunen tog som det første element og del af denne samtykkeerklæring proaktiv kontakt til borgeren for at aftale tid for første møde med kommunens rygestoprådgivere.

De væsentligste barrierer for målgruppen var, at de var sårbare. Der kan hurtigt ske noget i deres liv, som ændrer fokus. Det medførte i projekt Slå Tobakken mange afbud og for nogen en lille pause i forløbet. At der har været rummelighed i projektet og mulighed for on/off deltagelse, har

betydet at nogle kom tilbage igen og fortsatte rygestopforløbet. Sårbarheden skulle håndteres gennem den løbende opbakning og støtte i dagligdagen. Der skulle støttes på et almindeligt, mellem menneskeligt niveau, men der var også behov for ressourcepersoner, som kendte til rygestopforløbet og motiverende samtaleteknik, og som derfor kunne støtte mere professionelt op. Rygestoptilbuddet skulle være fleksibelt og i trygge rammer. For at opnå denne fleksibilitet har det været vigtigt, at rygestoptilbuddet var individuelt. Det har også været vigtigt at pårørende deltog i indsatsen, idet det har fastholdt nogle. Rygestoprådgiveren skulle også være opsøgende, når f.eks. borgere udeblev fra aftaler.

Den proaktive telefonkontakt, rummeligheden og fleksibiliteten i projektet forøgede motivation og selvværd i målgruppen. Kontinuiteten ved, at det var den samme og erfarne rygestoprådgiver i hele forløbet, og at lægen viste interesse og henviste, har været positivt. Rummeligheden og fleksibiliteten i projekt Slå Tobakken gjorde, at deltagerne blev inddraget og medbestemmende sådan, at de begyndte at tage ansvar for eget liv. De var med til at tilrettelægge og styre forløbet med udgangspunkt i den enkeltes ressourcer og kompetencer i forhold til at ændre vaner. Selvværdet blev understøttet i forbindelse med at turde sige fra midt i forløbet, hvis det viste sig at motivationen og paratheden ikke var der lige nu.

Inddragelsen af de pårørende har været en stor faktor i forbindelse med at øge motivationen. Pårørende var kollegaer, voksne børn, nære venner/kammerater og andre tætte relationer. Dette havde især stor betydning for de enlige. Rygestoppet forplantede sig som ringe i vandet – de har inspireret hinanden. Det har været en stor overraskelse for mange, at de har kunnet ændre på deres rygevaner.

Individuel rådgivning

Anden del af rygestopbehandlingen bestod for alle deltagere i individuel rådgivning omkring rygestop det antal gange over en 3 måneders periode, som det vurderedes var nødvendigt.

Det fremgår af tabel 7, at det gennemsnitlige antal gange med individuel rådgivning i forhold til rygestop, som der har været aftalt, har været 5 møder mod en initial forventning om et sted mellem 3 og 5 møder. I virkeligheden er der afholdt lidt flere rådgivningsmøder, idet gennemsnittet for afholdte møder stiger til 5,4 møder. Det ses også på spredningen af disse møder, at det for nogle få borgere har været helt oppe på 25 møder, mens flertallet har ligget på 4-5 individuelle rådgivningsmøder. Den samlede varighed af hver rygers rådgivningsforløb har været på 188 minutter i alt (Tabel 6) – igen med nogen spredning afhængigt især af, hvor mange møder der var aftalt. Det skal understreges, at der her kun er tale om den rene rådgivningstid med borgeren.

Tabel 7. Gennemsnitligt antal individuelle rådgivningsmøder og deres varighed

<i>Planlagte møder</i>	Antal
Gennemsnitligt antal planlagte møder i rygestopforløbet	4,95 møder (Std. 0,35; 1-5 møder)
Planlagt varighed for møderne per forløb (minutter i gennemsnit)	178 minutter (Std. 15,10; 40-180 min)
<i>Afholdte møder</i>	
Gennemsnitligt antal afholdte møder i rygestopforløbet	5,4 møder (Std. 2,91; 1-25 møder)
Aktuel varighed af møderne per forløb (minutter i gennemsnit)	188 minutter (Std. 84,8; 40-780 min)
Aftalte møder med manglende fremmøde/aflyst	336 møder

Tabelnoter: Std. - standardafvigelse

Ud over den rene rådgivningstid har kommunens medarbejdere brugt en del tid på administration (f.eks. hente de elektroniske henvisninger), kontakt til borgeren (booking), ombooking af tider ved aflysninger, udeblivelser, etc.

Som det også fremgår af tabel 7, så skal man med denne målgruppe af social udsatte/sårbare forvente forholdsvis mange aflysninger eller aftalte møder, hvor borgeren ikke møder frem. I projekt Slå Tobakken har man oplevet, at 336 aftalte møder i alt blev aflyst og i mange tilfælde skyldes det manglende fremmøde af borgeren. I gennemsnit svarer det til, at hver deltager, ud over de 5,4 møder, var skyld i én aflysning. I nogle tilfælde risikerede man, at den planlagte tid gik tabt, hvis der slet og ret var tale om manglende fremmøde, mens tiden i andre tilfælde kunne bruges på en anden borger i stedet. Under alle omstændigheder skulle der tages kontakt til borgeren, der ikke var mødt frem eller havde aflyst for at booke en ny tid til rådgivning. Alt sammen noget der tager tid. Dertil kommer anden administration og registrering.

Samlet set vurderes det, at denne overhead tid med ombookinger, forsøg på kontakt til borgeren, administration, ubrugte aftaler, etc. har taget lige så meget tid per borger som den tid, der er gået med selve rådgivningen (konfrontationstiden). Altså yderligere 188 minutter per borger i gennemsnit.

Tilbud om betalt rygestopmedicin

Det tredje og sidste element i projekt Slå Tobakkens rygestoptilbud bestod i tilbud om betalt rygestopmedicin til borgeren i op til 3 måneder. Det har været godt med udvalgt af al rygestopmedicin, hvilket ikke har givet nogen begrænsninger og med mulighed for justering undervejs. Anvendelse af rygestopmedicin var omvendt ikke et krav for at deltage i projekt Slå Tobakken. Valg af den specifikke rygestopmedicin blev aftalt mellem borgeren, rygestoprådgiveren og borgerens egen læge, hvis der var tale om receptpligtigt rygestopmedicin.

I tabel 8 neden for vises fordelingen af de forskellige typer rygestopmedicin, der blev anvendt i projekt Slå Tobakken.

Tabel 8. Gratis rygestopmedicin udleveret og behandlingsvarighed

	Antal borgere	Andel	Behandlingsvarighed (selvrapporteret)
Nikotinsubstitution (NRT)	149	50%	9,6 uger (1-20 uger)
Vareniclin (Champix)	196	65%	10,2 uger (1-24 uger)
Bupropion (Zyban)	3	1%	7 uger

Tabelnoter: Antal borgere summerer til mere end 301, da deltagerne godt kunne have prøvet flere typer rygestopmedicin, f.eks. ved manglende effekt af den først afprøvede rygestopmedicin.
Andel borgere summerer også til mere end 100% med ovenstående begrundelse.

Som det ses af tabellen så valgte 196 borgere ud af de 301 borgere at bruge det receptpligtige vareniclin som en del af deres rygestopforløb svarende til 65%. Tilsvarende valgte halvdelen (149 deltagere) at forsøge sig med NRT som del af deres rygestopforsøg i projekt Slå Tobakken. Kun tre borgere har anvendt det receptpligtige bupropion. At rygestopmedicin opgørelsen i tabel 8 summerer til mere end 100% illustrerer at nogle borgere har nået at bruge to typer af rygestopmedicin, f.eks. hvis borgeren ikke havde oplevet en effekt af den først anvendte rygestopmedicin, og derfor var stoppet med denne medicintype for at skifte til en anden.

I tabel 9 neden for er de forskellige kombinationer af rygestopmedicin beskrevet.

Tabel 9. Kombinationer* af gratis rygestopmedicin

	Antal borgere	Andel
Alene nikotinsubstitution (NRT)	95	32%
Alene vareniclin (Champix)	144	48%
Alene bupropion (Zyban)	1	0,3%
NRT og vareniclin (Champix)	52	17%
NRT og bupropion (Zyban)	2	1%
Ingen medicin	5	2%

Tabelnoter: * Deltagerene behøvedes ikke at have modtaget flere rygestopmedicintyper samtidigt, men havde typisk modtaget dem i forlængelse af hinanden.
Information mangler for tre deltagere.

Som det ses havde 144 borgere (48%) alene anvendt det receptpligtige vareniclin i forbindelse med deres rygestopforsøg, mens 95 borgere (32%) alene havde anvendt NRT og en borger havde anvendt bupropion. 52 borgere (17%) havde prøvet både NRT og vareniclin i deres forsøg på at stoppe med at ryge, mens 2 havde anvendt både bupropion og NRT. Ingen af disse kombinationer behøves at have været anvendt samtidig, idet rygestoplægemiddel nummer 2 typisk først kom i spil, når den første type rygestopmedicin ikke havde haft en (tilstrækkelig) effekt. Fem borgere i projekt Slå Tobakken svarende til 2% af det samlede antal borgere havde valgt ikke at tage imod tilbudet om betalt rygestopmedicin.

5.4 Effekten af rygestopindsatsen - rygestoprater

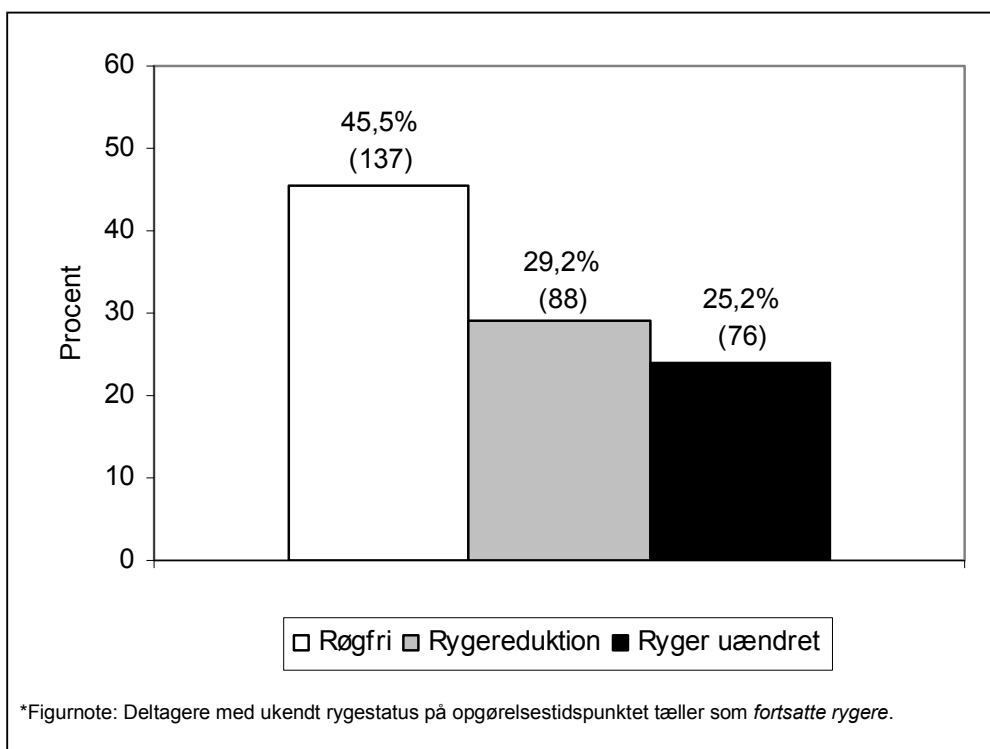
Effekten af rygestopindsatsen i projekt Slå Tobakken blev målt i forhold til det primære endepunkt *"andelen af deltagere der efter endt rådgivningsforløb (defineret ved sidste konsultation) er holdt op med at ryge"* (også kaldet *rygestoprate 1*), der blev opgjort med udgangspunkt i en konservativ *Intention-to-treat* (ITT) beregning, jf. afsnit 4.4. Dertil kommer en række sekundære endepunkter, blandt andet andelen af borgere, der havde reduceret deres tobaksforbrug efter endt rådgivningsforløb, men ikke var holdt op med at ryge. Desuden blev det primære endepunkt i et sekundært endepunkt opgjort efter de mere favorable *Per Protocol* kriterier, hvor der ses helt bort fra udgåede deltagere og deltagere der ikke kunne opnå kontakt til ved follow-up. Yderligere sekundære effektmål havde fokus på andelen af borgere med rygestop efter 6 måneder fra rygestopdatoen og andelen af borgere, der efter 6 måneder ikke havde røget de sidste 14 dage. Endelig berørtes effekten på antallet af henvisninger til kommunens rygestopaktivitet under dette afsnit

5.4.1 Primært endepunkt – Røgfrie deltagere efter endt rådgivningsforløb (ITT)

Figur 4 præsenterer resultatet for projektets primære endepunkt *"andelen af deltagere der efter endt rådgivningsforløb (defineret ved sidste konsultation) er holdt op med at ryge"* (ITT).

Figur 4. Røgfrihed eller reduktion i tobaksforbrug efter endt rådgivningsforløb

(Rygestoprate 1, Intention-to-treat (ITT) beregning*)



Det ses, at knap halvdelen af deltagerne, nemlig 45,5%, var holdt op med at ryge efter endt rådgivningsforløb tre måneder efter rygestopdatoen, mens 54,5% røg. For fire deltagere var rygestatus ukendt pga. frafald. Disse blev medregnet som fortsatte rygere (ITT). Blandt de fortsatte rygere var der dog 29,2% som havde reduceret deres tobaksforbrug efter endt rådgivningsforløb og derved røg mindre end de gjorde før starten på rygestopforløbet.

Projektets succeskriterium (afsnit 4.1.3), om at 40% efter endt rygestoptilbud er blevet røgfrie, var derved opfyldt.

Opdelt på køn var der ikke den store forskel i rygestopraten efter endt rådgivning (ITT). En lidt højere (insignifikant) andel mænd var stoppet med at ryge (47,2%) sammenlignet med kvinderne (45,3%), mens 26,8% af mændene havde reduceret deres forbrug mod 31,8% af kvinderne (Chi-Square $X^2=0.949$, $df=2$, $P=0,622$).

