

METODER TIL RYGEAFVÆNNING

- dokumentation og anbefalinger

2003



NATIONALT CENTER FOR
RYGE • STOP

Metoder til rygeafvænning

- dokumentation og anbefalinger

**Metoder til rygeafvænning
- dokumentation og anbefalinger**

Redaktion

Helle Hilding-Nørkjær, Birgitte Gade Koefoed, Jørgen Falk, Poul Tværmose

Viden – og Dokumentationsenheden

Sundhedsstyrelsen

Islands Brygge 67

Postboks 1881

2300 København S

Nationalt Center for Rygestop

Sjællandsgade 40

2200 København N

Sprog: Dansk

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

Version: 1,0

Versionsdato: 20031215

Elektronisk ISBN: 87-91361-95-8

Format: pdf

Pris: 0, dog betales ekspeditionsgebyr

Udgivet af : Sundhedsstyrelsen og Nationalt Center for Rygestop, december 2003

Forord

Forebyggelse af rygning – herunder rygeafvænning - er helt centrale emner i sundhedsplanerne, såvel i Danmark som internationalt. Der er et meget stort forebyggelsespotentialt i at begrænse rygning, og området har i en årrække – især internationalt – været genstand for omfattende interventionsforskning.

I de senere år har forskningen i særlig grad fokuseret på rygeafvænning, og med udgangspunkt i denne forskning er der skabt grundlag for evidensbaserede anbefalinger og retningslinier for arbejdet med rygeafvænning. Sådanne anbefalinger og retningslinier er udarbejdet i USA og England, og en række andre europæiske lande, fx Holland, er på vej med nationale retningslinier på området.

Nationalt Center for Rygestop - resultatet af en forebyggelsesaftale mellem Sundhedsstyrelsen, Københavns Kommune og Indenrigs- og Sundhedsministeriet - har taget initiativ til at sammenskrive den foreliggende dokumentation og de anbefalinger og retningslinier, som er uddraget heraf, i den foreliggende rapport.

Rapporten indeholder evidensbaserede anbefalinger for tilrettelæggelse af rygeafvænning i sundhedssektoren - både i almen praksis og i sygehusvæsenet - uden for sundhedssektoren – fx i rygestopklinikker – ligesom der gives anbefalinger til de sundhedspolitiske beslutningstagere og administratorer. Endvidere præsenterer rapporten evidensbaserede anbefalinger om metoder i rygeafvænning.

Det er mit håb, at denne rapport vil udgøre et godt fundament for den videre planlægning af rygeafvænningstilbudene i Danmark. Der er ligeledes mit håb, at rapporten kan markere starten på udviklingen af egentlige danske anbefalinger og retningslinier for arbejdet med rygeafvænning.

Jens Kristian Gøtrik
Medicinaldirektør

Indhold

Rapportens opbygning	4
Internationale og nationale retningslinier og anbefalinger	5
1 Indledning	11
2 Metodediskussion	13
3 Metoder til rygeafvænning	15
3.1 Individuel rygeafvænning	15
Individuel rådgivning/vejledning	15
Telefonrådgivning	18
Hypnose	20
Akupunktur	20
3.2 Rygeafvænning i grupper	21
3.3 Farmakologisk behandling	22
Nikotinsubstitution	22
Ikke nikotinholdige produkter	26
3.4 Kombination af metoder	27
Nikotinsubstitution og vejledning	27
Flere former for nikotinsubstitution	28
Nikotinsubstitution og bupropion	28
3.5 Lavintensive metoder	28
Selvhjælpsmateriale	28
Kvit og vind-konkurrencer	30
4 Udvalgte målgrupper	32
Gravide	32
Større børn og unge	33
5 Udvalgte aktører og miljøer	34
Alment praktiserende læger	34
Tandlæger	35
Sygehuse	35
Rygestopklinik	36
Apoteker	37
Arbejdspladser	38
Sundhedspolitiske beslutningstagere og administratorer	38
6 Referencer	40

Rapportens opbygning

Nærværende rapport omhandler metoder til rygeafvænning og samler dokumentationen for metodernes effekt.

For flere af metoderne er den videnskabelige dokumentation for effekten så omfattende, at der på internationalt – og nationalt – plan er udgivet egentlige retningslinier og anbefalinger for metodernes anvendelse.

Rapporten er opbygget i to dele:

- Første del er en sammenfatning af internationale og nationale retningslinier for metoder til rygeafvænning og er fremstillet i punktform.
- Anden del er en beskrivelse af de forskellige metoder til rygeafvænning, der anvendes i dansk kontekst samt dokumentationen for metodernes effekt.

I rapportens anden del vil de retningslinier og anbefalinger, der fremgår af første del af rapporten, kunne genfindes som opsummering indenfor de enkelte afsnit. Det skal bemærkes, at der ikke er fastsatte retningslinier eller anbefalinger for alle de nævnte metoder til rygeafvænning.

Internationale og nationale retningslinier og anbefalinger

I det følgende gives en oversigt over internationale anbefalinger og retningslinier om metoder til rygeafvænning baseret på videnskabelig dokumentation. Hvor der er specifikke danske anbefalinger, er disse også medtaget. Oversigten er inddelt i to dele:

- Første del er ”Anbefalinger til sundhedsprofessionelle”, som omfatter generelle anbefalinger vedrørende rygeafvænning i almen praksis, i sygehusvæsnet og på rygestopklinikker samt generelle anbefalinger til sundhedspolitiske beslutningstagere og administratorer.
- Anden del er ”Anbefalinger til metoder til rygeafvænning”, som mere specifikt omhandler de enkelte metoder til rygeafvænning. Denne del uddybes i de efterfølgende afsnit.

Anbefalinger til sundhedsprofessionelle.

Almen praksis

I 2000 havde ca. 40% af den danske befolkning kontakt til deres praktiserende læge i løbet af en tremåneders periode (1). På årsbasis har de praktiserende læger kontakt til ca. 85% af befolkningen (2). Der er derfor gode muligheder for at tale om rygevaner og motivere til rygeafvænning i almen praksis. Nedenstående anbefalinger er primært rettet mod de praktiserende læger, men andet sundhedsfagligt personale i almen praksis kan også rådgive om rygeafvænning (3;4). På baggrund af de internationale retningslinier kan gives følgende anbefalinger vedrørende rygeafvænning i almen praksis:

- Det anbefales, at alle praktiserende læger benytter en hver given lejlighed til overfor patienter at **spørge til og registrere rygestatus**, samt at opdatere disse oplysninger i patientjournalerne (4-7). Anvendelse af **systematiske screeningsprocedurer**, såsom et selvstændigt felt vedrørende rygestatus i patientjournaler eller anvendelse af andre påmindelsesprocedurer anbefales (6).
- Det anbefales, at den praktiserende læge **kort informerer om fordelene ved et rygestop** med udgangspunkt i den enkelte patients situation samt helbredsstatus, f.eks. i relation til rygerelaterede symptomer eller sygdomme eller passiv rygning i forhold til andre familiemedlemmer, specielt børn. I denne forbindelse vurderes også **rygerens motivation** for at blive røgfri (4;5).
- Det anbefales, at den praktiserende læge **tilbyder den relevante hjælp til rygere**, der ønsker at holde op med at ryge. Det kan dreje sig om introduktion til nikotinsubstitution eller bupropion eller information om og henvisning til en rygestopinstruktør eller et rygestopcenter.
- Det anbefales, at der aftales **et opfølgende møde**, hvis det er muligt (5;7).

- Det anbefales, at der for det relevante sundhedspersonale arrangeres **praktisk og teoretisk efteruddannelse** med henblik på at gøre dem i stand til at opfordre til og give kort rådgivning om rygeophør, herunder at give præcise instruktioner om anvendelse af nikotinsubstitution (4;7).

Sygehuse

I 2001 var der knap 1 million indlæggelser på danske sygehuse. Antallet af ambulante besøg var i samme periode på knap 6 millioner (8). En del kontakter drejer sig om rygerelaterede sygdomme eller sygdomme, hvor et rygestop kan være fremmende for behandlingen eller prognosen. På baggrund af de internationale retningslinier kan gives følgende anbefalinger vedrørende rygestop i sygehusvæsnet:

- Det anbefales, at sygehuse og svangerambulatorier i lighed med de praktiserende læger implementerer **effektive registreringssystemer** til registrering af rygestatus for såvel ambulante som indlagte patienter. Systemerne skal opdateres løbende (4).
- **Sygehuse bør være røgfri**, hvilket alle patienter bør orienteres om ved først givne lejlighed. Dette kan gøres ved en skriftlig orientering i forbindelse med indkaldelse af patienter til behandling (4).
- I lighed med anbefalingerne for primær praksis anbefales det, at patienter på sygehuse **tilbydes kort rådgivning om rygeafvænnning** fra relevant sundhedspersonale, hvor det er praktisk muligt og at det noteres, at der er givet rådgivning (4).
- Det anbefales specielt for de dele af sygehussektoren, der behandler patienter med sygdomme, der kan forværres af rygning, at **personalet opkvalificeres** for at kunne deltage aktivt i rygeafvænningstiltag. Her tænkes specielt på afdelinger med speciale i hjertekarsygdomme, lungesygdomme, diabetes og cancer (7).
- Det anbefales, at såvel **ambulante som indlagte patienter tilbydes vejledning fra rygestopinstruktør** og at ambulante patienter endvidere tilbydes nikotinsubstitution. (4). Effekten af at tilbyde nikotinsubstitution til indlagte patienter er sparsomt belyst, men vurderes at være mindre end overfor andre rygere (9).
- Sundhedsstyrelsen anbefaler, at **rygere er røgfri mindst 8 uger før en operation, og 4-8 uger efter operationen** eller i bedste fald forbliver røgfri (10).
- Det anbefales, at **gravide rygere modtager klar, præcis og specifik information** om rygningens skadelige virkning på fosteret og rygeren selv og **opfordres til rygeophør** (4).
- Det anbefales desuden, at **gravide rygere tilbydes rådgivning fra rygestopinstruktør** i forbindelse med rygeophør (4).

- Sundhedsstyrelsens retningslinier for svangreomsorg anbefaler, at **gravide, der stadig ryger efter 1. trimester skal tilbydes nikotinsubstitution** (11).
- Det anbefales, at der for læger, jordemødre samt andet relevant sundheds-personale på sygehuse og svangreambulatorier arrangeres **praktisk og teoretisk efteruddannelse** med henblik på at gøre dem i stand til at give kort rådgivning om og opfordre til rygeophør, herunder at give præcise instruktioner om anvendelse af nikotinsubstitution (4;7).