Anvendes det tidligere omtalte (afsnit 4.4) kriterium fra Rygestopbasen om, at man skal have deltaget i mindst 75% af de planlagte møder (compliance) for at kunne medregnes i opgørelsen, som ryger eller ikke-ryger (32), reduceredes antallet af deltagere til 241, som opfyldte dette kriterium (ved sammenligning af planlagte og afholdte møder). Rygestopraten efter endt rådgivningsforløb steg med dette ekstra kriterium til 53,4% af deltagerne, der var holdt op med at ryge (modificeret ITT).

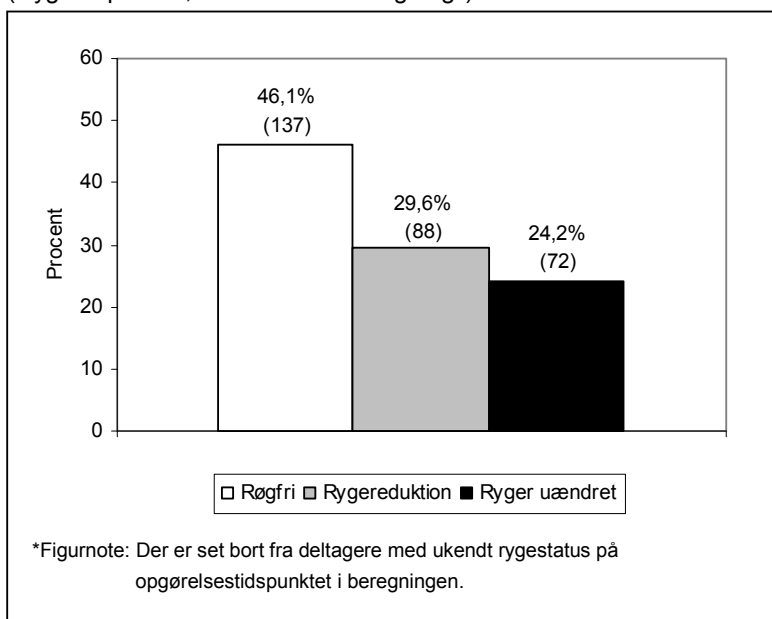
5.4.2 Sekundære endepunkter

5.4.2.1 Røgfrihed eller reduceret tobaksforbrug efter endt rådgivningsforløb (Per Protocol)

Opgørelse af andel af røgfrie og borgere med reduceret forbrug efter endt rådgivningsforløb tre måneder efter rygestopdatoen, men nu opgjort efter Per Protocol metoden, hvor der er set bort fra borgere med ukendt rygestatus, viser tilnærmelsesvist samme resultat som under det primære endepunkt (afsnit 4.4.1) (Figur 5).

Figur 5. Røgfrihed eller reduktion i tobaksforbrug efter endt rådgivningsforløb

(Rygestoprate 1, Per Protocol beregning*)



Rygestopraten steg lidt til 46,1%, mens andelen med reduceret tobaksforbrug også steg lidt til 29,6%.

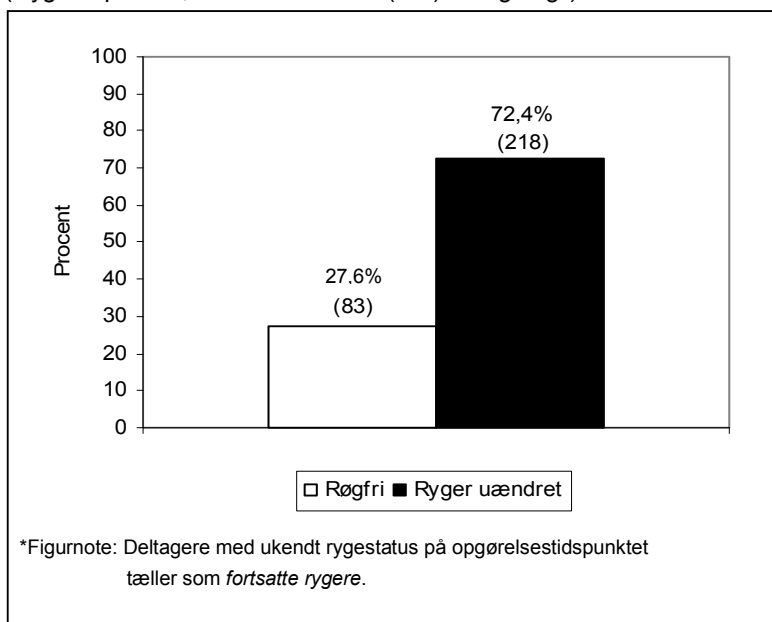
5.4.2.2 Fortsat røgfrie 6 måneder efter rygestopdatoen

Standarden i Danmark for opgørelse af rygestop, ud over efter endt rådgivningsforløb (primære endepunkt), er ved follow-up 6 måneder efter borgerens fastsatte rygestopdato. I projekt Slå Tobakken er dette opgjort efter telefonisk follow-up forestået af Stoplinien på vegne af Kolding Kommune, jf. tidligere. Rygestop var derved selvrapporteret, men med opgørelse af kontinuær prævalens⁴ i og med, at der blev spurgt til røgfrihed siden rygestopdatoen.

Neden for i figur 6 er andelen af deltagere, der var røgfrie 6 måneder fra rygestopdatoen (rygestoprate 2), opgjort efter den konservative ITT-metode, præsenteret.

Figur 6. Fortsat røgfrie 6 måneder fra rygestopdatoen

(Rygestoprate 2, Intention-to-treat (ITT) beregning*)



27,6% af deltagerne var røgfrie efter 6 måneder fra rygestopdatoen, mens dette omvendt ikke var tilfældet for 72,4% (ITT). Reduktion i tobaksforbruget blev ikke opgjort efter 6 måneder.

Projektets succeskriterium (afsnit 4.1.3), om at mindst 20% af deltagerne efter 6 måneder er blevet røgfrie, var derved klart opfyldt.

Blandt deltagerne, som det ikke lykkedes at holde op med at ryge, ønskede 65% (83 deltagere) at prøve et nyt rygestopforsøg. Dette er positivt og viser, at det for projektets målgruppe, som for så mange andre rygere, er nødvendigt med gentagne rygestopforsøg.

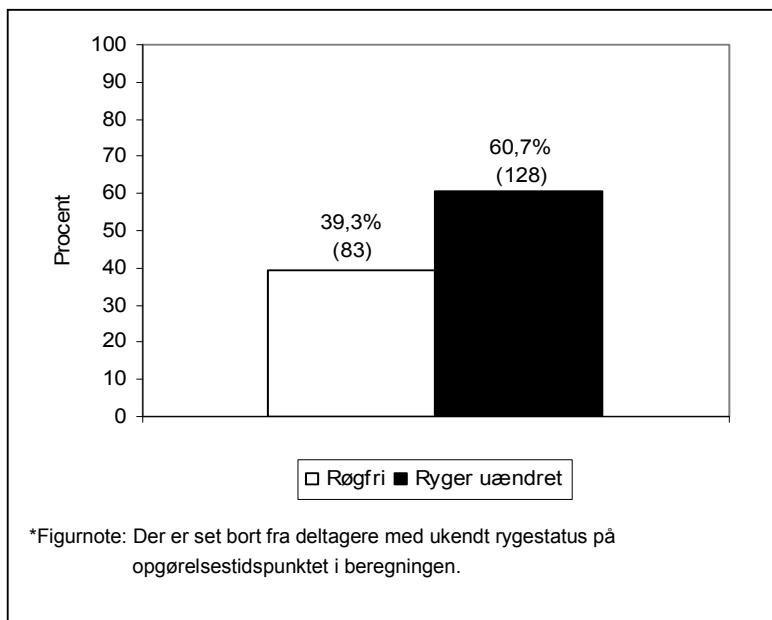
Med Rygestopbasens kriterium (afsnit 4.4) om, at man skal have deltaget i mindst 75% af de planlagte møder for at kunne medregnes i opgørelsen, som ryger eller ikke-ryger (32) øgedes rygestopraten i projekt Slå Tobakken til, at 33,1% var røgfrie efter 6 måneder fra rygestopdatoen (modificeret ITT).

⁴ Modsat punkt-prævalens – røgfrihed her og nu (i dag).

Analyseres samme 6-måneders data efter Per Protocol metoden, hvor der ses bort fra deltagere der falder fra eller som det ikke er muligt at komme i kontakt med i forbindelse med follow-up (og uden kriteriet om de 75% fremmøde), så steg andelen, der var røgfrie efter 6 måneder til 39,3%, jf. Figur 7.

Figur 7. Fortsat røgfrie 6 måneder fra rygestopdatoen

(Rygestoprate 2, Per Protocol (PP) beregning*)

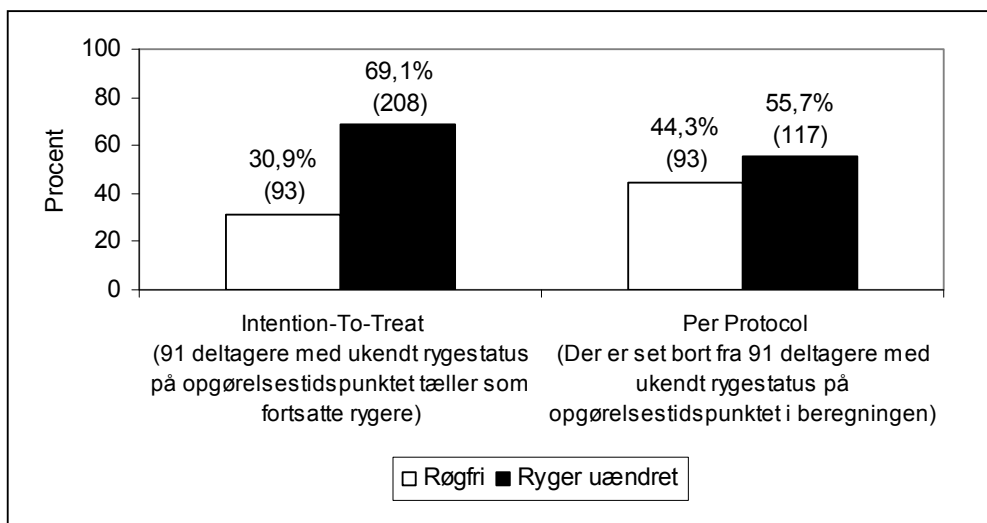


Lidt flere kvinder end mænd var røgfrie efter 6 måneder, idet der dog ikke var nogen signifikant forskel (40,8% mod 37,4%, Chi-Square $X^2=0.261$, $df=1$, $P=0,609$).

5.4.2.3 Røgfrie de sidste 14 dage 6 måneder fra rygestopdatoen

Hvis der i opgørelsen af andelen, der var røgfri, slækkes på det kontinuære kriterium om, at deltageren skulle have været røgfri siden rygestopdatoen og 6 måneder frem, og i stedet alene kræver, at borgeren skulle have været røgfri de sidste 14 dage, øgedes andelen, der var røgfrie til 30,9% (ITT) eller 44,3% (Per Protocol), jf. Figur 8.

Figur 8. Røgfrihed de sidste 14 dage ved opgørelsen 6 måneder efter rygestopdatoen
(Intention-To-Treat (ITT) og Per Protocol (PP) beregninger)

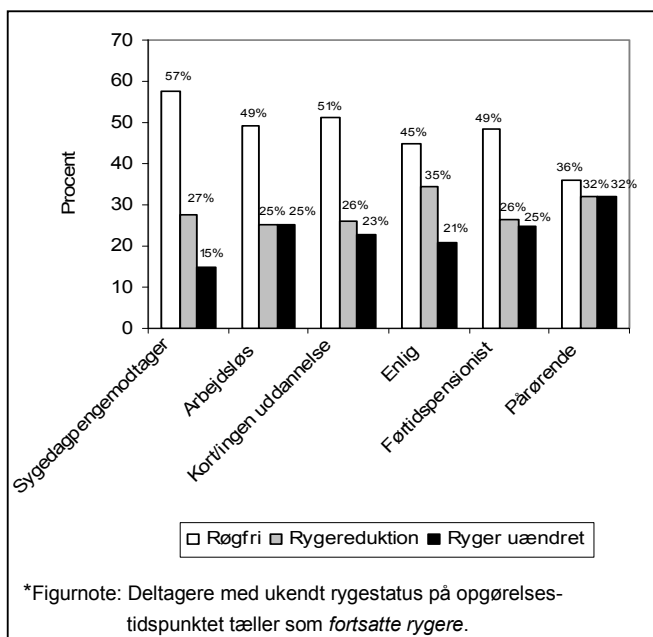


5.4.3 Sub-analyser

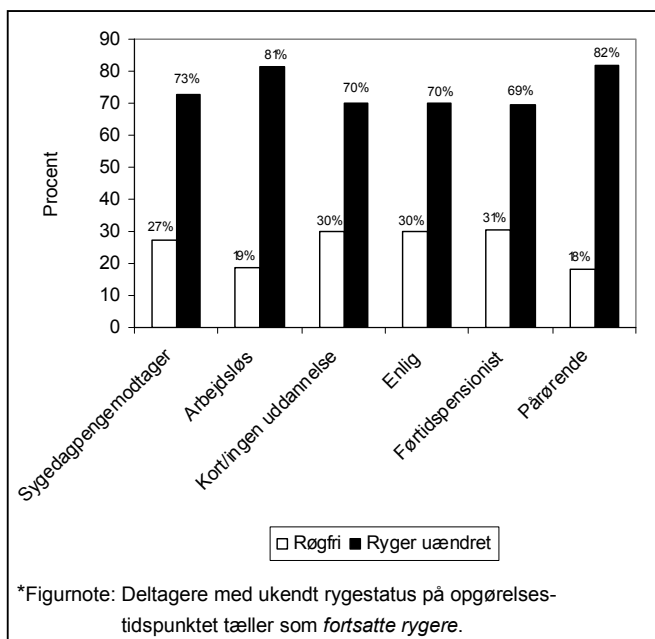
5.4.3.1 Røgfrihed i de forskellige grupper af socialt udsatte/sårbare

Analyseres graden af røgfrihed i de forskellige grupper af socialt udsatte/sårbare borgere fremkom resultatet efter endt rådgivningsforløb og efter 6 måneder i Figur 9 og 10.