Rygestopklinik

På baggrund af de internationale retningslinier kan gives følgende anbefalinger vedrørende rygeafvænning på en rygestopklinik med specialuddannede rygestopin-struktører:

- Det anbefales, at rygere, der har behov for intensiv støtte til at holde op med at ryge, **henvises til en rygestopinstruktør** - hvis muligt på en rygestopklinik. Vejledningen bør lægge vægt på psykosocial støtte med henblik på adfærdsændringer, som støtter op om rygeophøret (4;5).
- Det anbefales, at der gives mulighed for både **individuel vejledning og vejledning i grupper** (4).
- Det anbefales, at der tilrettelægges rygestopkurser, som består af **5 møder af ca. en times varighed** fordelt over en periode på ca. en måned (5;6).
- I forbindelse med et rygestopkursus anbefales det, at der gives **information om nikotinsubstitutionspræparater og bupropion** samt instrueres i anvendelse af præparaterne (4).
- Det anbefales, at **rygestopklinikker** og andre former for intensiv rådgivning om rygeafvænning **bemændes af specialuddannede rygestopin-struktører**, der er ansat til at give vejledning om rygestop, således at vejledningsopgaven ikke skal kombineres med andre funktioner med risiko for at blive tilsidesat (4).

Sundhedspolitiske beslutningstagere og administratorer

På baggrund af de internationale retningslinier kan gives følgende anbefalinger vedrørende planlægning af rygestopaktiviteter:

- Rygestopaktiviteter anbefales som en **særdeles omkostnings-effektiv** måde til at reducere forekomsten af en række sygdomme og til at forlænge liv (4-6).
- Tilrettelæggelse af den optimale kombination af rygestoptilbud vil være afhængig af lokale forhold, men det anbefales at lægge **størst vægt på de aktiviteter, hvor den videnskabelige dokumentation for effekt er størst** (4;6).

- Det anbefales, at der **udarbejdes et nationalt koncept for uddannelse af sundhedspersonale** til at gennemføre kort rådgivning om rygestop samt til uddannelse af rygestopinstruktører for at sikre en ensartet standard for aktiviteterne (4).
- Det anbefales, at sundhedsprofessionelle, der ikke har rygestopaktiviteter som deres primære beskæftigelse, får **uddannelse i at gennemføre rygestopaktiviteter** for at sikre en effektiv implementering (4;5).
- Det anbefales, at der iværksættes tiltag, der øger tilgængeligheden af **rygestoptilbud til rygere i lav-indkomst grupper**, herunder ingen eller reduceret deltagerbetaling (5).

Anbefalinger om metoder til rygeafvænning.

Individuel rådgivning/vejledning

På baggrund af den foreliggende videnskabelige dokumentation kan gives følgende retningslinier for individuel rådgivning/vejledning som metode til rygeafvænning:

- **Kortvarig rådgivning af praktiserende læge** med opfordring til rygeren om at forsøge at holde op med at ryge er effektivt til igangsætning af rygeophør. Der er endnu ikke tilstrækkelig videnskabelig dokumentation til at kunne vurdere effekten af lignende rådgivning fra andre personalegrupper. Det er primært rygere med et mindre dagligt tobaksforbrug (under 10 cigaretter pr. dag), der har gavn af den kortvarige rådgivning (4;5).
- **Individuel vejledning givet af specialuddannet rygestopinstruktør** til rygere, der har besluttet at holde op med at ryge, er effektivt til at hjælpe rygeren igennem rygeophøret. Effekten øges, når interventionen suppleres med nikotinsubstitution (4-6).
- **Individuel vejledning givet af sygeplejersker**, der er specielt ansat til at varetage denne opgave, samt vejledning givet af apotekspersonale som led i et samlet forløb, som også omfatter nikotinsubstitution, er effektiv (4;6).
- Der er ikke på nuværende tidspunkt tilstrækkelig videnskabelig dokumentation til at kunne vurdere, om individuel vejledning givet af andre sundhedsprofessionelle som en del af deres andre daglige opgaver, er effektiv (4).
- Der er videnskabelig dokumentation for, at **jo mere tid**, der bruges til samtalerne, **jo større er effekten** af interventionen (4;6).

Telefonrådgivning

På baggrund af den foreliggende videnskabelige dokumentation kan gives følgende retningslinier for anvendelse af telefonrådgivning som metode til rygeafvænning:

- **Proaktiv telefonrådgivning**, hvor det er rådgiveren, der tager kontakt til rygeren, er **effektiv** i forbindelse med rygeafvænning (4;6).
- Der er på nuværende tidspunkt ikke tilstrækkelig videnskabelig dokumentation til at kunne vurdere effekten af reaktiv telefonrådgivning, hvor rygeren selv tager kontakt til hjælpelinien. Enkeltstående evalueringer tyder på, at der er en effekt (4;5).

Grupperådgivning

På baggrund af den foreliggende videnskabelige dokumentation kan gives følgende retningslinier for grupperådgivning som metode til rygeafvænning:

- **Grupperådgivning anbefales som en effektiv** metode til rygeafvænning (4;5).
- Det er ikke på nuværende tidspunkt dokumenteret, om rygeafvænning i grupper er mere eller mindre effektiv end et individuelt vejledningsforløb (6).

Nikotinsubstitution

På baggrund af den foreliggende videnskabelige dokumentation kan gives følgende retningslinier for anvendelse af nikotinsubstitution som metode til rygeafvænning:

- **Nikotinsubstitution er et effektivt hjælpemiddel i forbindelse med rygeophør.** Rygere med et dagligt forbrug på over ti cigaretter skal opfordres til at benytte nikotinsubstitution ved rygeophør. Der er på nuværende tidspunkt ikke tilstrækkelig videnskabelig dokumentation for effekten blandt rygere med forbrug under 10 cigaretter dagligt, unge under 18 år, gravide eller indlagte rygere (4-6).
- Der synes kun at være **lille forskel i effekten af de forskellige præparater** til nikotinsubstitution, og der er ikke videnskabeligt grundlag for at anbefale én type nikotinsubstitution frem for andre (4;6). Nikotindepotplastre vurderes at være lettere at anvende end nikotintyggegummi og næsespray (3).
- Nikotintyggegummi med styrke på 4 mg er mere effektivt end tygegummi med styrke på 2 mg, når storrygere (20 cigaretter eller mere dagligt) skal holde op med at ryge. Nikotinplaster med styrke på 21 mg/24 timer er mere effektive end plastre med lavere dosis til rygere, der ryger over 10 cigaretter dagligt (4;6).
- **Kombination af behandling med nikotinplaster** og andre former for nikotinsubstitution vurderes at være **mere effektivt end plasteret alene** og er en sikker behandling (4;6).
- Nikotinsubstitution vurderes at være sikkert at anvende til patienter med hjerte-kredsløbssygdomme. Er sygdommen akut eller dårligt kontrolleret, bør behandlingen kun foregå efter aftale med læge (4).

- Der er på nuværende tidspunkt ikke tilstrækkelig videnskabelig dokumentation til at kunne vurdere, om nikotinsubstitution til gravide medfører en risiko for fosteret, men nikotinsubstitutionen er med stor sandsynlighed sikrere for fosteret end fortsat rygning (4). Sundhedsstyrelsens retningslinier for svangreomsorg anbefaler, at gravide, der stadig ryger efter 1. trimester skal tilbydes nikotinsubstitution (11).

Bupropion

På baggrund af den foreliggende videnskabelige dokumentation kan gives følgende retningslinier for anvendelse af bupropion som metode til rygeafvænning:

- **Bupropion kan anbefales som en effektiv metode** til rygeafvænning. Den videnskabelige dokumentation herfor er begrænset til at omfatte rygere, der ryger mere end 15 cigaretter dagligt, og som modtager intensiv støtte og vejledning i rygeophør (4-6).
- Det er ikke på nuværende tidspunkt videnskabeligt dokumenteret, at bupropion er mere eller mindre effektivt end nikotinsubstitution (4;6).
- Det foreligger ikke på nuværende tidspunkt tilstrækkelig videnskabelig dokumentation til at anbefale anvendelse af bupropion og nikotinsubstitution i kombination (4). På grund af manglende dokumentation for anvendelse af bupropion i almen praksis, må **nikotinsubstitution** stadig **anses som førstevalgspræparat** i almen praksis (12).

Selvhjælpsmateriale

På baggrund af den foreliggende videnskabelige dokumentation kan gives følgende retningslinier for anvendelse af selvhjælpsmaterialer som metode til rygeafvænning:

- Anvendelse af standard selvhjælpsmateriale kan føre til en ganske **svag forøgelse af ophørsraten** i forhold til ingen intervention (4).
- Materialer, der er **skræddersyede efter individuelle behov, er mere effektive** end standard selvhjælpsmaterialer (4).

1 Indledning

Tobaksrygning er den mest betydende sygdomsfremkaldende faktor, som det er muligt at forebygge. Dette gælder såvel i Danmark som i resten af den vestlige verden. Det anslås, at rygning på verdensplan i løbet af de seneste 10 år har kostet 2 millioner mennesker livet i de industrialiserede lande og 1 million i udviklingslandene. Antallet af dødsfald forventes at stige markant i de kommende år (13).

I Danmark udgjorde andelen af tobaksrelaterede dødsfald i 1998 næsten 23% af alle dødsfald blandt mænd og næsten 19% af alle dødsfald blandt kvinder. Undersøgelser af danskernes rygevaner har vist et fald i antallet af rygere over de sidste 25-30 år. I 2002 var 30% af den mandlige del af befolkningen dagligrygere, mens der blandt kvinderne var 26%, der røg dagligt (14).

Et rygestop har en gavnlig indflydelse på helbredet og en livsforlængende effekt. En eksryger kan se frem til flere gode leveår uden langvarig sygdom, end det er tilfældet for en ryger. Af helbredsfordele ved et rygestop kan f.eks. nævnes, at eksrygere generelt vurderer eget helbred bedre end rygere. Dårlig lungefunktion forbedres ved rygestop, og tendensen til blodpropdannelse reduceres. Risikoen for lungekræft, strubekræft, spiserørskræft og blærekræft nedsættes gradvist ved rygestop. Der er derfor et stort forebyggelsespotentiale ved at gennemføre tiltag, der kan hjælpe rygere til at holde op med at ryge og dermed reducere antallet af rygere (15). I 2002 ønskede godt halvdelen af rygerne i Danmark at holde op med at ryge, og hver tredje havde planer om at stoppe (14).

Denne rapport handler om rygeafvænning og rygeafvænningsmetoder. Rygeafvænning betegner aktiviteter og tilbud rettet mod den generelle befolkning og særlige grupper med det specifikke formål at hjælpe og støtte til at blive røgfri. Nedenfor redegøres for placeringen af rygeafvænning i den samlede tobaksforebyggelse i Danmark.