Figur 9. Røgfrihed eller reduktion i tobaksforbrug efter endt rådgivningsforløb i de forskellige grupper af socialt udsatte/sårbare (Intention-to-treat (ITT) beregning*)



Figur 10. Røgfrihed efter 6 måneder fra rygestopdatoen i de forskellige grupper af socialt udsatte/sårbare (Intention-to-treat (ITT) beregning*)



Som det ses er andelen, der var røgfrie efter endt rådgivningsforløb (ITT), størst blandt gruppen af sygedagpengemodtagere (57%) og efterfulgt af personer med kort eller ingen uddannelse (51%). Omvendt er det kun 36% af de pårørende, der var røgfrie efter endt rådgivningsforløb. Efter 6 måneder var der flest røgfrie i gruppen af førtidspensionister (31%) efterfulgt af personer med kort eller ingen uddannelse (30%) og enlige (30%). Gruppen af pårørende ligger forsat noget lavere end de andre grupper (18%), hvilket også er tilfældet for gruppen af arbejdsløse (19%). Men ellers er der ikke den store forskel mellem de forskellige grupper af socialt udsatte/sårbare borgere i forhold til røgfrihed.

Da den enkelte deltager godt kan tilhøre flere af grupperne på en gang, f.eks. være førtidspensionist og kortuddannet, er det ikke muligt at teste for forskelle mellem grupperne.

5.4.3.2 Røgfrihed opdelt på typen af rygestopmedicin

Ud over henvisning og proaktiv kontakt via samtykkeerklæring og individuel rygestoprådgivning var tilbud om gratis rygestopmedicin i op til tre måneder en af de tre komponenter i rygestoptilbudet i projekt Slå Tobakken i Kolding Kommune. Hvor alle borgere blev henvist og proaktivt kontaktet i forbindelse med opstart og alle blev rådgivet individuelt, så har tilbudet om gratis rygestopmedicin omfattet tre forskellige typer af rygestopmedicin, som beskrevet i afsnit 5.3, nemlig nikotinsubstitutionshjælpemidler (NRT) og de to receptpligtige lægemidler vareniclin (Champix) og bupropion (Zyban).

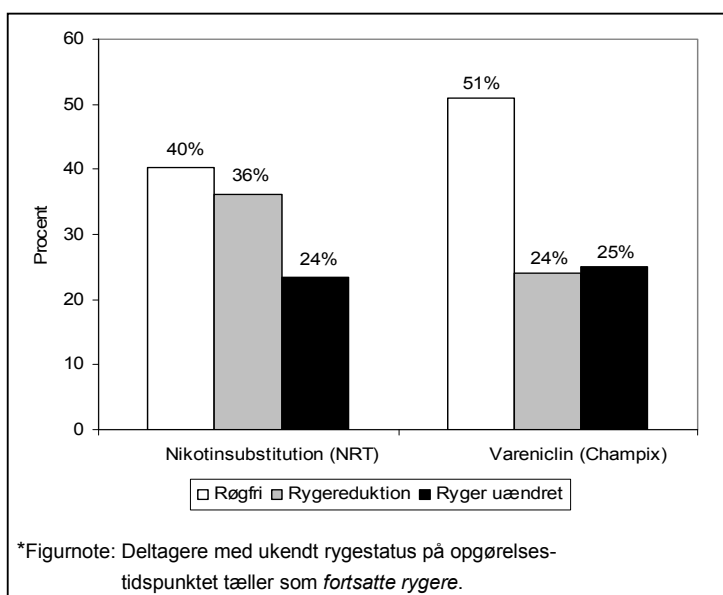
I nærværende afsnit er effekten på rygestopraten i forhold til de forskellige typer af rygestopmedicin analyseret. Dette er gjort for de deltagere, der har fået NRT og de deltagere der har fået vareniclin. Da kun tre deltagere fået bupropion, har det ikke været muligt at analysere i forhold til denne type af rygestopmedicin. Ligeledes er gruppen af deltagere, der ikke har fået rygestopmedicin ikke stor nok til denne analyse, da det kun drejede sig om fem deltagere.

I figur 11 er andelen af deltagere, der var røgfrie eller havde reduceret deres tobaksforbrug efter endt rådgivningsforløb efter tre måneder, præsenteret for de 149 deltagere, der havde fået NRT, og for de 196 deltagere, der havde fået vareniclin.

Der er i denne opdeling kun fokuseret på, om deltageren havde fået NRT eller vareniclin, og ikke om de samtidigt havde fået et af de andre lægemidler. Derfor kan den enkelte borger godt tilhøre begge grupper, hvorfor det ikke er muligt at teste for forskelle mellem grupperne.

I en efterfølgende analyse er de deltagere, der havde modtaget flere rygestoplægemidler, skildt ud i en særskilt gruppe.

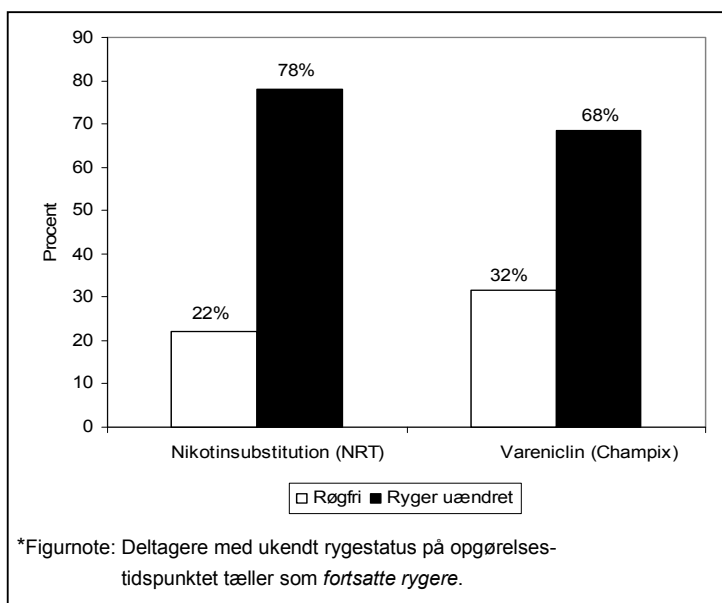
Figur 11. Røgfrihed eller reduktion i tobaksforbrug efter endt rådgivningsforløb opdelt på anvendt rygestopmedicin (Intention-to-treat (ITT) beregning*)



51% af deltagerne, der havde fået vareniclin, var røgfrie efter endt rådgivningsforløb efter tre måneder mod 40% af deltagerne, der havde fået NRT. Omvendt havde en større andel af NRT-brugerne reduceret deres tobaksforbrug – 36% mod 24%. Da der kun mangler opfølgningsdata efter endt rådgivningsforløb for fire deltagere ligger Per Protocol resultatet tæt op af ovenstående ITT resultat.

Figur 12 præsenterer de tilsvarende rygestoprater efter 6 måneder fra rygestopdatoen.

Figur 12. Røgfrihed efter 6 måneder fra rygestopdatoen opdelt på anvendt rygestopmedicin (Intention-to-treat (ITT) beregning*)



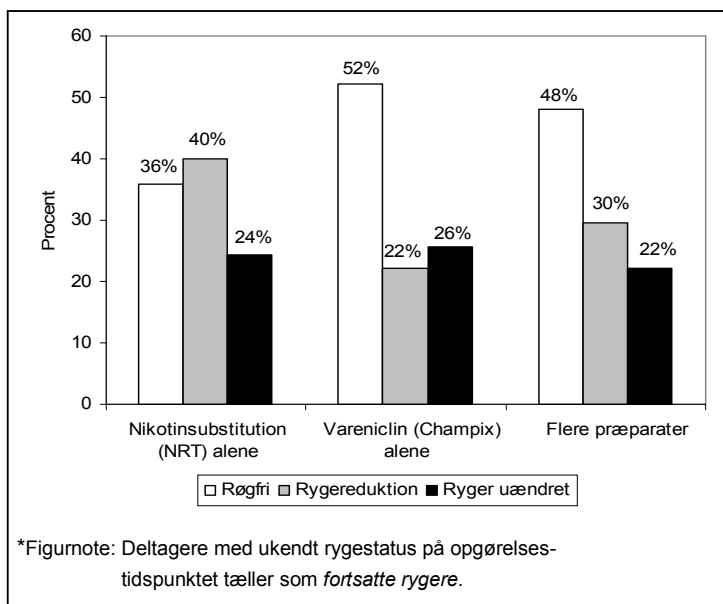
Efter 6 måneder er der stadig en større andel af deltagerne i vareniclin-gruppen, der var røgfrie sammenlignet med deltagerne i NRT-gruppen. Nemlig 32% (62 deltagere), der havde fået vareniclin mod 22% (33 deltagere), der havde fået NRT (Figur 12, ITT).

Hvis man ser bort fra de deltagere, som det ikke har været muligt at følge op på efter 6 måneder, og beregner rygestoprater med udgangspunkt i en Per Protocol beregning, steg rygestopraterne efter 6 måneder til 45% for vareniclin og 33% for NRT.

Som beskrevet oven for var der nogle borgere, der havde fået mere end en type rygestopmedicin – oftest NRT og vareniclin. Typisk fordi de først havde prøvet et præparat og måske havde oplevet manglende effekt eller på anden vis ikke ønsket at fortsætte med dette præparat, hvorfor de i stedet havde modtaget et andet præparat. I nedenstående analyse er gruppen med brug af mere end en type rygestopmedicin skildt ud for sig, hvorfor de forskellige grupper af rygestopmedicin bliver unikke og uden deltagere, der tilhører flere grupper samtidigt.

Figur 13 viser resultatet af denne analyse på rygestopraten efter endt rådgivningsforløb efter tre måneder, idet der er delt op på deltagere, der alene havde fået NRT, deltagere der alene havde fået vareniclin og endelig deltagere, der havde fået flere præparater (to typer rygestopmedicin). Gruppen af deltagere, der alene havde fået bupropion, er udeladt, da det kun drejede sig om en deltager, hvilket også gør sig gældende for gruppen, der slet ikke havde fået rygestopmedicin, da det kun drejede sig om fem deltagere.

Figur 13. Røgfrihed eller reduktion i tobaksforbrug efter endt rådgivningsforløb opdelt på anvendt rygestopmedicin (Unikke grupper, Intention-to-treat (ITT) beregning*)

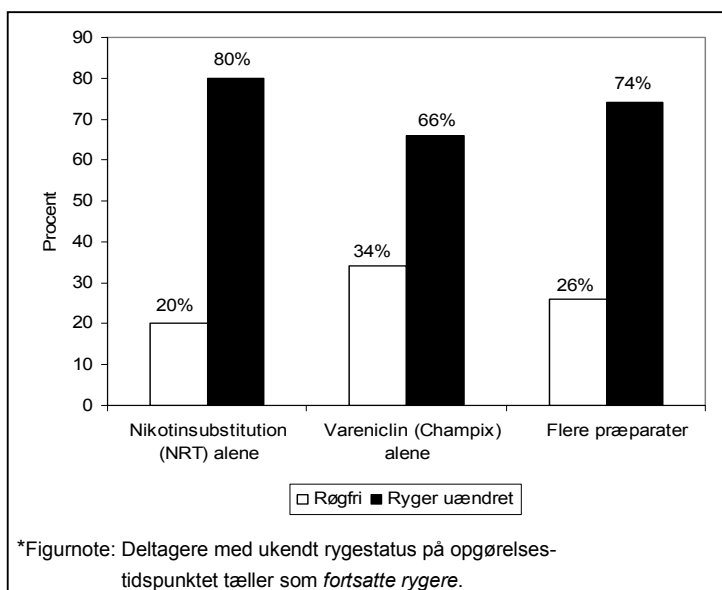


Som det ses af figur 13 var andelen af røgfrie efter endt rådgivningsforløb forsat højest blandt deltagere, der udelukkende havde fået vareniclin, hvilket gælder 52% (75 deltagere), mens de tilsvarende tal var 48% (26 deltagere) blandt dem, der havde fået flere præparater, og 36% blandt deltagere der udelukkende havde fået NRT.

Sammenlignet parvist var der signifikant flere, der udelukkende havde anvendt vareniclin (sammen med proaktiv kontakt og individuel rådgivning), som var stoppet med at ryge sammenlignet med dem der udelukkende havde anvendt NRT (sammen med proaktiv kontakt og individuel rådgivning) ($\chi^2=9.533$, $df=2$, $P=0,009$). I de øvrige parvise sammenligninger mellem NRT og flere præparater ($\chi^2=2.330$, $df=2$, $P=0,312$), og mellem vareniclin og flere præparater ($\chi^2=1,066$, $df=2$ $P=0,587$) var der ingen statistisk signifikant forskel i rygestopraterne efter endt rådgivning.

De tilsvarende resultater efter 6 måneder fra rygestopdatoen er præsenteret i Figur 14.

Figur 14. Røgfrihed efter 6 måneder fra rygestopdatoen opdelt på anvendt rygestopmedicin (Unikke grupper, Intention-to-treat (ITT) beregning*)



Efter 6 måneder fra rygestopdatoen var 34% (49 deltagere), der udelukkende brugte vareniclin, forsat røgfrie, mens dette var tilfældet for 26% (14 deltagere), der havde prøvet flere præparater, og for 20% (19 deltagere) der udelukkende havde brugt NRT.

Igen sammenlignet parvist var der signifikant flere, der var røgfrie efter 6 måneder i gruppen, der udelukkende havde anvendt vareniclin sammenlignet med NRT ($X^2=5,735$, $df=1$, $P=0,017$). Dette var omvendt ikke tilfældet ved sammenligning af NRT og flere præparater ($X^2=1,685$, $df=1$, $P=0,194$) og ved sammenligning af flere præparater og vareniclin ($X^2=0,312$, $df=1$, $P=0,576$), idet rygestopraterne ligger tættere på hinanden her.

Set i forhold til en Per Protocol beregning, hvor der ses bort fra borgere med ukendt rygestatus efter 6 måneder, øgedes andelen af røgfrie til 47% i vareniclin-gruppen, til 41% i gruppen med flere præparater og til 28% i NRT-gruppen.

5.4.3.3 Andre sammenhænge med røgfrihed

I ovenstående sub-analyser blev sammenhængen mellem røgfrihed og henholdsvis sociale udsatte/sårbare grupper og anvendt type af rygestopmedicin, såvel som køn undersøgt. Der kan være andre sammenhænge, der er med til at forklare den enkelte deltagers røgfrihed eller ej. I bivariate analyser blev en række faktorer derfor undersøgt i forhold til, om man er røgfri eller ej efter endt rådgivningsforløb og efter 6 måneder fra rygestopdatoen. Det drejede sig om variable, der beskriver rygehistorikken hos borgeren (antal år røget og antal pakkeår røget), borgerens nikotinafhængighed (Fagerstrøm scoren) og omfanget af den rådgivning man har fået i forbindelse med rygestopforsøget (målt ved antal mødegange). Disse variable er opsummeret neden for i Tabel 10.

Tabel 10. Sammenhænge med røgfrihed eller ej

Efter endt rådgivningsforløb (3 måneder)			
<i>Faktor</i>	<i>Røgfrie</i>	<i>Ikke-røgfrie</i>	<i>Statistisk test</i>
Antal år røget	32 år	32 år	P=0,72*
Antal pakkeår røget	40 år	41 år	P=0,82*
Fagerstrøm (nikotinafhængighed)	6,3	6,6	P=0,19*
Antal mødegange	5,8 møder	5,1 møder	P=0,07*
6 måneder efter rygestopdatoen			
<i>Faktor</i>	<i>Røgfrie</i>	<i>Ikke-røgfrie</i>	<i>Statistisk test</i>
Antal år røget	34 år	35 år	P=0,50*
Antal pakkeår røget	42 år	46 år	P=0,32*
Fagerstrøm (nikotinafhængighed)	6,2	6,6	P=0,29*
Antal mødegange	5,6 møder	5,8 møder	P=0,29**

Tabelnote: * T-tests⁵

** Mann Whitney U test⁶

Som det ses af Tabel 10 var der ingen signifikante sammenhænge mellem om man var røgfri eller ej og de fire udvalgte faktorer. Dog er der en grænsesignifikant sammenhæng mellem antal mødegange og hvorvidt man var røgfri eller ej, idet de røgfrie havde haft lidt flere møder end de ikke-røgfrie (P=0,07). De andre faktorer viste ingen forskel mellem gruppen af røgfrie og dem der er fortsatte rygere, hverken efter endt rådgivningsforløb eller efter 6 måneder fra rygestopdatoen.

5.5 Ændringer i henvisningsmønstret til rygestop i Kolding Kommune

Forventningen med gennemførelsen af projektet og brugen af samtykkeerklæringer var, at det ville medføre en stigning på 50% i antallet af borgere der gennemgår rygestopforsøg i Kolding Kommune, jf. successkriterierne afsnit 4.1.3.

I den et-årige periode fra 16. maj 2011 til 15. maj 2012, som projekt Slå Tobakken har kørt, blev der inkluderet 301 borgere i individuelle rygestopforløb i Kolding Kommune henvist fra almen praksis eller sygehuset. Dertil kommer, at der i samme periode har været afholdt 5 rygestopkurser i kommunen med 12 deltagere på hvert hold (gruppeforløb). Samlet set betyder det, at der har været 361 borgere igennem et rygestopforløb i Kolding Kommune i perioden 16. maj. 2011 til 15. maj 2012.

Til sammenligning havde Kolding Kommune i 2009 171 borgere gennem rygestopforløb, hvor af de 27 var individuelle forløb og resten deltog i rygestophold (12 hold). I 2010 var de tilsvarende tal 70 borgere gennem rygestopforløb (10 individuelle rygestopforløb og 60 deltagere på 5 rygestophold), idet der var færre ressourcer til området.

Sammenligner man aktiviteten i Kolding Kommune i projektperioden med tidligere år så er forventningen om en 50% stigning i antallet af borgere, der gennemgår rygestop opfyldt (projekt succeskriterium, jf. afsnit 4.1.3). Sammenlignet med både 2010 og 2011 var der tale om mere end

⁵ Levene's test af variansen i de enkelte sammenligninger var signifikant, så der var homogenitet og ens varians. Det vil sige, at t-testet kunne bruges.

⁶ Levene's test af variansen i de enkelte sammenligninger var ikke signifikant, så der var heterogenitet og ikke ens varians. Det vil sige, at t-testet kunne ikke bruges. I stedet anvendtes Mann Whitney U test.

dobbelt op på antallet af borgere i rygestopforløb, og sammenlignet med 2010 var der endda tale om en femdobling af aktiviteten. Dertil kommer, at de 301 borgere i projektperioden har været igennem mere ressourcekrævende individuelle forløb frem for holdbaserede gruppeforløb. Dette har været nødvendigt med den målgruppe af rygere projekt Slå Tobakken har fokus på. Endelig vurderes det, at en langt større andel af rygerne er blevet henvist til rygestop i kommunen sammenholdt med tidligere år frem for selv at være mødt op til/henvendt sig til kommunen for rygestop.

Sammenlignet med den kommunale rygestopaktivitet på landsplan lå aktiviteten i Kolding Kommune fra 16. maj 2011 til 15. maj 2012 også højt. Jævnfør Rygestopbasens årsrapport for 2012 var der på landsplan 3.201 deltagere i kommunale rygestopkursus i 2012 mod 4.069 deltagere i 2011 (13).⁷ Sammenlignet hermed udgjorde rygestopaktiviteten i den et-årige projektperiode i Kolding Kommune mellem 9% og 12% af den samlede nationale rygestopaktivitet i kommunerne. Dette selv om Koldings Kommunes indbyggertal kun svarer til 1,6% af den samlede befolkning i Danmark.

Ud over at få en stor andel af deltagerne til at holde op med at ryge synes projekt Slå Tobakken således også at have haft stor succes med rekruttering af deltagere til et kommunalt rygestoptilbud, hvilket endda har gjort sig gældende for en sværere målgruppe af socialt udsatte/sårbare borgere. En rekrutteringsindsats som Rygestopbasen for nyligt efterspurgte fremtidige indsatser i forhold til (10).

5.6 Brug af rygestopmedicin i dag

Af de 301 borgere i projekt Slå Tobakken er der i dag 6 måneder efter rygestopdatoen 20 borgere, der aktuelt bruger nikotinsubstitutionshjælpemidler (NRT). Af dem er de 8 røgfrie, mens 12 fortsat ryger (Tabel 11). 15 af de 20 anvendte ligeledes NRT til at forsøge at holde op med at ryge, og har måske fortsat med at tage NRT ud over de sædvanligt anbefalede 3 måneder. Det svarer til 10% af de 149 deltagere, der ud over den individuelle rådgivning har taget NRT i forbindelse med rygestopforsøget. Og af disse NRT-brugere er 10 ikke lykkedes med at holde op med at ryge. Fem af dem der forsøgte at holde op med at ryge med brug af vareniclin tager aktuelt NRT 6 måneder efter rygestopdatoen, heraf er de to ikke holdt op med at ryge.

Tabel 11. Brug af nikotinsubstitution (NRT) og E-cigaretter i dag (6 måneder fra rygestopdato)

	Røgfrie (ved 6 måneder)	Ryger fortsat	Samlet
Bruger aktuelt NRT	8 borgere	12 borgere	20 borgere
Bruger E-cigarett	4 borgere	15 borgere	19 borgere

Med fremkomsten og spredningen af E-cigaretten er der 19 borgere, der 6 måneder efter deres rygestopdato bruger E-cigarett – formentlig med nikotin. Størstedelen af dem (79%) er ikke holdt op med at ryge, og bruger derved E-cigaretten som et supplement til deres rygning. Den største gruppe af E-cigarett brugere findes blandt de borgere, der anvendte vareniclin til at forsøge at stoppe med at ryge, idet 11 ud af 18 E-cigarett brugere er i denne gruppe, hvor af de 10 ikke lykkedes med at holde op med at ryge. De andre 8 E-cigarett brugere anvendte NRT til rygestopforsøget.

⁷ 60 ud af de 98 kommuner rapporterer data for deres rygestopforløb ind til Rygestopbasen (2011-tal) (13).

Evaluering: Rygestop til socialt udsatte/sårbare borgere og deres nærmeste pårørende i Kolding Kommune

Samlet set bruger 39 borgere (13%) aktuelt i dag rygestophjælpemidler, der indeholder/kan indeholde nikotin – flest blandt gruppen der forsat ryger, men også en pæn andel (31% (12 deltagere)) blandt dem, der er holdt op med at ryge.

5.7 Deltagernes tilfredshed med projekt Slå Tobakken

I forbindelse med opfølgningen per telefon forestået af Stoplinien blev deltagerne i projekt Slå Tobakken på en skala fra 1 til 5⁸ spurgt om deres tilfredshed med dels rygestopinstruktørens indsats og dels med rygestopkurset som helhed.⁹

I forhold til førstnævnte var der en meget stor tilfredshed med rygestopinstruktørens indsats i projekt Slå Tobakken, idet den gennemsnitlige score på skalaen fra 1 til 5 var 4,65 og med 76%, der havde angivet 5 i deres besvarelse, dvs. højeste score. I forhold til rådgivningsmøderne (rygestopkurset) som helhed var der ligeledes stor tilfredshed blandt deltagerne med en gennemsnitlig score på 4,6 og 73% med en score på 5.

Samlet set var der således blandt deltagerne en meget stor tilfredshed med projekt Slå Tobakken.

5.8 De henvisende sundhedsprofessionelles oplevelse

Til sikring af samarbejdet med de henvisende sundhedsprofessionelle og projektets fremdrift blev der nedsat en projektstyregruppe bestående af sygeplejeadministratoren fra Fredericia og Kolding Sygehuse (Sygehus Lillebælt), sundhedschefen fra Kolding Kommune, praksiskonsulenten i Kolding Kommune og de to ansatte i projektet.

På Fredericia og Kolding Sygehuse (Sygehus Lillebælt) blev der fra starten nedsat en arbejdsgruppe (i samarbejde med afdelingsledelserne) med repræsentanter fra hver afdeling. En person var bindeled mellem arbejdsgruppen og styregruppen og henvisningen fra sygehuset startede med en pilotafdeling. Samarbejdet har fungeret upåklageligt, det har fulgt projektbeskrivelsen. De medicinske afdelinger kunne også se en stor fordel i henvisningsmuligheden, som gjorde det nemt at snakke rygning med patienterne. De medicinske afdelinger har samlet henvist 33 patienter.

De henvisende sundhedsfaglige personer fra almen praksis har i høj grad også været deltagende. 32 lægehuse/klinikker i Kolding Kommune¹⁰, hvor af de 22 er flermåndspraksis og 10 er enkeltmandspraksis, har gennem den et årige inklusionsperiode haft mulighed for at henvise borgere til projekt Slå Tobakken. Dette er der kun to lægehuse, der ikke har benyttet sig af, idet de praktiserende læger har henvist i stor stil. 10 lægehuse har henvist mellem 10 og 21 patienter, mens 8 lægehuse har henvist mellem 5 og 9 patienter, og 12 lægehuse har henvist mellem 1 og 4 patienter. Samlet set har de 32 lægehuse jævnt hen over året henvist 224 patienter til projekt Slå Tobakken, hvor af 17 dog ikke resulterede i igangsatte rygestopforløb. I gennemsnit har almen praksis lægehusene i Kolding Kommune henvist 7 patienter gennem et år til projekt Slå Tobakken.

⁸ På skalaen er 1 dårligt og 5 bedst.

⁹ Der er tale om et standard spørgsmål i Rygestopbasen, hvor alle der følges op på spørges om tilfredshed med rygestopkurset som helhed, selv om der i Rygestopbasen både rapporteres individuelle og holdkurser. For nærværende undersøgelse er spørgsmålet og dets besvarelser tolket som svar på tilfredshed med de individuelle møder, jf. at der ikke var tale om et holdbaseret kursus.

¹⁰ Medregnet Lægehuset Egtved i Vejle Kommune.

Den resterende andel deltagere i projekt Slå Tobakken har været pårørende.

Der var nogle barrierer i starten med forskellige it-systemer i praksis. Her er det en stor fordel at inddrage kommunens praksiskonsulent, kommunens it-ansvarlige og regionens it-ansvarlige på praksisområdet. Der blev henvist til andre praksis, som henviste rigtigt og der blev løbende skrevet i nyhedsbreve til praksis. På sygehusafdelinger er der mange ansatte, som gør at det kan være svært at nå ud til alle. Der blev givet information på personalemøder om projektet. Patienterne er indlagte i kort tid, og dermed hurtigt flow. Det er vigtigt med nøglepersoner på sygehusniveau som er supporter og med til at fastholde fokus på sygehusniveau. Det har også været vigtigt at kollegaer i sundhedsområdet var velinformeret og deltagende om projektet.

Internet survey med de henvisende sundhedsprofessionelle

28 praktiserende læger fra de 32 lægehuse i Kolding Kommune, såvel som to respondenter fra de medicinske afdelinger på sygehuset besvarede den internetbaserede spørgeskemaundersøgelse vedrørende de sundhedsprofessionelles vurdering af og tilfredshed med projekt Slå Tobakken og den henvisningsmulighed til rygestop tiltaget giver. Blandt de praktiserende læger har 21 ud af de 28 læger henvist patienter til projekt Slå Tobakken.

De sundhedsprofessionelle med mulighed for at henvise til projekt Slå Tobakken var generelt positive over for projektet. De blev blandt andet bedt om at vurdere de tre indsatser i projekt Slå Tobakken og deres betydning for borgerens ønske om at forsøge at holde op med at ryge.

De to respondenter fra sygehusregi har i alle tre tilfælde vurderet, at hvert element har meget stor betydning for borgernes ønske om at holde op med at ryge. De praktiserende lægers svar fremgår af tabel 12.