Tobaksforebyggelse i Danmark – målsætning og strategi

Rygeafvænning indgår som et væsentligt led i et mere omfattende sæt af målsætninger, strategier og virkemidler, der samlet kan betegnes som "tobaksforebyggelse". WHO definerer tobaksforebyggelse som "...en vifte af udbuds-, efterspørgsels- og skadesreducerende strategier, som har til formål at forbedre en befolknings sundhed ved at eliminere eller reducere dens forbrug af tobaksprodukter og udsættelse for tobaksrøg" (16).

Såvel i Danmark som internationalt er tobaksforebyggelsen rettet mod at opfylde overordnede sundhedspolitiske mål. For Danmarks vedkommende er det overordnede mål at opnå flere gode leveår til alle - i alle aldre. Tobaksforebyggelsen bygger her på en tredelt målsætning, hvor det ene mål er en markant reduktion af antallet af rygere gennem rygeafvænning, det andet mål en begrænsning af antallet af nye rygere, og det tredje mål udbredelse af de røgfri miljøer (17).

Med de overordnede sundhedspolitiske mål og en tredelt målsætning for tobaksforebyggelse er det muligt at anvende en lang række strategier og virkemidler i tobaksforebyggelsen, som oftest vil forstærke hinanden. Virkemidlerne spænder fra metoder til rygeafvænning som f.eks. farmakologisk behandling til lovgivning og reguleringer på nationalt og internationalt niveau. Rygeafvænning udgør således en del af en større samlet tobaksforebyggelse og forudsætter ikke blot opbygning af

effektive rygeafvænnings tilbud, men også aktiviteter og indsatser, der motiverer for og markedsfører rygestop (18).

Rygeafvænnning og motiverende interventioner

Fokus i denne rapport er som nævnt rygeafvænnning. Det vil sige aktiviteter, der er målrettet til at hjælpe og støtte motiverede rygere til et rygestop.

Rygestop som resultatet af formaliserede tilbud om rygeafvænnning udgør imidlertid kun en begrænset del af den rygestopaktivitet, der finder sted i befolkningen. Det er derfor væsentligt både på nationalt og regionale niveau, at der i tobaksforebyggelsen udvikles strategier, som giver information og skaber opmærksomhed om og som motiverer til rygestop.

Behovet for hjælp og støtte til rygestop er afhængig af to forhold: Rygerens motivation for rygestop og rygerens afhængighed af rygningen i bred forstand.

Information og rådgivning om rygning og dens skadevirkninger medvirker til at øge rygerens motivation for rygestop. Vejen mod større motivation for rygestop går gennem stadier af førovervejelse, overvejelse og handling (rygestop), og er kendt fra Prochaska og DiClementes *transteoretiske* model eller *stages of change* model (19).

Når rygeren har nået et vist niveau af motivation og er parat til et rygestop, bliver det næste spørgsmål, hvilket omfang af hjælp og støtte, der er nødvendigt for at gennemføre rygestoppet og vedligeholde ikke-rygning på længere sigt. Det store flertal af rygere gennemfører rygestoppet uden formaliseret hjælp. Den del af rygerne, der er meget motiverede for rygestop, men også meget afhængige, har imidlertid brug for hjælp og støtte i form af rygeafvænnning. Det er derfor nødvendigt at opbygge en vifte af rygeafvænnings tilbud, der varierer i intensitet, for at imødekomme behovet hos de rygere, der har brug for hjælp.

Tabel 1 Rygestopaktivitet 2002, (20-23).

	Forsøgt at stoppe	Stoppet	Deltaget i formaliseret rygeafvænnning
Danmark total	26%	7.8%	?
Storstrøms Amt	28%	9.2%	0.6%
Ringkøbing Amt	17%	3.7%	0.5%
Københavns Amt	28%	9.5%	0.8%

Af tabel 1 fremgår det, at mellem 17-28% af rygerne Danmark og i tre amter oplyste, at de forsøgte at holde op med at ryge i 2002. Mellem 3.7-9.5% af rygerne i de tre amter oplyste, at de holdt op med at ryge i 2002. Blandt alle rygerne havde mellem 0.5-0.8% deltaget i formaliseret rygeafvænnning. Deltagelsen i formaliseret rygeafvænnning svarer til, at mellem 2-3% af de rygere, der forsøgte et rygestop i 2002, benyttede sig af et formaliseret tilbud i amterne.

Rygeafvænnning effekt og impact

Der findes en række forskellige metoder til rygeafvænnning, som bliver tilbudt af forskellige aktører i forskellige miljøer. En måde at kategorisere rygeafvænnning på er en opdeling i intensive (kliniske) og lavintensive (public health) metoder.

Intensive metoder omfatter bl.a. rygeafvænning rettet mod den enkelte ryger eller grupper af rygere udført af en specialuddannet rygestopinstruktør. Der er ofte tale om relativt intensive individorienterede interventioner baseret på personlig kontakt igennem kortere eller længere tid og instruktion i brug af nikotinpræparater. De intensive metoder tilbydes i Danmark på rygestopklinikker, i sygehusvæsenet, på apoteker, på arbejdspladser m.v. (24).

Lavintensive metoder til rygeafvænning betegner en række interventioner, som typisk er rettet mod en population af rygere som f.eks. brug af selvhjælpsmateriale og kvit og vind konkurrencer. Herunder hører også kortfattet rådgivning fra sundhedspersonale mv. samt i et vist omfang reaktiv telefonrådgivning. Lavintensive metoder er, som betegnelsen antyder, typisk af en lavere intensitet end de intensive metoder og har derfor også som hovedregel en lavere effekt (24).

Lavintensive metoder kan imidlertid i forhold til de intensive have en betydelig større rækkevidde. Dette forhold kan belyses ved begrebet impact (virkning) af en intervention. Impact defineres som: $(\text{effekt} \times \text{deltagelse}) = \text{impact}$ (24).

De intensive metoder til rygeafvænning har en effekt på 20-30% røgfri efter 1 års opfølgning, og deltagerraten udgør typisk ca. 1% af en population af rygere. Selvhjælpsmateriale har en effekt på ca. 10% røgfri efter et år, men kan nå 4-5% af en population af rygere. En indsats med kort rådgivning i almen praksis har en effekt på 13-16% røgfri efter et år, men kan nå en deltagerrate på op til 70% i løbet af et år (6;25;26).

Tabel 2 Sammenhæng mellem effekt og deltagelse. Efter Velicher og Prochaska (6;26;27)

Intervention	Effekt	Deltagelse	Impact
Rygeklinik	0.30	0.01	0.003
Selvhjælpsmateriale	0.10	0.05	0.005
Lægelig rådg. + nikotin	0.15	0.30	0.045

Som det fremgår af tabel 2 er det ikke nødvendigvis den intervention, der har den største effekt på rygestop, som også er den mest effektive på befolkningsniveau. En intervention som kortfattet lægelig rådgivning suppleret med nikotinsubstitution kan med en effekt, der er lavere end effekten for rygeafvænning på en rygestopklinik, have 15 gange så stor påvirkning på grund af en større deltagelse (her 30% deltagelse som regneeksempel) i interventionen.

2 Metodediskussion

De internationale retningslinier vedrørende metoder til rygeafvænning, som er gengivet i oversigtsform i starten af denne rapport, bygger på resultaterne af videnskabelige undersøgelser. Det drejer sig primært om undersøgelser, hvor én given indsats er vurderet i forhold til en kontrolgruppe, og hvor udtrækning til henholdsvis den forebyggende indsats eller kontrolgruppe er foregået efter et tilfældighedsprincip. Denne type af undersøgelser kaldes for randomiserede, kontrollerede interventionsundersøgelser. Randomiseringsprincippet er vigtigt for vurderingen af undersøgelsens resultater. Hvis forekomsten af alle andre faktorer med mulig indflydelse

på resultatet er ens i de to grupper, må en eventuel effekt tilskrives den forebyggende indsats, som da er den eneste faktor, der adskiller interventions- og kontrolgruppen.

Et centralt mål til vurdering af effekten af et rygeafvænningsprogram er andelen af deltagere, der er holdt op med at ryge i henholdsvis interventionsgruppen og kontrolgruppen. Effektmålet er længerevarende rygestop i en nærmere defineret periode, oftest 6 eller 12 måneder, og kan vurderes på flere forskellige måder. De fleste undersøgelser baserer rygeophørsprocenter på information fra deltagerne, mens andre undersøgelser inddrager oplysninger fra biokemiske markører til bestemmelse af rygestatus, f.eks. målinger af kulilte (CO), blodprøver eller andre objektive mål.

Resultatet af disse mange enkeltstående undersøgelser kan analyseres samlet i en såkaldt metaanalyse, hvor resultaterne fra de enkelte undersøgelser analyseres sammen med det formål at opnå meget store undersøgelsesgrundlag. Fordelen er, at effekten kan vurderes på basis af et meget større deltagerantal, end der indgår i de enkelte undersøgelser. Ulempen kan være, at de forsøgspersoner, der indgår i de enkelte undersøgelser, kan have forskellige karakteristika og forskellige livsbetingelser, som det kan være vanskeligt at tage højde for i en metaanalyse, ligesom metoderne til rygeafvænnning kan være tilrettelagt forskelligt fra undersøgelse til undersøgelse.

Ved læsningen skal man være opmærksom på, at det ikke er muligt at foretage en sammenligning af effekten af de forskellige metoder til rygeafvænnning på baggrund af de foreliggende undersøgelser. Det skyldes for det første, at forsøgspersonerne i de enkelte undersøgelser ikke nødvendigvis er sammenlignelige på tværs af undersøgelser. For det andet anvendes ofte en kombination af metoder, hvilket gør det vanskeligt at fastslå, hvilke komponenter, der er virksomme.

Det er vanskeligere at vurdere effekten af lavintensive metoder til rygeafvænnning, end det er tilfældet for de mere intensive metoder, idet det ofte er vanskeligt eller umuligt at anvende kontrolgrupper, ligesom en fordeling ved lodtrækning til at deltage eller ikke deltage i interventionen ikke lader sig praktisere. Det er heller ikke muligt at vurdere effekten af indsatsen med objektive mål, men man er henvist til at anvende selvrapportering.

Dette medfører, at man ikke for lavintensive metoder kan finde de samme entydige anbefalinger, som gør sig gældende for de mere intensive metoder til rygeafvænnning. Det er ikke et udtryk for, at lavintensive metoder i sig selv har ringere effekt eller impact, men afspejler, at man ikke kan udtale sig med samme grad af sikkerhed om effekt og impact, som man kan ved de mere intensive metoder til rygeafvænnning.

3 Metoder til rygeafvænning

Igennem de seneste år er der opnået omfattende viden om effekten af forskellige metoder til rygeafvænning. Dokumentation, der fremlægges her, stammer fra videnskabelige undersøgelser samt fra metaanalyser, hvor resultaterne fra mange selvstændige undersøgelser analyseres sammen med det formål at opnå større undersøgelsesgrundlag. Derudover indgår resultater af evalueringer af danske indsatser, som vil blive inddraget, hvor det er relevant. Det drejer sig især om aktiviteter, hvor det kan være vanskeligt at gennemføre egentlige forskningsundersøgelser.