Tabel 12. Praktiserende lægers vurdering af betydningen af projekt Slå Tobakken's tre elementer for de henvistes ønske om at holde op med at ryge (N=28 deltagere)

	Proaktiv førstegangs-henvendelse fra kommunen til borgeren via telefon	Individuelle rådgivningsforløb	Mulighed for betalt rygestopmedicin
Meget stor betydning	14%	7%	36%
Stor betydning	14%	50%	29%
Mindre betydning	14%	4%	4%
Ved ikke / uoplyst	57%	39%	32%

Som det ses af tabellen var det for de praktiserende læger især muligheden for betalt rygestopmedicin og de individuelle rådgivningsforløb, der vurderes at være af meget stor eller stor betydning for borgernes succes med at stoppe. Den proaktive førstegangskontakt fra kommunen vurderedes ikke umiddelbart af de praktiserende læger at have en betydning. Dog havde flertallet af læger ikke vurderet dette punkt.

Det er dog projektets styregruppe og projektgruppes vurdering, at henvisningen og den proaktive førstegangskontakt fra kommunen til borgeren omkring tilbud om rygestop har en stor betydning på linie med de to andre elementer i projekt Slå Tobakken. Samtidig skal det understreges, at det er alle tre elementer, som udgør projekt Slå Tobakken og dermed resulterer i de rygestoprater, der fremkommer af projekt Slå Tobakken.

De fleste praktiserende læger (93%) havde også tidligere tilbudt rygestop til socialt udsatte/sårbare borgere. Men projekt Slå Tobakken havde alligevel hjulpet 80% med i høj, nogen eller mindre grad at tilbyde hjælp til rygestop for socialt udsatte/sårbare borgere. Dette steg til 96%, hvis man alene ser på dem, der aktivt har henvist. For mere end halvdelen af de praktiserende læger var samarbejdet med Kolding Kommune således også øget pga. projektet.

Størstedelen af de sundhedsprofessionelle, der havde svaret, vurderer, at der er et fremtidigt behov for at fortsætte det tilbud med proaktiv kontakt, individuel rådgivning og betalt rygestopmedicin, som projekt Slå Tobakkens indeholder. Blandt alle mener 70% dette i høj eller nogen grad, mens det stiger til 83%, hvis man alene betragter de læger, der har henvist til projekt Slå Tobakken. Blandt disse findes også den største gruppe (79%) som er klar over, at projekt Slå Tobakken forsætter.

5.9 Andre eksterne samarbejdspartnere

Mange af de deltagende borgere tilhørende målgruppen af socialt udsatte/sårbare har i forvejen snitflader til Kolding Kommune, idet de befinder sig på kommunens jobcenter, undergår rehabilitering eller kommer i misbrugscentret. Det har derfor været et oplagt med et tættere samarbejde med disse andre kommunale aktører – et ønske der var gensidigt. Indsatserne blev således koordineret tværfagligt.

Der har også været tæt samarbejde med det apotek, der har udleveret den receptpligtige medicin. Det har været en stor fordel med et apotek, mindre risiko for fejl. Der har været stor fleksibilitet, personalet har været velinformeret og apoteket er beliggende tæt ved sundhedscentret. Der har været løbende samarbejds møder, som har været med til at begrænse evt. fejl og misforståelser.

5.10 Økonomi

5.10.1 Driftsøkonomiske konsekvenser

Projekt Slå Tobakken modtog som led i SATS-puljen samlet 1.3 mio. kr. bl.a. til dækning af den individuelle rådgivning, udlevering af gratis rygestopmedicin, samt den ekstra data rapportering og administration, der er nødvendig for opgørelse af effekter og evaluering af projektet. Projektets ressourcer til gratis rygestopmedicin udgjorde 383.500 kr. På grund af den store succes med hensyn til rekruttering i projektet, hvor dobbelt så mange som forventet blev inkluderet, er der samlet set brugt 478.638 kr. på betalt rygestopmedicin, som et tilbud til de 301 borgere (Tabel 12). Den resterende del af midlerne til rygestopmedicin er betalt af Kolding Kommune.

Som det tidligere fremgik af afsnit 5.3 havde hver enkelt deltager i gennemsnit et rådgivningsforløb med individuel rådgivning med rygestoprådgiver i Kolding Kommune på 188 minutter (5 konsultationer). Beregnet ud fra en gennemsnitlig timeløn er udgiften til 943 timers rådgivning samlet set på 189.862 kr. eller 631 kr. per deltager i gennemsnit (Tabel 13). Ud over den direkte konfrontationstid (rådgiver til ryger) er der i projekt Slå Tobakken, som i anden rygestoprådgivning, brugt yderligere tid på administration, kontakt til borgeren (booking), ombooking af tider ved aflysninger, udeblivelser, etc. Det er vurderet, at denne del af arbejdet har taget lige så meget tid for rygestoprådgiveren som den direkte rådgivningstid. Derfor lægges der i beregningen i tabel 13 yderligere 188 timer oven i per deltager i gennemsnit for at rygestoprådgivning i projekt Slå Tobakken. Endelig fremgår det af tabel 13, at der per deltager i gennemsnit er betalt 1.590 kr. til dækning af rygestopmedicin.

Totalt set betyder det, at den driftsmæssige udgift per deltager i projekt Slå Tobakken er 2.852 kr., jf. tabel 13.

Tabel 13. Udgifter til rygestopindsatsen Slå Tobakken (kr.)

	Antal deltagere	Total gennemsnitlig forløbstid	Gennemsnitlig timeløn, incl. pension (kr.)	Samlet udgift (kr.)	Udgift per deltager (kr.)
Individuelle konsultationer	301	188 minutter	201 kr.	189.862 kr.	631 kr.
Overhead-tid (adm, booking, etc.)	301	188 minutter	201 kr.	189.862 kr.	631 kr.
Gratis rygestopmedicin	296			478.638 kr.	1.590 kr.
Total				858.363 kr.	2.852 kr.

Til sammenligning synes denne udgift at ligge i nogenlunde samme leje, endda lidt lavere, end hvad der tidligere har været opgjort på baggrund af Rygestopbasens aktivitet. Olsen et al. (2006) fandt med udgangspunkt i 2001-priser, at den gennemsnitlige omkostning per person, der gennemgik rygestopforløb (typisk rygestopkursus) rapporteret ind til Rygestopbasen i perioden 2001-2002, var på mellem 3.100 kr. og 3.375 kr. (2001-priser) (34). Prisen per person der deltager i projekt Slå Tobakken og modtager individuel rådgivning og betalt rygestopmedicin kan derfor ikke siges at være høj, men ligger på et gennemsnitligt leje for prisen for et rygestopforløb.

Med knap 28% af deltagerne som værende stoppet med at ryge efter 6 måneder (ITT-beregning) bliver den driftsmæssige omkostning per deltager med succesfuldt rygestop i projekt Slå Tobakken på 10.258 kr. Tages der i stedet udgangspunkt i Per Protocol beregningen for rygestop efter 6 måneder (39%, jf. afsnit 5.4.2.2) bliver omkostningen per deltager med succesfuldt rygestop 7.256 kr. Den reelle pris for at opnå et rygestop i projekt Slå Tobakken ligger forventeligt her i mellem.

5.10.2 Sundhedsøkonomiske konsekvenser

Op mod halvdelen af rygerne vil leve med og dø af en rygerelateret sygdom, som f.eks. kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), lungekræft eller hjertekarsygdom (35). I Danmark skyldes 24% af alle dødsfald rygning, såvel som at levetiden reduceres med omkring 10 år i sammenligning med en ikke-ryger (1). De leveår, der mistes, er dog de raske og ikke de syge leveår. Rygning har derfor store konsekvenser for omkostningerne i sundhedssektoren og samfundet, hvilket også tidligere er dokumenteret af Statens Institut for Folkesundhed (SIF), der fandt at rygning årligt koster sundhedsvæsenet netto 3.4 mia. kr. årligt (2005-priser) og samfundet 24 mia. kr. årligt, når sygefravær, førtidspensionering og for tidlig død medregnes (1). Overført direkte til Kolding Kommunes indbyggertal svarer dette til en årlig netto udgift for sundhedsvæsenet på 55 mio. kr. og en årlig udgift for samfundet på 390 mio. kr. (2005-priser) for en population svarende til Koldings.

Med den kommunale medfinansiering, jf. Sundhedsloven, har rygning og de relaterede udgifter der er hertil også betydning for kommunerne. Reindahl Rasmussen beregnede tilbage i 2006, at de forventede årlige omkostninger ved at borgere mellem 35-89 år ryger kostede en gennemsnitskommune på 30.000 indbyggere omkring 13,6 mio kr. årligt, når der fokuseredes på indlæggelser, ambulant behandling, almen praksis og fysioterapi (36). Kommunerne skal i henhold til Sundhedsloven i dag betale 34% af DRG afregningstaksten for egne borgere indlagt på somatisk sygehus med et årligt maksimum per borger på 14.025 kr. Dertil kommer, at kommunerne har ansvar for en del af den efterfølgende rehabiliteringsindsats, pleje og omsorg af syge borgere, såvel som det økonomiske ansvar for udbetaling af dele af sociale ydelser påhviler

kommunerne. Derfor har rygning store økonomiske konsekvenser for kommunen. Indsatser til forebyggelse og begrænsning af rygning, som f.eks. rygestopindsatser som i projekt Slå Tobakken, må således alt andet lige forventes at frigøre ressourcer for kommunen på sigt som følge af undgåede rygerelaterede sygdomme.

I nærværende afsnit er det søgt at modelberegne på sådanne potentielle frigjorte ressourcer, der forventes at følge af de rygestop, der opnås med projekt Slå Tobakken, som beskrevet oven for i afsnit 5.4. Det skal understreges, at der er tale om en modelberegning og prognose ud i fremtiden, idet projekt Slå Tobakken med dets afslutning før sommeren 2012 og færdig opfølgning af patienterne i begyndelsen af 2013 selvsagt ikke er designet til at registrere disse længeresigtede konsekvenser. Beregningen er dog relevant, idet den afdækker relevansen for kommunen i at have fokus på rygestop, også af de socialt udsatte/sårbare grupper og bruge ressourcer på rygestop aktiviteter som f.eks. Slå Tobakken.

Modelberegningen - metode

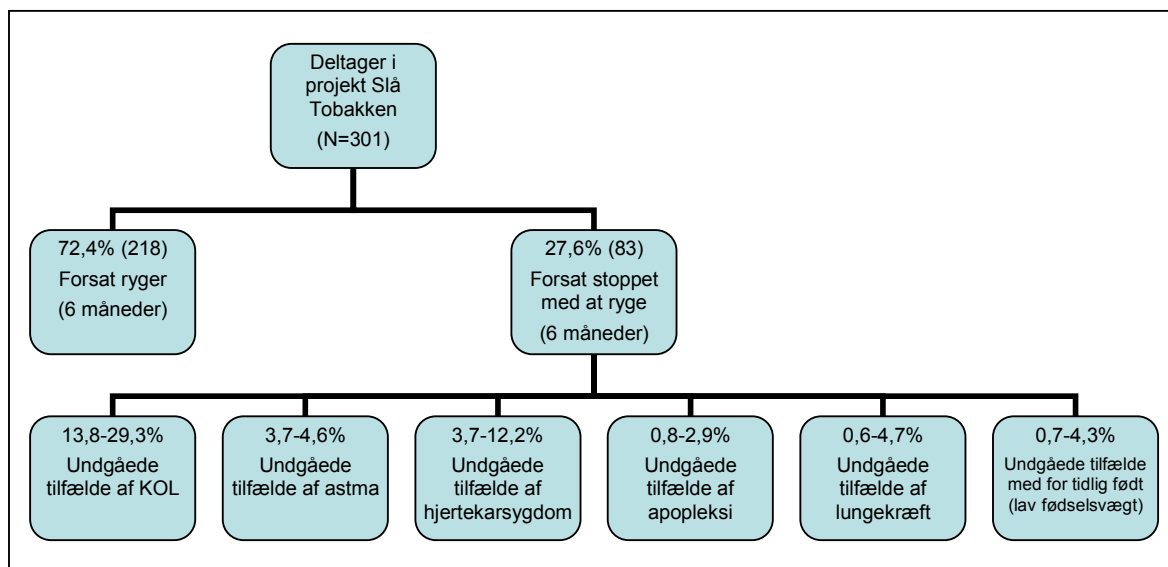
I modelberegningen er der taget udgangspunkt i en model udviklet af den offentlige engelske myndighed National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). NICE har udviklet modellen "*The Smoking Cessation – varenicline: Costing Template*" (37) til brug for implementeringen af rygestop lægemidlet varenicline i England.¹¹ Modellen er en statisk model, der for 6 rygerelaterede sygdomsområder, som et tværsnit viser konsekvensen af opnåede rygestop i form af undgået rygerelaterede sygdomme og frigjorte ressourcer efter 20 år.

De data der indgår i NICE's model kommer fra en WHO Hecos model, hvor der af Orme et al. (38) også fremgår andele af de rygerelaterede sygdomme efter 2, 5 og 10 år. Dette er for nærværende evaluering bygget ind i modelberegningen, således at den beregner undgåede rygerelaterede sygdomme og frigjorte ressourcer efter henholdsvis, 2, 5, 10 og 20 år efter initiering og opnåelse af rygestop for tidligere rygere. Desuden blev beregningsmodellen tilpasset danske forhold, herunder omkostninger ved de forskellige sygdomme/sygdomsområder, såvel som at modellen blev sat op efter effektresultatet (6 måneders ITT stoprate) i projekt Slå Tobakken.

Neden for i figur 15 er beregningsmodellen skitseret.

¹¹ NICE model (Smoking Cessation varenicline Costing Template. NICE Technology Appraisal Guidance 123, July 2007) (<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11809/35946/35946.xls>) (37).

Figur 15. Beregningsmodellen baseret på NICE costing template TA123 (andele af undgåede rygerelaterede sygdomme 2 år efter rygestop (tværsnit) og op til 20 år efter rygestop (tværsnit))¹.



Modelkilder: NICE model (Smoking Cessation varenicline Costing Template. NICE Technology Appraisal Guidance 123, July 2007) (<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11809/35946/35946.xls>) (37) og Orme et al. (38) for modellens 5, 10 og 20 års perspektiv.

Tabelnote:

1. Andele af undgåede rygerelaterede sygdomme udgøres af både undgået morbiditet og mortalitet, jf. NICE modellen (37) og Orme et al. (38).

I modellen udviklet af NICE er de fremtidige frigjorte ressourcer som følge af forventede færre rygerelaterede sygdomme givet rygestop ikke diskonteret. Samme princip er anvendt i appliceringen på projekt Slå Tobakkens.

For de enkelte rygerelaterede sygdomme er den gennemsnitlige årlige omkostning i sundheds- og socialsektoren i Danmark, herunder de kommunale udgifter til social pleje og omsorg, såvel som udbetaling af sociale ydelser, søgt identificeret for så vidt den er opgjort af myndigheder eller i publicerede studier. Disse omkostninger indgår i modellen som potentielle fremtidige sparede omkostninger ved at en borger holder op med at ryge, jf. grundlaget i NICE modellen. For de tilfælde, hvor det ikke har været muligt at identificere et studie som har haft et bredt perspektiv med både sundhedssektor og socialsektor omkostninger er der taget udgangspunkt i DRG-takster, der alene dækker den første (akutte) sygehusindlæggelse og derfor klart er et underestimat.

Som beskrevet oven for tilfalder udgiften ved de rygerelaterede sygdomme delvist de kommunale budgetter, jf. reglerne om den kommunale medfinansiering, såvel som at nogle opgavevaretagelser, f.eks. dele af rehabiliteringen, påhviler kommunerne. Denne andel er det søgt at kvantificere i modelberegningen enten på baggrund af den præcise fordeling i de fundne omkostningsstudier eller ved brug af reglen om 34% kommunal medfinansiering af de regionale udgifter til indlæggelse.

Alle enhedsomkostninger er justeret til 2012-prisniveau med brug af Danmarks Statistiks Nettoprisindeks (PRIS7 2000=100), hvor varegruppen Sundhed er valgt.

Neden for i tabel 14 præsenteres de anvendte årlige enhedsomkostninger for de rygerelaterede sygdomme og deres kilder.

Tabel 14. Årlige omkostninger (sundhed og social) for rygerelaterede sygdomme (kr.)

	Total udgift per år (kr.)	Kommunens andel af udgifterne	Kilder
KOL ¹	160.259 kr.	42% ²	Andreasen og Maltbæk (39) (Helsingør-studiet)
Astma ³	6.983 kr.	34%	Mossing & Nielsen (40)
Hjertekarsygdom ⁴	14.587 kr.	34%	Hjerteforeningen (41)
Apopleksi ⁵	140.700 kr.	39%	Sundhedsstyrelsen (42)
Lungekræft ⁶	32.911 kr.	34%	Sundhedsministeriet (43). Vægtet DRG takster 417, 418 og 419.
For tidligt født med lav fødselsvægt ⁷	105.816 kr.	14.025 kr. ⁸	Sundhedsministeriet (43). Vægtede DRG takster.

Tabelnoter:

- 2007-priser justeret op til 2012. Ekstraudgift per år er 82.388 kr. (39).
- Kommunal medfinansieringsandel fremgår af Andreasen og Maltbæk (40).
- 2000-priser justeret op til 2012.
- Alene sundhedsudgifter. Jf. Dansk Hjertestatistik 2010 (41) udgjorde årlige indlæggelser 4,5 mia. kr. og hjertemedicin 1,65 mia. kr., mens der var 420.000 danskere med hjertekarsygdom i 2010. 2010-priser justeret op til 2012.
- Sygehusudgift til behandling og rehabilitering samt kommunal rehabilitering, jf. Sundhedsstyrelsen (42). 2004-priser justeret op til 2012
- Kun DRG-takster - første indlæggelse. Øvrige sundheds- og sociale udgifter ikke medtaget. Vægtede DRG takster (417-419) for lungekræft.
- Kun DRG-takster - første indlæggelse. Øvrige sundheds- og sociale udgifter ikke medtaget. Vægtede DRG takster (1505-1510) for for tidligt fødte.
- Når med 34% afregning det maksimale loft på 14.025 kr., hvorfor dette er antaget i kommunal medfinansiering ved lav fødselsvægt.

Modelberegning på Projekt Slå Tobakken

Med brug af effektresultatet (antal deltagere med rygestop efter 6 måneder (ITT-beregning) 27,6%) fra projekt Slå Tobakken er de fremtidige sygdomsevents, der forventes undgået pga. øget rygestop i projektet beregnet med brug af den fordanskede NICE model (Tabel 15).

Tabel 15. Fremtidige sygdomsevent forventet undgået pga. rygestop i projekt Slå Tobakken

(modelleret ud fra de 301 deltagere og 83 med rygestop (6 mdr. stoprater ITT), NICE model modificeret efter danske forhold).

	Tværsnit efter 2 år	Tværsnit efter 5 år	Tværsnit efter 10 år	Tværsnit efter 20 år
KOL	12	13	16	24
Astma	3	3	3	4
Hjertekarsygdom	3	4	6	10
Apopleksi	1	1	1	2
Lungekræft	0	1	2	4
For tidligt født med lav fødselsvægt	1	1	2	4
Totalt	20	24	31	48

Modelkilder: NICE model (Smoking Cessation varenicline Costing Template. NICE Technology Appraisal Guidance 123, July 2007) (<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11809/35946/35946.xls>) (37) og Orme et al. (38) for modellens 5, 10 og 20 års perspektiv.

Som det ses af tabellen forventes det med 83 deltageres rygestop, at der efter 2 år undgås 20 sygdomsevent fordelt på de 6 grupper med KOL som den primære, og efter 20 år forventes samlet 48 sygdomsevent blandt de 83 deltagere at være undgået.

Med brug af de årlige omkostninger for at være i en af de seks sygdomsgrupper sammenholdt med de potentielt undgåede fremtidige sygdomsøkonomi givet opnået rygestop kan de forventede sparede fremtidige sundheds- og socialomkostninger i samfundet og opdelt på sektorer på grund af rygestop i projekt Slå Tobakken beregnes (Tabel 16).

Tabel 16. Forventede sparede fremtidige sundheds- og socialomkostninger pga. rygestop i projekt Slå Tobakken (modelleret ud fra de 301 deltagere og 83 med rygestop (6 mdr. stoprater ITT), NICE model modificeret efter danske forhold).¹

	Tværsnit efter 2 år (kr.)	Tværsnit efter 5 år (kr.)	Tværsnit efter 10 år (kr.)	Tværsnit efter 20 år (kr.)
KOL	1.847.900	2.086.374	2.628.289	3.922.886
Astma	21.415	22.327	23.919	27.058
Hjertekarsygdom ²	48.194	65.245	94.792	151.237
Apopleksi	97.166	126.845	191.141	340.723
Lungekræft ³	15.149	28.355	59.024	128.501
For tidligt født med lav fødselsvægt ³	65.012	126.175	220.364	380.144
Samlede sparede omkostninger	2.094.837	2.455.320	3.217.533	4.950.548
Kommunens andel af de sparede udgifter ⁴⁻⁶	851.535	982.000	1.268.237	1.935.497

Modelkilder: NICE model (Smoking Cessation varenicline Costing Template: NICE Technology Appraisal Guidance 123, July 2007) (<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11809/35946/35946.xls>) (37) og Orme et al. (38) for modellens 5, 10 og 20 års perspektiv.

Tabelnoter:

1. Som i NICE modellen er de fremtidige udgifter er ikke diskonteret.
2. Kun udgifter til indlæggelse og medicin (41). Øvrige sundhedsudgifter og socialsektor udgifter ikke medtaget.
3. Kun DRG-takster - første (akutte) indlæggelse. Øvrige sundhedsudgifter og socialsektor udgifter ikke medtaget.
4. Kommunens andel ved en gennemsnitlig KOL borger er 42% af ekstra udgifterne, jf. (39).
5. Kommunens andel til apopleksi rehabilitering dækker 39% af de samlede kommunale udgifter, jf. Sundhedsstyrelsen, (42).
6. Kommunens andel sat til 34% som er gældende, jf. Sundhedsloven med mindre det årlige loft på 14.025 kr. per patient nås.

Tabel 16 viser, at i år 2 (tværsnit) efter rygestoppet kan de samlede sparede omkostninger i sundheds- og socialsektoren opgøres til 2.1 mio. kr., hvor af de 1.2 mio. kr. hidhører regionen, mens de 850.000 kr. er kommunens andel, som følge af de 83 deltageres rygestop i projekt Slå Tobakken. I tværsnit år 5 stiger de sparede omkostninger til 2.4 mio. kr. som følge af flere sygdomsøkonomi undgået, og i år 20 stiger de til knap 5 mio. kr., hvor af de 3 mio. er regionens andel, mens de 2 mio. kr. er kommunens.

Disse potentielle besparelser skal sammenholdes med den udgift, det har at gennemføre et projekt som Slå Tobakken. Det skal understreges, at de fremtidige sparede omkostninger ikke er diskonteret i ovenstående modelberegning, da dette heller ikke er gjort i NICE modellen.

Diskussion af den anvendte NICE model

Der er med NICE modellen tale om en simpel forholdsvis model, der ikke tager højde for forhold som rygerens alder, rygehistorik, såvel som tidligere og nuværende sygdom i beregningen af de rygerelaterede sygdomsøkonomi og omkostninger. Omvendt er modellens enkelthed også en styrke, idet den inkorporerer en række af de kendte rygerelaterede sygdomsøkonomi og giver mulighed på baggrund af eksisterende studiefund at analysere på de økonomiske konsekvenser af disse.

Modellen tager dog ikke højde for tilbagefald til rygning, såvel som at rygerne, selv om de pga. rygestop nedsætter risikoen for at få de rygerelaterede sygdomsevents, der er beskrevet i tabel 15, kan komme til at opleve andre sygdomsevent fremadrettet, som derved også vil medføre en udgift for kommunen. Men at borgere fremadrettet kan få andre sygdomme er dog næppe et argument for ikke at ville intervenere i forhold til en given indsats og område.

Omvendt er der flere andre forhold, der gør, at den anvendte beregningsmodel kan siges at være forsigtig i forhold til det resultat, der fremkommer. For det første er det kun første-års omkostningerne ved de enkelte sygdomsevent, der indgår. Set i forhold til kroniske sygdomme som KOL, hjertekarsygdom, apopleksi, etc., der kan være livslange, og hvor der også i efterfølgende år vil være udgifter i sundhedssektoren og socialsektoren til sygdommens fortsatte behandling, rehabilitering, osv., fører begrænsningen til første-års omkostningen i beregningsmodellen klart til et underestimat af de forventede sparede fremtidige omkostninger.

Dertil kommer, at de anvendte enhedsomkostninger for sygdomsevents som hjertekarsygdomme, lungekræft og lav fødselsvægt alene medtager sundhedsudgifter, og ikke socialudgifter. For lungekræft og lav fødselsvægt er endda tale om, at der alene er brug DRG-afregningstakster, som kun dækker den første (akutte) indlæggelse på sygehus. Der indgår derfor ikke øvrige udgifter for sundhedssektoren og i socialsektoren ved disse sygdomsevents enhedsomkostninger i beregningsmodellen. Første-års omkostningen for disse tre sygdomsevents må derfor også siges at være klart underestimeret.

Samlet er det forhold der gør, at det samlede resultat af modelberegningen næppe er overvurderet.

Prognose for fremtidige kommunale udgifter og besparelser ved et forsat Slå Tobakken initiativ

De forventede fremtidige sparede sundheds- og socialsektorudgifter som følge af rygestop i projekt Slå Tobakken, der blev præsenteret i tabel 16, var kun tværsnitsomkostninger for de fire specifikke år ud i fremtiden, og kun med inddragelse af den årlige besparelse det første år efter at den rygerelaterede sygdom er undgået. Tabel 16 viser omvendt ikke de samlede potentielle sparede udgifter over en årrække, som følge af at en ryger stopper med et ryge i et år. Analysen er derfor yderst konservativ.

Kroniske sygdomme som KOL, astma, hjertekar og apopleksi, hvis man overlever sidstnævnte, vil også ud over det første år, hvor sygdomseventet indtræder, medføre store udgifter for sundhedsvæsenet i de følgende år. Som beregnet i Helsingør-studiet er de årlige omkostninger for en gennemsnitlig borger med KOL på 160,259 kr., hvor af de 42% er årlige udgifter for kommunen (39). Disse udgifter vil kommunen have i en årrække. Kan et tilfælde med KOL undgås som følge af rygestop vil disse udgifter omvendt kunne undgås og blive en potentiel besparelse ved rygestop.

I en tiårig beregning er de potentielle kommunale besparelser ved rygestop i 2012 i en population svarende til projekt Slå Tobakken regnet kumulativt for de følgende 10 år, idet besparelsen i år 2, jf. NICE-modellen i tabel 16, også er fremskrevet for år 3 og 4, mens besparelsen i år 5 er også fremskrevet for årene 6-9, afsluttende med besparelsen for år 10, jf. tabel 16. I efterfølgende år efter år 2 er det kun besparelser som følge af undgået KOL, astma, hjertekarsygdom og apopleksi, der indgår. Besparelser som følge af lungekræft og for tidlig fødsel er kun medregnet i år 2.

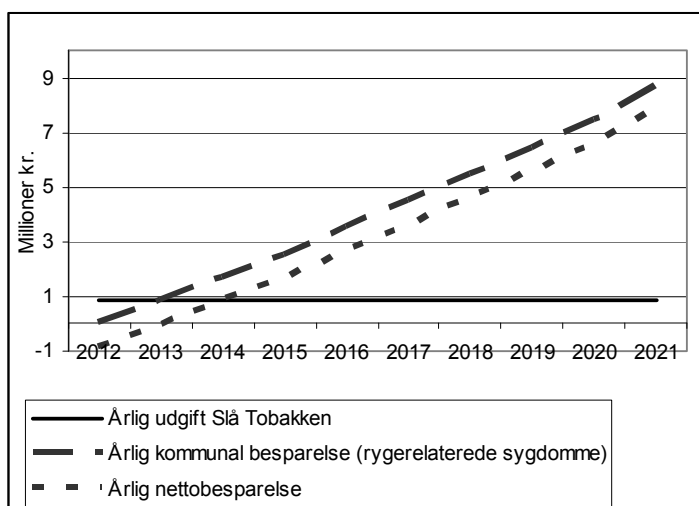
Ud over at kumulere besparelserne over 10 år er det også indregnet, at projekt Slå Tobakken fortsætter i de 10 år og under antagelse af at samme effekt af rygestoppet opnås. Både udgifterne

til gennemførelse af en forsat rygestopaktivitet i Kolding Kommune svarende til projekt Slå Tobakken, såvel som de kumulerede potentielt sparede fremtidige udgifter for kommunen som følge af 300 ekstra årlige rygestop blandt kommunens borgere, indgår i beregningerne.