Nedenfor beskrives den nuværende viden om effekten af metoder til rygeafvænning med særligt fokus på de metoder, der benyttes i de danske tilbud.

3.1 Individuel rygeafvænning

I det følgende beskrives forskellige metoder til individuel rygeafvænning. Det drejer sig om kort rådgivning om rygestop givet af en sundhedsprofessionel, intensiv vejledning om rygestop givet af rygestopinstruktør, telefonrådgivning samt hypnose og akupunktur.

Individuel rådgivning/vejledning

Individuel rådgivning om rygeophør er en personlig samtale med en ryger eller eksryger med det formål at motivere personen til at holde op med at ryge og/eller at give støtte efter, at tobakken er lagt på hylden.

Rådgivningen kan foregå i forskellige sammenhænge og kan variere med hensyn til omfang og indhold. Det kan være en kortfattet rådgivning om rygestop, som eksempelvis formidles af den praktiserende læge som en del af en lægekonsultation i øvrigt eller af apotekspersonalet ved apoteksbesøg. En mere intensiv vejledningssamtale er den motiverende samtale hos den praktiserende læge eller et struktureret individuelt vejledningsforløb hos en uddannet rygestopinstruktør.

Hovedtemaer for samtalen vil ofte være information om rygningens skadelige virkninger, oplysninger om, hvordan man kan holde op med at ryge og information om nikotinsubstitution. I forbindelse med strukturerede, individuelle forløb vil der ofte blive aftalt en dato for, hvornår rygeren skal stoppe med at ryge samt datoer for opfølgende samtaler. Den mundtlige information vil ofte blive fulgt op af skriftligt materiale (4;28).

Den motiverende samtale i almen praksis er en patientcentreret rådgivning, der har som formål at fremme adfærdsmæssige ændringer ved at stimulere patienten til at analysere sine følelser i dilemmaet mellem faktisk adfærd og helbredsmæssige ønsker. Derudover har den motiverende samtale som formål at stimulere patienten til at træffe en beslutning og gennemføre adfærdsendringer på grundlag af sine overvejelser. Gennem samtale hjælper lægen patienten til at konkretisere sine personlige værdier og mål. Samtalerne gennemføres ofte i et forløb, typisk 2-6 samtaler af ca. ½ times varighed (28).

I næsten alle amter tilbydes strukturerede individuelle rygeafvænningsforløb ledet af uddannede rygestopinstruktører. De individuelle rygeafvænningsforløb strækker sig typisk over fem gange af i alt ca. to timers varighed og indeholder elementer

som forberedelse af det forestående rygestop og instruktion i brug af nikotinsubstitution. Der sættes fokus på at tackle risikosituationer og undgå tilbagefald. Helbredsfordele ved at holde op med at ryge fremhæves, og der gives kostråd, så deltageren undgår at tage på i vægt. I konceptet er inddraget elementer fra den motiverende samtale, så rygere der endnu ikke er motiveret for et rygestop også kan få udbytte af rådgivningen. Stop-datoen bliver fastsat individuelt afhængigt af, hvor parat og motiveret rygeren er.

Nationalt Center for Rygestop har initieret udviklingen af et fælles dansk koncept for individuel rygeafvænning i samarbejde med en række centrale aktører indenfor tobaksforebyggelse. Konceptet med tilhørende manual og uddannelse af rygestopinstruktører udbydes af Kræftens Bekæmpelse.

Dokumentation for effekt

Dokumentationen for effekten af den individuelle rådgivning og vejledning om rygeophør er i det følgende inddelt efter hvilke aktører, der formidler rådgivningen. Der er her fokuseret på samtale med læge, samtale med sygeplejerske samt vejledning ved specialuddannet rygestopinstruktør. Rådgivning eller vejledning fra andre sundhedsprofessionelle fremgår ikke eksplicit i gennemgangen, men vil i visse tilfælde indgå som sammenligningsgrundlag.

Samtale med læge

I en Cochrane litteraturgennemgang fra 2001 undersøgte man effekten af personlig rådgivning ved rygeophør givet af læge. Analysen omfattede 34 randomiserede, kontrollerede undersøgelser fra 1972-1999, hvor der i alt indgik 27.000 personer. En metaanalyse af 16 undersøgelser viste, at de, der havde modtaget kortvarig rådgivning (under 20 minutter med højst én opfølgende konsultation) havde omkring 70% større sandsynlighed for vedvarende rygeophør efter 6 måneders opfølgning i forhold til de, der ikke havde modtaget rådgivning (29).

En sammenligning af effekten af kortvarig og intensiv rådgivning (over 20 minutter med mere end én opfølgende konsultation), viste, at den intensive rådgivning var knap en halv gang mere effektiv end den korte rådgivning. Studier, der inkluderede opfølgende besøg, havde generelt større effekt end de, der ikke inkluderede sådanne besøg (29).

En anden metaanalyse af 43 undersøgelser viste, at 13-16% af de, der havde modtaget op til 10 minutters rådgivning og 22% af de, der havde modtaget *mere* end 10 minutters rådgivning, stadig var røgfri efter mindst 6 måneders opfølgning mod 11% i kontrolgruppen, som ikke havde modtaget rådgivning (6).

Samtale med sygeplejerske

Effekten af rådgivning om rygeafvænning givet af sygeplejersker er undersøgt i en anden Cochrane litteraturgennemgang fra 2001. En metaanalyse af 16 randomiserede undersøgelser fra 1987 til 2000 viste, at de, der havde haft en samtale om rygestop med en sygeplejerske havde omtrent 50% større sandsynlighed for at være røgfri efter minimum 6 måneder end de, der ikke havde fået nogen form for rådgivning. Der kunne ikke påvises en øget effekt ved mere intensiv rådgivning fra sygeplejerske sammenlignet med kortvarig rådgivning (30).

Rådgivning ved specielt uddannet rygestopinstruktør

En Cochrane metaanalyse fra 2002 af 15 randomiserede, kontrollerede undersøgelser viste, at de, der havde modtaget intensiv individuel vejledning fra en specialud-

dannet rygestopinstruktør, havde godt 60% større sandsynlighed for at være røgfri efter mindst 6 måneders opfølgning sammenlignet med de, der kun havde anvendt selvhjælpsmaterialer. Alle rygestopinstruktører havde en uddannelsesmæssig baggrund indenfor den sociale sektor eller sundhedsvæsenet. Vejledning fra læger eller sygeplejersker udført som et led i den kliniske praksis indgik ikke i analysen (31).

En anden metaanalyse af 58 randomiserede, kontrollerede undersøgelser, viste en effekt af samme størrelsesorden. Her var også vejledning fra læger og sygeplejersker medtaget. En direkte sammenligning af effekten af vejledning fra forskellige faggrupper viste, at der ikke på nuværende tidspunkt er tilstrækkelig dokumentation for at foretrække én faggruppe frem for en anden. Vejledning om rygeafvænnelse fra flere sundhedsfagligt professionelle givet i forskellige anledninger viste en forøgelse af ophørsraten (6).

Betydningen af intensiteten af vejledningsforløbet er undersøgt i en metaanalyse af 35 randomiserede, kontrollerede undersøgelser. Her fandt man en dosis-respons sammenhæng mellem varigheden af vejledningsforløbet og den estimerede ophørsrate op til en varighed af omkring 90 minutter, hvor sandsynligheden for at være røgfri efter mindst 6 måneders opfølgning var omtrent 3 gange større end ved ingen vejledning. Herefter skete der ikke en yderligere forbedring af ophørsraten (6).

Der er ligeledes fundet en dosis-respons sammenhæng mellem antallet af sessioner og ophørsraten. Blandt de, der havde gennemført 4-8 sessioner, var knap 21% røgfri efter mindst 6 måneders opfølgning, mens der kun var 12% røgfri blandt de, der ikke havde fået rådgivning, eller som kun havde deltaget i én session (6). Der er på nuværende tidspunkt ikke tilstrækkelig dokumentation til at fastslå, om opfølgning ved personlig kontakt efter det indledende møde har større effekt end telefonisk opfølgning, hvor rygestopinstruktøren efter aftale ringer til rygeren og giver vejledning over telefonen (proaktiv telefonrådgivning) (31).

Hvad angår de forskellige elementer, som kan indgå i et vejledningsforløb viste en metaanalyse af 62 randomiserede, kontrollerede undersøgelser, at praktisk vejledning i form af metoder til problemløsning, færdighedstræning, forebyggelse af tilbagefald samt stresshåndtering var virksomme elementer. Desuden viste undersøgelsen, at den direkte støtte fra vejlederen var væsentlig ligesom hjælp til at mobilisere det eksterne netværk til at støtte op om rygeophøret vurderedes at være et effektivt element. I metaanalysen indgik også andre elementer såsom afspændingsøvelser og vejledning om vægtændring/kost, men disse blev ikke fundet virksomme i analysen. Det skal her bemærkes, at det kan være vanskeligt at isolere effekten af ét element af behandlingen fra andre, idet flere elementer ofte indgår samtidig. Derfor skal analysen tolkes med forsigtighed (6).

På baggrund af den foreliggende videnskabelige dokumentation kan der gives følgende retningslinier for individuel rådgivning/vejledning som metode til rygeafvænnelse:

- **Kortvarig rådgivning givet af den praktiserende læge med opfordring til rygeren om at forsøge at holde op med at ryge er effektivt til igangsætning af rygeophør. Der er endnu ikke tilstrækkelig dokumentation til at kunne vurdere effekten af lignende rådgivning fra andre personalegrupper. Det er primært**

rygere med et mindre dagligt tobaksforbrug (under 10 cigaretter pr. dag), der har gavn af den kortvarige rådgivning.

- **Individuel vejledning givet af specialuddannet rygestopinstruktør til rygere, der har besluttet at holde op med at ryge, er effektivt til at hjælpe rygeren igennem rygeophøret. Effekten øges, når interventionen suppleres med nikotinsubstitution.**
- **Individuel vejledning givet af sygeplejersker, der er specielt ansat til at varetage denne opgave samt vejledning givet af apotekspersonale som led i et samlet forløb, der også omfatter nikotinsubstitution, er effektivt.**
- **Der er ikke på nuværende tidspunkt tilstrækkelig videnskabelig dokumentation til at kunne vurdere, om individuel rådgivning givet af andre sundhedsprofessionelle som en del af deres andre daglige opgaver, er effektivt.**
- **Jo mere tid, der bruges til vejledningssamtalerne, jo større er effekten.**

Telefonrådgivning

En anden form for rådgivning og støtte til rygeafvænning er telefonrådgivning. Formålet med telefonrådgivning er at give rygeren information om rygestopprocessen, planlægning af et rygestop samt rådgivning og vejledning om håndtering af de forskellige faser i et rygestop, herunder forebyggelse af tilbagefald (32).