Figur 16 viser den årlige udgift til Slå Tobakken fra 2012 til 2021, den årlige kommunale besparelse, der opnås grundet færre rygerelaterede sygdomme, samt potentiel nettobesparelse. Nettobesparelsen er beregnet som den årlige kommunale besparelse minus den årlige udgift til Slå Tobakken.

Figur 16. Prognose for projekt Slå Tobakken 2012-2021

- årlige udgifter, årlig kommunal besparelse og årlig nettobesparelse.

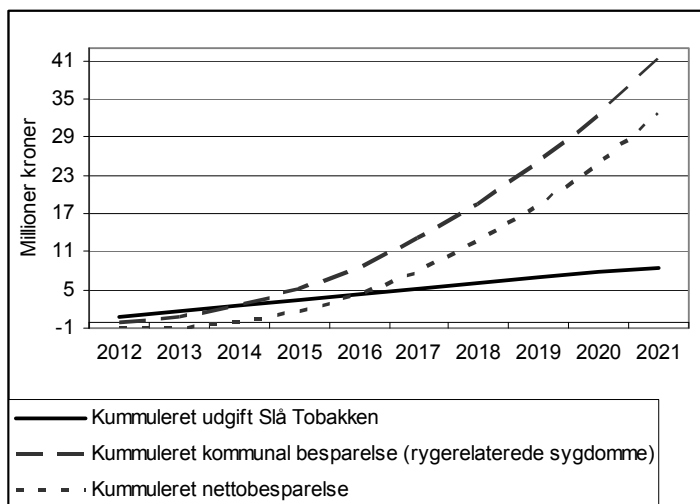


Som det ses af figur 16 øges den årlige kommunale besparelse, idet flere forventes at opnå rygestop, hvorfor flere undgår rygerelaterede sygdomme, og flere udgifter derved spares for kommunen.

I figur 17 er samme udgifter og besparelser kumuleret hen over perioden fra 2012 til 2021.

Figur 17. Prognose for projekt Slå Tobakken 2012-2021

- kummulerede udgifter, kommunal besparelse og nettobesparelse.



Af figuren ses det, at der allerede i år 2 er besparelser svarende til udgiften ved projekt Slå Tobakken og det opnåede rygestop resultat. Både den kummulerede kommunale besparelse og nettobesparelsen stiger her efter med langt højere stigningstakst end den kummulerede udgift til at drive en aktivitet som projekt Slå Tobakken. Forklaringen herpå er igen, at de rygere, der holder op med at ryge og undgår rygerrelaterede sygdomme, sparer kommunen for udgifter til disse rygerrelaterede sygdomme over en årrække, såvel som en fortsættelse af projekt Slå Tobakken vil være med til forsat at få nye rygere til at holde op med at ryge og derved undgå at nye personer får rygerrelaterede sygdomme til gavn for kommunens økonomi.

Resultatet ændres ikke, hvis fremtidige sparede sundheds- og sociale udgifter for kommunen diskonteres med 3%.

Den fremadrettede tiårs prognose i forhold til potentielle udgifter og besparelser baserer sig på en række antagelser. Blandt andet at effekten af Slå Tobakken tilbudet holder sig i alle 10 år, samt at alle rygere med rygestop, der undgår rygerrelaterede sygdomme, lever i mindst 10 år efter rygestoppet, idet død ikke indgår som muligt udfald i prognosen. Omvendt er udeladelsen af mulige besparelser ved lungekræft og for tidlig fødsel (lav fødselsvægt) ud over det første akutte år med til at gøre modellens resultat konservativt.

6 Diskussion

Der findes ikke nogen entydig definition af, hvad der forstås ved en socialt udsat og sårbar person i Danmark eller internationalt. Service Styrelsens Udsatteenhed og Rådet for Socialt Udsatte tager udgangspunkt i en forholdsvis snæver definition og definerer socialt udsatte som *personer med sindslidelse, alkoholmisbrug, stofmisbrug, hjemløse, prostituerede, har vold i nære relationer eller har senfølger af seksuelle overgreb* (44). Lignende snæver definition på socialt udsatte findes i Sund By Netværkets *Røgfrihed for alle* projekt, hvor socialt udsatte defineredes som stof- og alkoholmisbrugere, hjemløse, sindslidende og prostituerede (45). Den umiddelbart bredeste definition på socialt udsatte og sårbare findes i den nylige analyse af Rygestopbasen af Neumann et al., hvor socialt udsatte borgere defineres enten som lavt uddannede (max. 12 års skolegang) eller som arbejdsløse (10).

Nærværende projekt Slå Tobakken inddrog i definitionen af de inkluderede socialt udsatte og sårbare rygere, ud over den brede tilgang fra Rygestopbasens analyse (10), også mere snævre målgrupper som sygedagpengemodtagere og førtidspensionister. Motivationen herfor var at forsøge at favne nogle af de grupper af rygere, der i dag er sværere at motivere til rygestop og tiltrække til rygestopkurser. Grupper som sammen med personer med kort eller ingen uddannelse eller personer som er arbejdsløse typisk af sig selv ikke kommer til rygestopforløb i kommunen eller i det mindste udgør underrepræsenterede grupper i forbindelse med rygestopforløb til trods for, at deres andel blandt tilbageværende rygere vokser. Omvendt fravalgtes en meget snæver definition på socialt udsatte i projekt Slå Tobakken, dels fordi der var igangværende projekter på området, som *Røgfrihed for alle*, og dels fordi den andel disse rygere udgør af den samlede rygerpopulation i en kommune som Kolding trods alt er begrænset.¹² Med en lidt bredere definition på socialt udsatte/sårbare rygere forventedes derimod flere rygere at kunne nås med projektet.¹³

Rekrutteringssuccesen i projekt Slå Tobakken

Rekrutteringen til projekt Slå Tobakken med rekruttering af dobbelt så mange borgere som forventet har vist, at valget af målgruppe af socialt udsatte/sårbare rygere var relevant og velvalgt. Der har været et behov for et specifikt rygestoptilbud til netop denne gruppe. Antallet af deltagere i projekt Slå Tobakken udgør op imod 8% af det samlede antal deltagere i kommunale rygestoptilbud (2012) bekræfter dette. Et rummeligt og fleksibelt rygestoptilbud, der hang sammen med (shared care) de andre dele af sundhedsvæsenet (egen læge og sygehus) med proaktiv kontakt til den socialt udsatte/sårbare ryger, såvel muligheden for et optimeret rygestopforløb med individuel rådgivning og betalt rygestopmedicin, har givetvis stimuleret denne rekrutteringssucces for projekt Slå Tobakken.

Projekt Slå Tobakken har haft et godt samarbejde med de henvisende praktiserende læger og medicinsk afdeling, Fredericia og Kolding Sygehuse (Sygehus Lillebælt). Projektet har fra start af været synligt på sygehuset og i forhold til almen praksis, såvel som at det har været synligt i kommunen. Noget der har været med til at sikre henvisninger til projektet. At der flere år i forvejen var etableret et tværsektorielt samarbejde mellem Kolding Kommune, almen praksis og Sygehus Lillebælt har uden tvivl medvirket til, at projektet er lykkedes fra start af. Kommunens to erfarne rygestoprådgivere, der er kendt på sygehuset og i almen praksis, har helt sikkert også fjernet eventuelle barrierer hos disse samarbejdspartnere for at henvise patienter til det kommunale tilbud. Elektronisk henvisning og IT-systemer hos de forskellige aktører, der kan snakke sammen, har tillige været fremmende i denne sammenhæng. Den hurtige proaktive vedholdende kontakt fra

¹² Der forventes 80-85.000 personer i gruppen af socialt udsatte med Sund By Netværkets definition i *Røgfrihed for alle*, hvor af op imod 70-75.000 ryger. Projektet direkte ned på Kolding Kommunes indbyggertal svarer det til 1.000-1.200 rygere.

¹³ F.eks. har næsten 1.2 mio. danskere kun 7.-10. klasse som højeste afsluttede uddannelse og af dem ryger op imod 350.000-400.000. Set i forhold til Kolding Kommunes størrelse svarer det til 5.700-6.500 rygere.

kommunens rygestoprådgivere direkte til rygerne inden for en uge efter henvisningen har sikret at kun ganske få af de henviste borgere ikke er kommet i gang med et rygestopforløb i kommunen.

Muligheden for gennem deltagelse i projektet at få betalt rygestopmedicin, der ellers ikke ydes tilskud til i Danmark, viste sig også som en faktor i rekrutteringssuccesen. Flere borgere i projektets målgruppe med ønske om at holde op med at ryge er gået til egen læge og bedt om at komme med i projektet af denne årsag. De henvisende læger angiver da også denne mulighed sammen med den individuelle rådgivning som elementer af stor betydning for de henvistes ønske om at holde op med at ryge. En målgruppe af socialt udsatte/sårbare som den i projekt Slå Tobakken kan have økonomiske barrierer, der ville have gjort, at de havde fravalgt rygestopmedicin, hvis de selv skulle have betalt. Endelig har projektet fra start af haft en god medieomtale, f.eks. i de lokale medier i Kolding, hvilket har øget kendskabet til projektet og dets tilbud og derigennem stimuleret interessen blandt projektets målgruppe.

Der har omvendt vist sig at være få problemer og barrierer i projekt Slå Tobakken. Indledende problemer hos nogle praktiserende læger med at forstå, hvordan man henviste til projektet blev imødegået med udsendelse af nyhedsbreve i projektforløbet til almen praksis og sygehuset. Nyhedsbrevene har undervejs kunne anvendes til at afklare eventuelt opståede problemer. Forskellige IT-systemer i almen praksis, på sygehus og i kommunen var en del af disse indledende udfordringer, blandt andet i forhold til at sende elektroniske henvisninger. En inddragelse af de IT-ansvarlige for praksisområdet i Region Syddanmark og i Kolding Kommune fra start af viste sig dog som en god investering. Endelig er den væsentligste barriere for en målgruppe af socialt udsatte/sårbare, som den der kendetegner projekt Slå Tobakken, at de er sårbare. Der kan hurtigt ske noget i deres liv, som ændrer fokus. Målgruppen er sværere at fastholde og få kontakt til i rygestopforløbet, såvel som i den efterfølgende opfølgning sammenlignet med den almene befolkning. Socialt udsatte/sårbare borgere flytter oftere og skifter hyppigere mobiltelefonnummer, hvilket gør, at de kan være sværere at få fat i. I projekt Slå Tobakken viste det sig ved, at der var en del udeblivelser fra de aftalte rådgivningsmøder og for nogen en lille pause i forløbet, såvel som at en del var svære at få fat i ved telefonopfølgningen 6 måneder efter rygestopdatoen. En læring fra projektet er således, at man skal have opmærksomhed på dette, være vedholdende for at fastholde borgeren i rygestopforløbet, være parat til at kontakte denne gruppe flere gange, have rummelighed i projektet og måske mere end man er vant til, samt give mulighed for on/off deltagelse.

Resultatet – rygestopraterne

Ud over at lykkedes i forhold til målgruppen og behovet for et specifikt rygestoptilbud, synes projekt Slå Tobakken også at have levet op til forventningerne i forhold til effekten af rygestopforløbet. Efter endt rådgivningsforløb (3 måneder) er 46% (ITT) af borgerne røgfrie, mens knap 28% (ITT, 39% PP) forsat er det efter 6 måneder efter den fastsatte rygestopdato. Et resultat der er opnået med den samlede rygestoppakke i projekt Slå Tobakken med henvisning fra egen læge eller sygehus via samtykkeerklæringen, hurtig efterfølgende proaktiv kontakt til borgeren fra kommunens rygestoprådgivere for igangsættelse af rygestopforløbet, og et optimeret rygestopforløb rettet mod projektets målgruppe af socialt udsatte/sårbare borgere, der består af individuel rådgivning og tilbud om betalt rygestopmedicin. Set i forhold til de enkelte grupper af socialt udsatte/sårbare borgere har rygestopraten vist sig at være nogenlunde ens, idet dog gruppen af arbejdsløse og gruppen af pårørende har haft lavere stoprater sammenlignet med de andre grupper. For de pårørendes vedkommende ligger en del af successen i deres inddragelse i rygestoppet dog tillige i en øget chance for, at den socialt udsatte/sårbare, som de er pårørende til, holder op med at ryge.

De deltagende borgere har i høj grad været nikotinafhængige og storrygere med en lang årrække bag sig som rygere. Alle på nær fem deltagere har derfor også taget imod tilbudet om betalt

rygestopmedicin, ud over den individuelle rygestoprådgivning. Dette stemmer overens med Sundhedsstyrelsens anbefaling for behandling af tobaksafhængighed, hvor rygestoprådgivning og brug af rygestopmedicin anbefales som det mest effektive til tobaksafhængige rygere (14). Det typiske valg af rygestopmedicin har været det receptpligtige lægemiddel vareniclin, anvendt af 196 borgere, og nikotinsubstitutionshjælpemidler (NRT) anvendt af 149 borgere. Opdelt på de to grupper af rygestopmedicin var henholdsvis 32% (ITT) i vareniclin-gruppen røgfrie efter 6 måneder sammenlignet med 22% (ITT) i NRT-gruppen. En forskel der var signifikant.

Rygestopaktiviteten i projekt Slå Tobakken, når der ses bort fra den ekstra administration og registrering, der har været i forhold til projektstatus og evaluering, er vurderet til at have kostet i størrelsesordenen 860.000 kr. at gennemføre med de 301 borgere. Prisen per deltager ligger således ikke over tidligere opgørelser fra lignende rygestopaktiviteter i Danmark (34). Rygestop reduktion i risikoen for at få rygerelaterede sygdomme. De potentielt sparede omkostninger som følge af rygestop (beregnet efter 2, 5, 10 og 20 år efter rygestoppet), såvel som en prognose med 10 års forsat rygestopaktivitet viser, at projekt Slå Tobakken må forventes at generere besparelser for Kolding Kommune som langt overstiger udgiften til rygestopaktiviteten.

Perspektivering af projektet Slå Tobakkens resultat

Effekten af rygestop blandt socialt udsatte/sårbare har sammenhæng med, om der er tale om en snæver eller bredere definition af de socialt udsatte. Jo snævere definition, jo lavere opnået rygestoprater af de iværksatte rygestoptiltag. Således fandt et systematisk review og Meta-analyse af 32 studier af forskellige rygestoptiltag mod socialt udsatte efter den mere snævre definition med hjemløse, oprindelig befolkning, indsatte, unge udsatte, lav indkomst grupper og psykisk syge, for nogle gruppers vedkommende lave, i flere tilfælde ikke-signifikante, rygestoprater efter 6 måneder (46). Lignende lave rygestoprater blev fundet i projekt *Røgfrihed for alle*, hvor 13% af deltagerne lykkedes med at blive røgfri inden for det seneste halve eller hele år, mens dog hele 32% havde reduceret deres tobaksforbrug (47). Omvendt fandt Bauld et al. med udgangspunkt i en lidt bredere definition af socialt udsatte - nemlig rygere i et socialt udsat område af Liverpool - ligeledes lave langtidsrygestoprater på mellem 5,6% og 8,2% efter 52 uger som følge af et åbent og frit rygestoptilbud (48).¹⁴

Rygestopbasensaktivitet i perioden 2006 til januar 2011, inklusiv de kommunale rygestopenheders aktivitet, er i Neumann et al. (2012) analyseret ud fra en bred definition på socialt udsatte med en opdeling i analysen på rygestoprater for henholdsvis lavt uddannede versus højt uddannede, og arbejdsløse versus ikke-arbejdsløse (10). Til sammenligning med projekt Slå Tobakkens rygestoprater 6 måneder efter rygestopdatoen, hvor 28% (ITT) eller 39% (PP) af de socialt udsatte/sårbare borgere var røgfrie efter 6 måneder, fandt Neumann et al., at 23% (ITT) eller 30% (PP) var røgfrie efter 6 måneder (10). Med opdeling på arbejdsløse som social udsat gruppe var det tilsvarende tal 19% (ITT) røgfrie efter 6 måneder (27% PP) (10). Projekt Slå Tobakkens rygestopresultat, som også inkluderer sværere grupper af socialt udsatte/sårbare (førtidspensionister og sygedagpengemodtagere), resulterer således i højere rygestoprater sammenlignet med Neumann et al.'s analyse af Rygestopbasen. Projekt Slå Tobakkens effektresultat i form af opnået andel med rygestop efter 6 måneder er ligeledes en anelse højere end 6-måneders rygestoprater rapporteret på baggrund af alle rygestopforsøg i Rygestopbasen i perioden fra 2006 til januar 2011, hvor den var 27% (ITT) (10), og højere end 6-måneders raten rapporteret for alle i Rygestopbasen i perioden fra januar 2001 til marts 2002, hvor den er opgjort til 18% af Kjær et al. (32). En re-analyse af rygestopraten i projekt Slå Tobakken, hvor der korrigeres for, om deltagerne har mødt frem til mindst 75% af møderne (compliance), øger den opnåede rygestoprater i projektet yderligere.

¹⁴ En "drop-in rolling-group model" svarende til det danske "Kom og Kvit" tilbud (48).

7 Konklusion

Projekt Slå Tobakken har været en succes. Dette både set i forhold til den store rekruttering af socialt udsatte/sårbare borgere til projektet, og i forhold til de forholdsvis høje rygestoprater, der er opnået i projektet efter endt rådgivningsforløb og efter 6 måneder fra rygestopdatoen.

Årsagen til succesken skal findes i en samlet rygestoppakke bestående af elektronisk henvisning fra egen læge eller sygehus via en samtykkeerklæring med borgeren, hurtig efterfølgende proaktiv kontakt til borgeren fra kommunen, og et optimeret rygestopforløb rettet mod projektets målgruppe af socialt udsatte/sårbare borgere med individuel rådgivning og tilbud om betalt rygestopmedicin. Kombinationen af rådgivning og rygestopmedicin for opnåelse af den højeste rygestoprate ved nikotinafhængige rygere, som i projekt Slå Tobakken, er anbefalet af Sundhedsstyrelsen (14). Dertil kommer, at der i forvejen var etableret et tværsektorielt samarbejde mellem Kolding Kommune, almen praksis og sygehuset, såvel som at kommunens to rygestoprådgivere er erfarne på området og kendt af samarbejdspartenerne. Faktorer der uden tvivl også har forklaret noget af projektets succes.

At projektet har været en succes ses også af, at de i projektet opstillede succeskriterier er blevet opfyldt. Som følge af projektet er antallet af henvisninger til kommunens rygestoptilbud øget med mere end 50%, 46% af borgerne er efter endt rådgivningsforløb røgfrie, mens 30% har reduceret deres tobaksforbrug, og endelig er 28% røgfrie efter 6 måneder fra rygestopdatoen. I alle tilfælde resultater, der overgår succeskriterierne.

Som følge heraf og den fortsatte store interesse og efterspørgsel, der var efter et rygestoptilbud som projekt Slå Tobakken besluttede politikkerne i Sundhedsudvalget i Kolding Kommune i efteråret 2012 at fortsætte projektet i 2013 som et fast rygestoptilbud i kommune. Indtil da fortsatte indsatsen, så der ikke kom et stop i tilbudet og man risikerede at skulle ud at informere på ny. I det fortsatte rygestoptilbud i Kolding Kommune svarende til projekt Slå Tobakken er målgrupperne for tilbudet ændret til at gælde sygedagpengemodtagere, arbejdsløse i mere end 3 måneder, kontanthjælpsmodtagere, flexjobbere, førtidspensionister, og gravide. Rygestoptilbudet indeholder forsat de centrale elementer som henvisning via samtykkeerklæring, proaktiv kontakt fra kommunen direkte til borgeren, individuel rygestoprådgivning samt tilbud om gratis rygestopmedicin i op til 3 måneder.

Referencer

1. Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark. Af: Knud Juel, Jan Sørensen, Henrik Brønnum-Hansen. Statens Institut for Folkesundhed, København, juni 2006.
2. Rygevaneundersøgelsen 2006. Sundhedsstyrelsen, Kræftens Bekæmpelse, Hjerteforeningen og Danmarks Lungeforening, 2006.
3. Rygevaneundersøgelsen 2007. Sundhedsstyrelsen, Kræftens Bekæmpelse, Hjerteforeningen og Danmarks Lungeforening, 2007.
4. Rygevaneundersøgelsen 2008. Sundhedsstyrelsen, Kræftens Bekæmpelse, Hjerteforeningen og Danmarks Lungeforening, 2008.
5. Rygevaneundersøgelsen 2009. Sundhedsstyrelsen, Kræftens Bekæmpelse, Hjerteforeningen og Danmarks Lungeforening, 2009.
6. Rygevaneundersøgelsen marts 2010. Sundhedsstyrelsen, Kræftens Bekæmpelse, Hjerteforeningen og Danmarks Lungeforening, marts 2010.
7. Rygevaneundersøgelsen december 2010. Sundhedsstyrelsen, Kræftens Bekæmpelse, Hjerteforeningen og Danmarks Lungeforening, december 2010.
8. Rygevaneundersøgelsen 2011. Sundhedsstyrelsen, Kræftens Bekæmpelse, Hjerteforeningen og Danmarks Lungeforening, 2011.
9. Rygevaneundersøgelsen 2012. Sundhedsstyrelsen, Kræftens Bekæmpelse, Hjerteforeningen og Danmarks Lungeforening, 2012.
10. Neumann T, Rasmussen M, Ghith N, Heitmann BL, Tønnesen H. The Gold Standard Programme: smoking cessation interventions for disadvantaged smokers are effective in a real-life setting. Tobacco Control 2012 Jun 16. [Epub ahead of print].
11. Larsen FB. Rygestopkurser i Århus Amt 2001-2004. En analyse på baggrund af data fra rygestopbasen. Århus Amt, September 2005.
12. Sundhed og rygestop i et hverdagslivsperspektiv – en kvalitativ interviewundersøgelse blandt lavtuddannede. Sundhedsstyrelsen, Oktober 2007.
13. Rygestopbasens årsrapport 2011/2012. Aktiviteter afholdt i 2011 med opfølgning i 2012. WHO-CC, Bispebjerg Hospital, København, 2012.
14. Behandling af tobaksafhængighed – Anbefalinger til en styrket klinisk praksis. Sundhedsstyrelsen, Juni 2011.
15. Rådet for Socialt udsatte. SUSY UDSAT 2007. SIF, København, 2008.
16. Zwar N, et al. Royal Australian College of General Practitioners, 2007.
17. NHS NICE Public Health Guidance 10. Smoking cessation services. February 2008.
18. U.S. Dept. of Health & Human Services. Treating Tobacco Use and Dependence. May 2008

19. Helsedirektoratet. Tobakken taper terrenget. Halvveis gjennom Nasjonal Strategi for det tobakksforebyggende arbeidet 2006.2010.
20. Pisinger C, Jørgensen T. Rygeintervention. Ugeskr Læger 2005;167(10):1193.
21. Pedersen ST, Christensen HR, Døssing M. Behandling af nikotinafhængighed. Ugeskrift for Læger 2002;164:1480.
22. Kaper J, Wagena EJ, Severens JL, Van Schayck CP. Healthcare financing systems for increasing the use of tobacco dependence treatment. Cochrane Database Syst Rev. 2005 Jan 25;(1):CD004305.
23. Kaper J, Wagena EJ, Willemsen MC, van Schayck CP. A randomized controlled trial to assess the effects of reimbursing the costs of smoking cessation therapy on sustained abstinence. Addiction 2006;101(11):1656-61.
24. Reda AA, Kaper J, Fikrelter H, Severens JL, van Schayck CP. Healthcare financing systems for increasing the use of tobacco dependence treatment. Cochrane Database Syst Rev. 2009 Apr 15;(2):CD004305. Review.
25. Vedung E. Public Policy and Program Evaluation, 1998.
26. Øvretveit J, Action evaluation of health programmes and changes. A handbook for a user-focused approach. Radcliffe Medical Press Ltd, Oxford, 2002.
27. Poulsen PB, Dollerup J, Møller AM. Is a percentage a percentage? Systematic review of the effectiveness of Scandinavian behavioural modification smoking cessation programmes. The Clinical Respiratory Journal 2010;4:3–12.
28. West R, Hajek P, Stead L, Stapleton J. Outcome criteria in smoking cessation trials: proposal for a common standard. Addiction. 2004;100:299-303.
29. National Public Health Service for Health. All Wales smoking cessation service: annual report. 1 April 2006–31 March 2007. NPHS,Wales 19 September 2007 [WWW document]. <http://www.wales.nhs.uk/sites3/Documents/271/All%20Wales%20Smoking%20Cessation%20Annual%20Report%202006%2D07%20final1.pdf>
30. National Health Service, Scotland. NHS Smoking Cessation Service Statistics (Scotland). 1 January to 31 December 2006 [WWW document]. <http://www.isdscotland.org/isd/servlet/FileBuffer?namedFile=JantoDecanalysis.pdf&pContentDispositionType=inline>
31. Campbell HS, Ossip-Klein D, Bailey L, Saul J, North American Quitline Consortium. Minimal dataset for quitlines: a best practice. Tob Control. 2007;16(Suppl. 1):i16–20.
32. National rapport - Nye data 1. jan 06 – 11. jun 10. Standard rapport. Juni 2010. Rygestopbasen. WHO Collaborating Centre.
33. Kjaer NT, Evald T, Rasmussen M, Juhl HH, Mosbech H, Olsen KR. The effectiveness of nationally implemented smoking interventions in Denmark. Prev Med. 2007;45:12–4.
34. Olsen KR, Bilde L, Juhl HH, Kjaer NT, Mosbech H, Evald T, Rasmussen M, Hiladakis H. Cost-effectiveness of the Danish smoking cessation interventions. Subgroup analysis based on the Danish Smoking Cessation Database. Eur J Health Econ 2006;7:255–264.

35. World Health Organization. WHO report in the global tobacco epidemic, 2008.
36. Reindahl Rasmussen S. Økonomi og sundhedsgevinster i kommunal tobaksforebyggelse. Præsentation ved Fremtidens tobaksforebyggelse i Region Midtjylland, den 20. september 2006.
37. Smoking Cessation varenicline Costing Template. NICE Technology Appraisal Guidance 123, July 2007) (<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11809/35946/35946.xls>)
38. Orme ME, Hogue SL, Kennedy LM, Paine AC, Godfrey C. Development of the health and economic consequences of smoking interactive model. Tob Control 2001;10(1):55-61.
39. M. Nyhus Andreasen, J. Pagh Maltbæk. Livsstilssygdomme. Et sundhedsøkonomisk studie: Cost of illness i kommunaløkonomisk regi : Kandidatspeciale, Københavns Universitet, 2007 (Helsingørstudiet).
40. Mossing & Nielsen. De samfundsøkonomiske omkostninger ved astma i Danmark i 2000. Ugeskr Læger 2003;165(26).
41. Dansk Hjertestatistik 2010. Hjerterforeningen, SIF, 2011.
42. Sundhedsstyrelsen. Hjerneskaderehabilitering – en medicinsk teknologivurdering, 2011.
43. DRG takstsystem 2012. Sundhedsministeriet.
44. Rådet for Socialt udsatte og Statens Institut for Folkesundhed. Hvad ved vi om socialt udsattes sundhed? Gennemgang af litteratur samt analyse af eksisterende datamaterialer vedrørende socialt udsattes sundhedsvaner, helbred og sygelighed. København 2007.
45. Røgfrihed for alle. Tobaksforebyggelse blandt socialt udsatte. Sund By Netværket. <http://rogfrihed.dk/> (websiteside tilgængeligt den 11. maj 2013).
46. Bryant J, Bonevski B, Paul C, McElduff P, Attia J. A systematic review and meta-analysis of the effectiveness of behavioural smoking cessation interventions in selected disadvantaged groups. Addiction 2011;106:1568-85.
47. Christensen, Berit: Er rygning stadig deres største problem? Røgfrihed for alle, 2011.
48. Bauld L, Ferguson J, McEwen A, Hioscock R. Evaluation of a drop-in rolling-group model of support to stop smoking. Addiction 2012;107:1687-95.