Hjælpelinier har udover det egentlige formål med at få rygere til at holde op med at ryge også den symbolske funktion at gøre rygerne opmærksom på vigtigheden af rygeophør. Det er estimeret, at omkring 1-2% af alle rygere kontakter en hjælpelinie i løbet af et år (32).

Telefonrådgivning kan være en mere økonomisk måde at tilbyde individuel rådgivning på end den personlige vejledning, idet indsatsen kan nå en større del af befolkningen. Telefonrådgivning er desuden uafhængig af geografi. En anden fordel ved telefonrådgivning er, at den kan benyttes af rygere, der ikke ønsker at deltage i gruppebaserede rygestopkurser, ligesom tidspunktet for rådgivningen er mere fleksibelt. Telefonrådgivning kan optimeres, så den maksimale støtte gives lige omkring ophørstidspunktet, og kan i det hele taget tilpasses efter modtagerens behov (32).

Telefonrådgivning kan være *proaktiv*, hvor rygestopinstruktøren oftest efter forudgående aftale kontakter rygeren pr. telefon. Ved *reaktiv* telefonrådgivning er det derimod rygeren selv, der tager initiativ til at ringe til en hjælpelinie for at modtage vejledning om rygestop (32).

Proaktiv telefonrådgivning kan sammenlignes med individuel vejledning ved personlig kontakt og kan tilbydes som et supplement hertil eller som erstatning for individuel vejledning. Proaktiv telefonrådgivning kan også rekvireres via en kontakt til en reaktiv telefonhjælpelinie (32).

Reaktive telefonhjælpelinier kan formidle rådgivningen enten i form af personlig rådgivning, som budskaber optaget på en telefonsvarer eller som en kombination.

De, der tager kontakt til en hjælpelinie, ønsker ikke nødvendigvis rådgivning, men vil undertiden blot have tilsendt selvhjælpsmateriale (32).

Telefonrådgivningen STOP-linien drives af Sundhedsstyrelsen og Københavns Kommune i fællesskab og er et gratis tilbud, hvor rygere anonymt kan få information og råd om rygestop. STOP-linien har årligt omtrent 2500 opkald, og gennemsnitstiden for en konsultation er 13 minutter. De, der hyppigst tager kontakt til hjælpelinien, er midaldrende storrygere med stærk nikotinafhængighed (33).

Der findes også lokale hjælpelinier, der er rettet mod særlige målgrupper. I Københavns Kommune er man ved at udvikle et koncept for børn og unge, bl.a. med inddragelse af nye metoder som SMS-beskeder på mobiltelefoner.

Dokumentation for effekt

I en Cochrane litteraturgennemgang fra 2002 undersøgte man effekten af telefonrådgivning. Den systematiske gennemgang omfattede 27 randomiserede, kontrollerede undersøgelser. En metaanalyse af 13 undersøgelser viste, at de, der havde fået et opkald fra en rygestopinstruktør havde omkring 50% større sandsynlighed for at være røgfri efter mindst 6 måneders opfølgning sammenlignet med de, der alene havde anvendt selvhjælpsmateriale. Det svarede til en absolut forøgelse af ophørsraten på 2-4% (32). En anden metaanalyse af 58 undersøgelser, der sammenlignede forskellige typer rådgivning, viste lignende resultater. Her fandt man en ophørsrate på 13% ved proaktiv telefonrådgivning efter mindst 6 måneders opfølgning sammenlignet med knap 11% i kontrolgruppen (6).

Effekten af opfølgende telefonrådgivning i forlængelse af individuel vejledning ved personlig kontakt er mindre klar. En metaanalyse af fire undersøgelser kunne ikke fastslå, om supplerende proaktiv telefonrådgivning øgede effekten af individuel vejledning ved personlig kontakt (32).

Det er vanskeligt at gennemføre et randomiseret, kontrolleret forsøg for at teste effekten af reaktiv telefonrådgivning. Et sådant forsøg ville kræve, at rygere fra kontrolgruppen skulle afvises, når de ringede til hjælpelinien, hvilket ville være uetisk. I én undersøgelse blev effekten af en hjælpelinie vurderet ved at sammenligne en interventionsgruppe, der udover selvhjælpsmateriale blev informeret om hjælpelinien, med en kontrolgruppe, som kun modtog selvhjælpsmateriale. Her viste telefonhjelplineen sig mere effektiv end selvhjælpsmateriale alene. Rygerne havde både mulighed for personlig rådgivning og for at anvende indtalte standardbudskaber på telefonhjelplineen. Den personlige rådgivning havde størst effekt, men det var de indtalte standardbudskaber, der hyppigst blev anvendt. To andre undersøgelser har ikke kunnet påvise en effekt af reaktiv telefonrådgivning. Der foreligger ikke på nuværende tidspunkt tilstrækkelig videnskabelig dokumentation til at kunne vurdere effekten af reaktiv telefonrådgivning. Enkelte evalueringer af enkelte hjælpelinier tyder på en effekt (32).

Der blev i 2001 foretaget en evaluering af den danske STOP-linie. De første 100 personer, der ringede til stoplinien hvert kvartal, blev bedt om at deltage i evalueringen. I alt 386 personer indvilligede i at blive kontaktet henholdsvis 3 måneder og 1 år efter opkaldet til hjælpelinien. Ved opfølgning efter et år var det muligt at få kontakt til 76% af deltagerne. De øvrige deltagere blev betragtet som rygere efter et år. Evalueringen viste, at 23% af alle deltagere var røgfri et år efter, at de havde kontaktet STOP-linien, og knap 15% havde været røgfri hele året. Yderligere 14% havde halveret deres tobaksforbrug. Ved evalueringen blev der dog ikke

taget højde for, om deltagerne havde kontaktet hjælpelinien mere end én gang, eller om de havde anvendt andre rygeafvænningsmetoder (33).

På baggrund af den foreliggende videnskabelige dokumentation kan gives følgende retningslinier for anvendelse af telefonrådgivning som metode til rygeafvænnning:

- **Proaktiv telefonrådgivning er effektiv i forbindelse med rygeafvænnning.**
- **Der er på nuværende tidspunkt ikke tilstrækkelig videnskabelig dokumentation til at kunne vurdere effekten af reaktiv telefonrådgivning, men enkeltstående evalueringer tyder på en effekt. Reaktive hjælpelinier er en vigtig kanal til at yde rådgivning og støtte til rygere, der ønsker at holde op med at ryge.**

Hypnose

Hypnose er én af de ældste metoder til rygeafvænnning. Baggrunden for at anvende hypnose til rygeafvænnning er en formodning om, at hypnose ved at påvirke den underliggende bevidsthed vil kunne mindske rygetrangen, styrke viljen til at stoppe eller øge evnen til at fokusere på behandlingsprogrammet ved at øge rygerens koncentration. Der anvendes flere forskellige hypnoseteknikker (34).

Dokumentation for effekt

Der er på nuværende tidspunkt kun sparsom viden om effekten af hypnose til rygeafvænnning. Mange af de undersøgelser, der er gennemført, har haft store metodologiske svagheder (7).

I en Cochrane litteraturgennemgang fra 2001 undersøgte man på baggrund af 9 randomiserede undersøgelser effekten af hypnose sammenlignet med rådgivning eller ingen behandling. Litteraturgennemgangen viste, at det på baggrund af de få undersøgelser af acceptabel kvalitet ikke kunne påvises, at hypnose havde en selvstændig effekt i forhold til rygeafvænnning sammenlignet med andre interventioner eller ingen behandling (34).

Der er på nuværende tidspunkt ikke tilstrækkelig videnskabelig dokumentation til at kunne anbefale hypnose som effektiv metode til rygeafvænnning.

Akupunktur

Akupunktur har i lighed med hypnose været anvendt som metode til tobaksafvænnning igennem en årrække og anses for at kunne mindske nikotinabstinenser ved et rygeophør. Ved akupunktur stimuleres punkter i ansigtet, på ørerne eller på andre dele af kroppen. Der findes en række forskellige teknikker for akupunktur. Stimuleringen kan ske direkte ved hjælp af nåle eller gennem elektrisk stimulering af nålene. Andre anvender tryk som stimulation, mens atter andre anvender laser, også kendt som "laser akupunktur", selvom der ikke indgår nåle som stimulation (35).

Dokumentation for effekt

Det er vanskeligt at isolere effekten af akupunktur fra en placeboeffekt, hvor man stimulerer ikke-virksomme punkter på kroppen. I en Cochrane metaanalyse fra 2002 undersøgte man effekten af akupunktur sammenlignet placebo eller ingen behandling. I undersøgelsen indgik 22 randomiserede undersøgelser. Akupunktur

havde større effekt end ingen behandling efter 3 måneders opfølgning, men denne effekt kunne ikke genfindes efter 6 måneder (35).

Med hensyn til de forskellige akupunkturteknikker er der ikke påvist særlige metoder, der er mere effektive end andre. Der er således ikke videnskabelig dokumentation for, at akupunktur, herunder også trykakupunktur, laserterapi samt elektrisk stimulation, er en effektiv metode til rygeafvænning, når der ses bort fra placeboeffekten (35).

Der er på nuværende tidspunkt ikke tilstrækkelig videnskabelige dokumentation til at kunne anbefale akupunktur som effektiv metode til rygeafvænning, når der ses bort fra placeboeffekten.

3.2 Rygeafvænning i grupper

Ved rygeafvænning i grupper er det i lighed med individuel rygeafvænning den personlige kontakt til rygeren, der er det bærende element i behandlingen. Derudover giver rygeafvænning i grupper mulighed for, at der kan opstå en gruppedynamik, hvor der udvikles et socialt pres for at opnå det fælles mål at blive røgfri. Konkurrencemomentet samt det at være loyal overfor gruppen er vigtige elementer.

I Danmark har der siden 1994 været implementeret et standardiseret koncept for rygeafvænning i grupper med tilhørende manual og uddannelse, som svarer til anbefalingerne i nærværende rapport. Rygeafvænning i grupper tilbydes aktuelt i 14 ud af 16 amter i forskellige miljøer. Kræftens Bekæmpelse står for uddannelse af rygestopinstruktørene.

Rygeafvænningsforløbet foregår i grupper af ca. 10 personer. Selve afvænningsforløbet strækker sig over fem gange á to timer over seks uger. De første gange går blandt andet med at forberede det forestående rygestop, og deltagerne bliver instrueret i at bruge nikotinsubstitution. Efter den anden mødegang fastsættes en fælles rygestopdag. På de næste møder sættes der fokus på at tackle risikosituationer og undgå tilbagefald. Der bliver givet kostråd, så deltagerne kan undgå at tage på i vægt. Deltagerne kan endvidere få foretaget en test, der viser mængden af kulilte i blodet.

Dokumentation for effekt

Effekten af rygeafvænning i grupper er undersøgt i en Cochrane litteraturgennemgang af 52 randomiserede, kontrollerede undersøgelser. Her fandt man i en metaanalyse af 13 undersøgelser, at rygeafvænning i grupper omtrent fordoblede sandsynligheden for at være røgfri efter mindst 6 måneders opfølgning i forhold til anvendelse af et selvhjælpsprogram eller ingen intervention (36). En anden metaanalyse af 58 undersøgelser viste en ophørsrate på knap 14% ved rygeafvænning i grupper (6).

På nuværende tidspunkt er der ikke tilstrækkelig videnskabelig dokumentation til at kunne vurdere, om rygeafvænning i grupper er mere effektivt end individuel vejledning. Der er ligeledes begrænset videnskabeligt grundlag for at kunne vurdere effekten af rygeafvænning i grupper som supplement til anden behandling som f.eks. kort rådgivning fra sundhedsprofessionel eller anvendelse af nikotinsubstitution (36).

Der foreligger ikke på nuværende tidspunkt tilstrækkelig videnskabelig dokumentation til at kunne vurdere, hvilke komponenter i gruppevejledningen, der er de

mest effektive (36). En metaanalyse af 62 randomiserede kontrolleret undersøgelser viste, at færdigheder i at tackle risikosituationer og undgå tilbagefald, stresshåndtering samt støtte generelt sandsynligvis var virksomme komponenter. Undersøgelsen skal dog tages med nogen forbehold, da rygeafvænning i grupper ofte består af flere komponenter, hvorfor det kan være vanskeligt at isolere effekten af én enkelt komponent. Desuden kan de forskellige komponenter være korreleret med andre faktorer som f.eks. længden af sessionen. Endelig blev der sammenlignet med en gruppe, der slet ikke modtog nogen form for rådgivning. Der blev derfor ikke taget højde for en eventuel placeboeffekt (6).

På baggrund af den foreliggende videnskabelige dokumentation kan gives følgende retningslinier om rygeafvænning i grupper:

- **Rygeafvænning i grupper kan anbefales som effektiv metode til rygeafvænning.**
- **Det er endnu ikke dokumenteret, om rygeafvænning i grupper er mere eller mindre effektiv end et individuelt vejledningsforløb.**

3.3 Farmakologisk behandling

Der findes i Danmark flere typer lægemidler, som anvendes som hjælp til rygeophør: Nikotinsubstitution og bupropion. De enkelte præparater beskrives nedenfor.

Nikotinsubstitution

Omkring halvdelen af alle rygere har et ønske om at holde op med at ryge (14). Når det ikke altid lykkes for rygeren at holde op, skyldes det ofte, at der er udviklet afhængighed. Afhængigheden er multifaktoriel og består af såvel sociale, psykologiske og farmakologiske komponenter (nikotinafhængighed) i varierende grad. Især for rygere med et dagligt forbrug på over 10 cigaretter og som ryger den første cigaret inden for 30 minutter efter, at de er stået op, spiller nikotinafhængighed en rolle i vedligeholdelsen af rygningen (12).

Nikotin kan virke stimulerende, angstdæmpende, sultdæmpende og medføre en følelse af velbehag, men følsomheden for nikotin og udviklingen af tolerans over for stoffet er forskellig fra person til person (7).

Behandling med nikotinpræparater er en farmakologisk intervention, der har til formål at mindske de fysiske abstinenssymptomer i forbindelse med rygeophør (rygetrang, rastløshed, koncentrationsbesvær) samt at dæmpe stress således, at personen kan koncentrere sig om at bryde vanen, dvs. den psykosociale afhængighed af tobakken (4). Ved nikotinsubstitution tilføres organismen ikke tobakkens øvrige skadelige stoffer, såsom tjærekomponenter og kulilte (7).

Ved nikotinsubstitution foregår nikotinoptaget langsommere, end ved rygning, idet der går ca. 15-30 minutter, før nikotinen optages i hjernen, mens nikotin fra tobak optages på ca. 8-10 sekunder. Nikotinsubstitution kan dække det basale behov for nikotin, men kan ikke afhjælpe den akutte trang. Det er vigtigt at gøre rygeren opmærksom på denne forskel for at undgå skuffelse ved anvendelse af nikotinerstatning (13).

Nikotinsubstitution kan fås i håndkøb, og kan anvendes på rygerens eget initiativ eller indgå som et led i et formaliseret rygeafvænningstilbud med assistance fra f.eks. en rygestopinstruktør, praktiserende læge eller andre. I Danmark kan man få

nikotinsubstitution i form af depotplastre, tyggegummi, inhalator, næsespray samt resoribletter og sugetabletter. Valg af erstatningsprodukt afhænger først og fremmest af rygerens ønsker og behov, men eksempsygdomme samt brug af tandproteser har også betydning for valg af produkt. Flere præparater kan anvendes samtidig.

Generelt for alle nikotinerstatningsprodukter gælder, at effektiviteten af produkterne er afhængig af korrekt anvendelse. Langt de fleste af de undersøgelser, der ligger til grund for vurderingen af effekten af nikotinsubstitution til rygeafvænnning, involverer støtte eller rådgivning i én eller anden form (9).

Nikotindepotplastre

Ved anvendelse af nikotindepotplastre tilføres kroppen nikotin gennem huden i en kontinuerlig dosis. Nikotinen optages af kroppen over et tidsrum på ca. 16 timer med aftagende optag efter ca. 10-12 timer. Den højeste nikotinkoncentration opnås efter 4-9 timer (12).

Nikotindepotplastre findes i forskellige styrker: hhv. 5 mg, 10 mg og 15 mg for 16 timers plastre og 7mg, 14 mg og 21 mg for 24 timers plastre. Afhængig af rygerens daglige cigaretforbrug anbefales at starte med høj koncentration med efterfølgende nedjustering, således at den maksimale anvendelse af depotplastre ikke overstiger 6 måneder (12).

Dokumentation for effekt

En Cochrane metaanalyse fra 2002, hvori der indgik af 34 randomiserede, kontrollerede undersøgelser viste, at anvendelse af nikotindepotplastre medførte en ophørsrate på 14% efter en opfølgningstid på mindst 6 måneder, hvilket var ca. 75% højere end ophørsrater fundet ved anvendelse af placeboplastre (9). En anden metaanalyse fra 2000 af 27 undersøgelser viste en ophørsrate på 18% (6). Tilsvarende konklusioner er fundet i andre undersøgelser (7).

Det er ikke på nuværende tidspunkt videnskabeligt dokumenteret, at der er forskelle i effekten af henholdsvis 16 timers og 24 timers plastre (9).

En metaanalyse af 6 undersøgelser, der for 24 timers plastre sammenlignede effekten af en dosis på 42 mg med standarddosis på 21 mg, samt for 16 timers plastre effekten af 25 mg plastre i forhold til standarddosis på 15 mg, viste en lille øget effekt af højere dosis (9).

Nikotindepotplastre vurderes at være lettere at anvende end nikotintyggegummi og næsespray (9).

Nikotintyggegummi

Nikotintyggegummi benyttes ved rygetrang eller på de tidspunkter, hvor man tidligere røg.

Nikotintyggegummi findes i forskellige smagsvarianter og i to styrker på henholdsvis 2 mg og 4 mg. Der må maksimalt bruges 25 stk. 2 mg eller 12 stk. 4 mg nikotintyggegummi i døgnet. Det anbefales at tyggegummiet anvendes i ca. 3 måneder, hvorefter forbruget langsomt nedsættes. Behandlingen bør afsluttes, når det daglige forbrug er nede på 1-2 stykker tyggegummi, hvilket oftest vil være tilfældet efter ca. 6 måneder. Anvendelse af nikotintyggegummi i mere end et år anbefales ikke (37).

Dokumentation for effekt

En lang række undersøgelser over de sidste tre årtier har vist, at nikotintyggegummi har effekt i forbindelse med rygeafvænning. En Cochrane metaanalyse fra 2002, hvori der indgik 51 randomiserede, kontrollerede undersøgelser viste, at anvendelse af nikotintyggegummi forøgede sandsynligheden for at være røgfri efter mindst 6 måneders opfølgning med knap 70% i forhold til anvendelse af placebo. Dette svarede til en ophørsrate på 18 % (9). Effekter af samme størrelsesorden er fundet i to andre metaanalyser med henholdsvis 13 undersøgelser (6) og 42 undersøgelser (7).

Desuden viste ovennævnte undersøgelser, at tyggegummi, der indeholdt 4 mg nikotin pr. stk. frem for 2 mg nikotin pr. stk. havde større effekt i forbindelse med rygeophør for rygere med stærk nikotinafhængighed (6;9).

Inhalator

Inhalatoren kan anvendes ved rygetrang og er det nikotinsubstitutionsprodukt, der i anvendelse minder mest om rygning af cigaretter. Inhalatoren er et plasticrør, der minder om en cigaret. Når der suges på inhalatoren frigives nikotin til mundslimhinden. Maksimal nikotinkoncentration opnås ca. 15 minutter efter inhalation.

Der anbefales en behandlingsperiode på ca. 3 måneder, hvorefter den daglige dosis nedtrappes over 2-3 måneder. Behandlingen vil som regel kunne ophøre efter 6 måneder.

Enkelte vil ved brug af inhalatoren kunne opleve gener i form af hoste og irritation i mund og hals. Gener aftager oftest efter et stykke tid (37).

Dokumentation for effekt

En Cochrane meta-analyse fra 2002, hvori der indgik 4 randomiserede, kontrollerede undersøgelser, viste en ophørsrate på 17 % efter mindst 6 måneder ved anvendelse af nikotininhalator. Dette svarede til omtrent en fordobling af sandsynligheden for at være røgfri ved anvendelse af nikotininhalator i forhold til anvendelse af placebo (9). I andre undersøgelser er fundet ophørsrater samt effekter af samme størrelsesorden (6;7).

Næsespray

Næsespray er den form for nikotinsubstitution, der bedst efterligner optagelsen af nikotin ved rygning og er derfor særligt velegnet ved høj nikotinafhængighed. Næsesprayen anvendes efter behov ved rygetrang. Nikotinen optages gennem næsens slimhinde, og den maksimale nikotinkoncentration opnås ca. 10-15 minutter efter en dosering med to pust (37).

Der anbefales en behandlingsperiode på ca. 3 måneder, hvorefter den daglige dosis nedtrappes over 2-3 måneder. Behandlingen vil som regel kunne ophøre efter 6 måneder (37). Da anvendelse af nikotinnæsespray medfører relativ hurtig nikotinoptagelse, er risikoen for afhængighed større end ved anvendelse af andre nikotinsubstitutionsprodukter (7).

Specielt i de første dage, næsesprayen anvendes, kan der forekomme irritation af slimhinderne i øjne og næse (37).

Dokumentation for effekt

Dokumentationen for effekten af næsespray som metode til rygeafvænning bygger på en Cochrane metaanalyse fra 2002, hvori der indgik 4 randomiserede, kontrollerede undersøgelser. Analysen viste, at anvendelse af næsespray i forbindelse med rygeophør mere end fordoblede sandsynligheden for at være røgfri efter mindst 6 måneders opfølgning i forhold til anvendelse af placebo (9).

Samme resultat er fundet i en anden metaanalyse med tre randomiserede, kontrollerede undersøgelser. Her fandt man en ophørsrate på 30% efter mindst 6 måneders opfølgning sammenlignet med knap 14% i kontrolgruppen, der fik en placebobe-handling (6;7).

Analyserne viste endvidere, at anvendelse af næsespray medførte ophørsrater fra 24-30% efter 1 år, hvilket oversteg ophørsraterne for de øvrige nikotinsubstitutionspræparater. Forskellen var dog ikke statistisk signifikant (6).

Resoriblet og sugetabletter

Resoribletter og sugetabletter er to forskellige præparater til rygeafvænning, der også anvendes ved rygetrang. Præparaterne vil i det følgende blive beskrevet samlet, da de med hensyn til såvel anvendelse som effekt minder om hinanden.

Resoribletten er en lille tablet, der placeres under tungen. Her opløses den i løbet af 20-30 minutter, hvorved nikotinen optages via mundslimhinden. Den maksimale nikotinkoncentration i kroppen opnås efter 20-30 minutter. Sugetabletten suges, indtil nikotinen frigives. Herefter hviler tabletten under tungen eller i kinden. Proceduren gentages, indtil sugetabletten er opløst efter ca. 30 minutter (37).

For både resoribletter og sugetabletter anbefales en behandlingsperiode på ca. 3 måneder, hvorefter den daglige dosis nedtrappes over 2-3 måneder. Behandlingen vil som regel kunne ophøre efter 6 måneder (37).

Anvendelse af resoribletter kan medføre bivirkninger i form af svimmelhed, hovedpine, kvalme, gener fra mave-tarmkanal, hikke og irritation i mund og hals. Personer med mavesår bør ikke anvende resoribletter. Ved anvendelse af sugetabletter kan specielt i de første 3-4 uger efter behandlingens start forekomme forbigående bivirkninger i form af let irritation i halsen, hikke, svimmelhed, kvalme og hovedpine (37).

Dokumentation for effekt

En Cochrane metaanalyse, hvori der indgik tre randomiserede kontrollerede undersøgelser vedr. effekten af resoribletter og sugetabletter, viste, at anvendelse af resoribletter/sugetabletter medførte en ophørsrate på 20% ved opfølgning efter 1 år, hvilket omtrent svarede til en fordobling af ophørsraten i forhold til anvendelse af placebo (9).

På baggrund af den foreliggende videnskabelige dokumentation kan gives følgende retningslinier om nikotinsubstitution som metode til rygeafvænning:

- **Nikotinsubstitution er et effektivt hjælpemiddel i forbindelse med rygeophør. Rygere med et dagligt forbrug på over ti cigaretter skal opfordres til at benytte nikotinsubstitution ved rygeophør. Der er på nuværende tidspunkt ikke tilstrækkelig videnskabelig dokumentation til**

at kunne vurdere effekten blandt rygere med forbrug under 10 cigaretter dagligt, unge under 18 år, gravide eller indlagte rygere.

- Der er kun en lille forskel i effekten af de forskellige præparater til nikotinsubstitution, og der er ikke videnskabeligt grundlag for at anbefale en type nikotinsubstitution frem for andre. Nikotindepotplastre vurderes dog at være lettere at anvende end nikotintyggegummi og næsespray.
- Nikotintyggegummi med styrke på 4 mg er mere effektive end tygegummi med styrke på 2 mg, når storrygere (20 cigaretter eller mere dagligt) skal holde op med at ryge.
- Nikotinplaster med styrke på 21 mg/24 timer er mere effektive end plastre med lavere dosis til rygere, der ryger over 10 cigaretter dagligt.
- Kombination af behandling med nikotinplaster og andre former for nikotinsubstitution vurderes at være mere effektivt end plasteret alene og er en sikker behandling.
- Nikotinsubstitution vurderes at være sikkert at anvende til patienter med hjerte-kredsløbssygdomme. Er sygdommen akut eller dårligt kontrolleret bør behandlingen kun foregå efter aftale med læge.
- Der er på nuværende tidspunkt ikke tilstrækkelig videnskabelig dokumentation til at kunne vurdere, om nikotinsubstitution til gravide medfører en risiko for fosteret, men nikotinsubstitutionen er med stor sandsynlighed sikrere for fosteret end fortsat rygning. Sundhedsstyrelsens retningslinier for svangreomsorg anbefaler, at gravide, der stadig ryger efter 1. trimester skal tilbydes nikotinsubstitution.

Ikke nikotinholdige produkter

Bupropion

Ud over præparater til nikotinsubstitution som middel til rygeafvænning findes der på det danske marked også lægemidlet Bupropion, der ikke indeholder nikotin. Det er et ældre præparat, der oprindeligt blev brugt mod depression (antidepressiva) og som strukturelt adskiller sig fra både tricykliske antidepressiva og SSRI-præparater. Bupropion kan som sideeffekt til den antidepressive behandling også fjerne rygetrang. Virkningsmekanismen er endnu uklar.

Bupropion administreres som depottabletter for at sikre et kontinuerligt optag. Bupropion optages af kroppen over et tidsrum på ca. 8 timer, og den højeste koncentration opnås efter ca. 3 timer.

Den anbefalede dosering er 150 mg 1 gang om dagen i de første 6 dage, hvorefter dosis øges til 150 mg 2 gange om dagen i 7-9 uger med mindst 8 timers interval mellem doserne. Behandlingen påbegyndes 1-2 uger før dato for rygestop. Er der ikke konstateret en effekt efter 7 uger, bør behandlingen ophøre.

De hyppigste bivirkninger i forbindelse med anvendelse af bupropion er søvnbesvær og mundtørhed. Desuden kan forekomme symptomer som kvalme, opkast,

mavesmerter, hovedpine, svimmelhed, depression, uro, angst, smagsforstyrrelser, feber. Afhængig af plasmakoncentrationen kan ligeledes forekomme krampeanfald (37).

Bupropion er receptpligtig og kan derfor kun anvendes efter lægeordination.

Dokumentation for effekt

En Cochrane metaanalyse fra 2003, hvori der indgik 16 randomiserede, kontrollerede undersøgelser viste, at bupropion fordoblede sandsynligheden for at være røgfri efter 6 måneders opfølgning (38). Dette er i overensstemmelse med en anden metaanalyse af to store undersøgelser, hvor man fandt ophørsrater efter mindst 6 måneders opfølgningstid på 30% (6).

Effekten af behandlingen synes at være konstant over forskellige populationer og i forskellige miljøer og med forskellige niveauer af adfærdsterapi. Effekten var desuden uafhængig af, om personen tidligere havde haft en depression, hvilket indikerede, at bupropions effekt som rygeafvænningsmiddel ikke skyldtes traditionel antidepressiv effekt, og at bupropion derfor også var effektivt for rygere uden tendens til depression. Der foreligger på nuværende tidspunkt ikke tilstrækkelig dokumentation til at kunne anbefale bupropion frem for nikotinsubstitution til rygere med depression, ligesom bupropion ikke er påvist at forebygge depressive symptomer ved rygeophør bedre end nikotinsubstitution (38).

Det har ikke været muligt at påvise en højere ophørsrate på længere sigt ved anvendelse af 300 mg bupropion pr. dag frem for 150 mg pr. dag. Det er desuden divergerende resultater med hensyn til, om effekten af bupropion modificeres af køn (38).

På grund af manglende dokumentation for anvendelse af bupropion i almen praksis, må nikotinsubstitution her stadig anses som førstevalgspræparat (12).

På baggrund af den foreliggende videnskabelige dokumentation kan bupropion anbefales som en effektiv metode til rygeafvænnning. Det er ikke på nuværende tidspunkt videnskabeligt dokumenteret, om bupropion er mere effektivt end nikotinsubstitution.

3.4 Kombination af metoder

Rygere, der ønsker at blive røgfri, anvender ofte en kombination af forskellige rygeafvænningsmetoder for at nå deres mål. Når metoder kombineres, kan det være vanskeligt at skelne effekten af én metode fra effekten af en anden, og dokumentationen for effekten af kombinationen er ofte sparsom. I det følgende er effekten af nikotinsubstitution kombineret med henholdsvis rådgivning, andet nikotinsubstitutionspræparat samt bupropion belyst.

Nikotinsubstitution og vejledning

Ofte suppleres nikotinsubstitution med rådgivning, som enten kan være en kort rådgivning fra en sundhedsfaglig person eller mere intensiv vejledning i forbindelse med et rygestopkursus. Langt de fleste af de undersøgelser, der ligger til grund for vurderingen af effekten af nikotinsubstitution til rygeafvænnning, involverer da også støtte eller rådgivning i én eller anden form (9).

Undersøgelser tyder på, at kombinationen af intensiv vejledning og nikotinsubstitution giver en større absolut forbedring af ophørsrater efter mindst 6 måneders opfølgningstid end anvendelse af nikotinsubstitution suppleret med kort rådgivning. Det er ikke på det foreliggende videnskabelige grundlag dokumenteret, at intensiv støtte og rådgivning medfører en væsentlig forøgelse af effekten af nikotinsubstitution. Forfatterne advarer mod at konkludere, at nikotinsubstitution alene kan anvendes som en ”let” medicinsk løsning på tobaksafhængighed (9).

Der foreligger kun få undersøgelser, der vurderer effekten af nikotinsubstitution i håndkøb, hvor der ikke gives egentlig rådgivning eller vejledning i rygestop. De få undersøgelser peger i retning af, at den absolutte ophørsrate er lav (9).

Flere former for nikotinsubstitution

Kombination af flere typer nikotinsubstitution er undersøgt i en metaanalyse, hvori der indgik 3 randomiserede, kontrollerede undersøgelser. Specielt kombinationen af et produkt med passiv dosering af nikotin som nikotindepotplastre med *ad libitum* anvendelse af et andet produkt (f.eks. nikotintyggegummi) til justering af dosis ved akut behov viste sig at have effekt. Anvendelse af to produkter frem for ét førte til en fordobling af ophørsraten efter 6 måneders opfølgning (6;9).

Det er ikke på nuværende tidspunkt klart, om den øgede effekt af anvendelse af to produkter frem for ét skyldes den øgede plasmakoncentration af nikotin i kroppen eller det faktum, at nikotinen tilføres via to forskellige doseringssystemer (6;9).

Der foreligger ikke på nuværende tidspunkt tilstrækkelig videnskabelig dokumentation til at kunne vurdere forekomst af bivirkninger ved kombinationsbehandling, herunder risikoen for overdosering af nikotin (6;9).

Nikotinsubstitution og bupropion

Der findes kun få undersøgelser, der belyser anvendelsen af nikotinsubstitution og bupropion i kombination. En undersøgelse fra 1999 viste, at bupropion var signifikant mere effektiv end nikotinplaster, og at kombinationen af bupropion og nikotinplaster var signifikant mere effektiv end nikotinplaster alene, men ikke signifikant mere effektiv end bupropion alene. I en tilsvarende undersøgelse fra 2002 kunne man imidlertid ikke genfinde denne sammenhæng (9;38).

Der foreligger derfor ikke på nuværende tidspunkt tilstrækkelig videnskabelig dokumentation til at kunne anbefale en kombination af nikotinsubstitution og bupropion (9;38).

3.5 Lavintensive metoder

Lavintensive metoder til rygeafvænning betegner en række interventioner, som typisk er rettet mod en population af rygere. Eksempler er brug af selvhjælpsmateriale og ”Kvit og vind” konkurrencer. Kortfattet rådgivning fra sundhedspersonale samt reaktiv telefonrådgivning er også lavintensive metoder. Disse er beskrevet under emnerne individuel rådgivning/vejledning og telefonrådgivning.

Selvhjælpsmateriale

Rygeafvænning kan også foregå helt på rygerens eget initiativ og uden hjælp fra andre. Her er der mulighed for at søge støtte i forskellige former for selvhjælpsmateriale. Selvhjælpsmateriale indeholder som hovedregel information om ryge-

stopprocessen, planlægning af et rygestop samt rådgivning om håndtering af de forskellige faser i et rygestop, herunder forebyggelse af tilbagefald.

Den mest udbredte form for selvhjælpsmateriale er foldere eller brochurer. Et eksempel på en brochure er ”Rygestop” fra Apotekerne i Danmark. Et andet eksempel er ”Rygestop-guiden”, som er produceret i samarbejde med Kræftens Bekæmpelse, Hjerteforeningen og det tidligere Tobaksskaderåd. Brochurerne indeholder dels konkrete råd om rygestoppet f.eks. i relation til ændring af vaner, vægtkontrol og lignende samt information om andre rygeafvænningsmetoder f.eks. nikotinsubstitution.

Selvhjælpsmateriale kan også være i form af CD’er, kassettebånd, videoer og DVD’er.

I de senere år er selvhjælpsmateriale via Internettet blevet udbredt. Tilbuddet kan have form af information, gode råd og ideer til rygestop. Eksempler er på hjemmesiden for Kræftens Bekæmpelse www.cancer.dk og hjemmesiden www.Liv.dk, som er specielt udarbejdet til unge.

En anden type selvhjælpsmaterialer på internettet er mere interaktive on-line rygestopprogrammer, hvor rygeren efter udfyldelse af et spørgeskema om rygevaner får udarbejdet et personligt rygestop-program. Et velafprøvet schweizisk rygestopprogram udviklet på universitetet i Geneve er blevet oversat til dansk og er grundlaget for www.DrSTOP.dk, som er udarbejdet af Sundhedsstyrelsen i samarbejde med Kræftens Bekæmpelse, Danmarks Lungeforening og Hjerteforeningen. Kræftens Bekæmpelses Online rygestop-program har samme platform.

Dokumentation af effekt

Som det fremgår ovenfor kan selvhjælpsmateriale være udformet på flere forskellige måder. Den mest udbredte form er skriftligt materiale, og det er også her, der foreligger den mest omfattende dokumentation for effekten.

I en Cochrane litteraturgennemgang fra 2002, hvori der indgik 51 randomiserede undersøgelser om selvhjælpsmaterialer, blev der identificeret 11 undersøgelser med en kontrolgruppe. En meta-analyse af disse undersøgelser viste, at brug af selvhjælpsmaterialer medførte ca. 20% større ophørsrate i forhold til ingen intervention. Resultatet var dog kun grænsende til signifikans. Ophørsrater ved brug af selvhjælpsmaterialer varierede i de enkelte undersøgelser fra 2% til 10%, hvilket svarer til en gennemsnitlig, absolut forskel i ophørsrate mellem selvhjælpsgruppen og kontrolgruppen på kun 1% (26). Tilsvarende resultater er fundet i en anden metaanalyse af 58 randomiserede undersøgelser (6).

En af grundene til, at det kan være vanskeligt at påvise en effekt af standard selvhjælpsmaterialer i forhold til ingen intervention, er, at selvhjælpsmaterialer er tilgængelige mange steder i det offentlige rum, og det kan derfor ikke udelukkes, at deltagerne i kontrolgruppen også har haft adgang til disse (26). Endvidere er selvhjælpsmaterialerne vidt forskellige både i udformning og intensitet, hvilket skaber et forskelligartet sammenligningsgrundlag (6).

Resultater fra enkeltundersøgelser tyder på, at selvhjælpsmateriale med råd om at forhindre tilbagefald, er mere effektive end materiale, hvor der kun gives råd om rygestop (7).

Der foreligger på nuværende tidspunkt ikke tilstrækkelig videnskabelig dokumentation til at kunne vurdere, om selvhjælpsmateriale rettet mod en speciel *målgruppe* har større effekt i forbindelse med rygeafvænning end standardmaterialer (26).

Et af de største kritikpunkter overfor traditionelle selvhjælpsmaterialer er, at der ikke tages højde for individuelle behov i forbindelse med rygeafvænnings. Dette kan muligvis forklare den lave ophørsrate sammenlignet med andre former for rådgivning. Der er i ovennævnte Cochrane-gennemgang belæg for, at mere *individerettede* materialer tilrettelagt med udgangspunkt i den enkeltes vaner og motivation for rygestop, er ca. 40% mere effektive end standard selvhjælpsmaterialer og ca. 80 % mere effektive end ingen intervention (26).

Der er på nuværende tidspunkt ikke et tilstrækkeligt videnskabeligt grundlag for at kunne vurdere effekten af internetbaseret selvhjælp, men da der her er god basis for at anvende individuelt skræddersyede programmer, vil der sandsynligvis være et fremtidigt potentiale for rygeafvænning (26). Flere enkeltstående undersøgelser bekræfter, at computerbaserede skræddersyede rygestopprogrammer har en effekt (39-41), og at disse er specielt egnede til at nå rygere, der befinder sig i de tidlige motivationsfaser (42;43). En undersøgelse viste, at der i interventionsgruppen var en ophørsrate efter 7 måneder på 5,8 %, mens der i kontrolgruppen kun var 2,2 %, der var holdt op med at ryge (44). En anden undersøgelse viste, at ophørsraten fortsatte med at stige i op til 18 måneder efter, at interventionen var ophørt. Her fandt man, at op til 26 % af de rygere, der havde deltaget i interventionen, var røgfri på opfølgningstidspunktet. Et andet fund fra undersøgelsen var, at proaktiv rekruttering af rygere til rygestopprogrammet gav en høj deltagelse (>80 %) modsat reaktiv rekruttering (omkring 5%). Desuden kom man ved proaktiv rekruttering i kontakt med flere rygere i de tidlige motivationsfaser end ved reaktiv rekruttering (25;27).

På baggrund af den videnskabelige dokumentation kan følgende konkluderes vedrørende selvhjælpsmateriale som metode til rygeafvænning:

- **Anvendelse af standard selvhjælpsmateriale fører til en mindre forøgelse af ophørsraten.**
- **Materialer, der er skræddersyede efter individuelle behov, er mere effektive end standard selvhjælpsmaterialer.**

Kvit og vind-konkurrencer

I de senere år er flere lokalsamfundsinterventioner blevet udviklet med det formål at motivere flere rygere til et rygestop. Ét af disse tiltag er Kvit og vind-konkurrencer, som er udviklet i Finland, og som bl.a. anvendes i WHO-regi www.quitandwin.org. Kvit og vind-konkurrencer er hurtigt blevet en populær måde at gennemføre en international rygestopaktivitet på. Det skyldes sandsynligvis, at Kvit og vind-konkurrencer udelukkende har en positiv tilgang til et problem, som har stigende global opmærksomhed som en helbredstrussel.

Konceptet består i, at rygeren forpligter sig til at være røgfri i en given periode, f.eks. 4 uger, som det er tilfældet i den internationale WHO-støttede konkurrence. De, der er røgfri efter den fastsatte periode indgår i lodtrækningen om de udloddede præmier. I den internationale konkurrence er der både nationale og internationale lodtrækninger. Der er også konkurrencer for pårørende, der ønsker at yde støtte til et familiemedlem, der ønsker at blive røgfri. Den seneste konkurrence, som blev

afviklet i 2002, havde omkring 80 deltagende lande og omkring 700.000 deltagere. Danmark har flere gange deltaget i den internationale Kvit og vind-konkurrence, som afholdes hvert andet år i maj måned. Der findes også nationale og lokale Kvit og vind-konkurrencer.

En tilsvarende konkurrence for unge (14-25 år) gennemføres på europæisk plan af European Network on Young People And Tobacco (ENYPAT) www.quitandwin.net. Her er der udover konkurrencer for at få de unge til at holde op med at ryge også konkurrencer med det formål at få unge ikke-rygere til at forblive røgfri. Der gennemføres også en dansk Kvit og vind-konkurrence for unge på hjemmesiden www.Liv.dk.

Dokumentation for effekt

Der er i 1998 foretaget en systematisk litteraturgennemgang af 17 videnskabelige undersøgelser af varierende eksperimentelt design, som alle omhandlede befolkningsbaserede rygestopaktiviteter med et konkurrenceelement. De metodologiske forskelle imellem undersøgelserne gjorde dog sammenligning og fortolkning vanskelig (45).

Generelt viste undersøgelserne, at 1-2% af rygerne i befolkningen deltog i konkurrencerne, men forfatterne vurderede, at deltagerandelen muligvis kunne øges ved brug af nye rekrutteringsteknikker. Man fandt dog ingen rekrutteringsstrategier, der var klart bedre end de øvrige (45).

Der var heller ikke dokumentation for, at én type gevinst havde større effekt til at få rygere til at holde op med at ryge end andre. Dog fandt man, at jo større værdi, gevinsten havde, jo større effekt havde konkurrencen på at få deltagerne til at holde op med at ryge og forblive røgfri (45).

Undersøgelserne tydede på, at Kvit og vind-konkurrencer, som var målrettet hele befolkningen havde et godt potentiale for at nå en stor del af alle rygere. Forfatterne konkluderede dog, at det var sandsynligt, at konkurrencerne kun nåede de rygere, der i forvejen var motiverede for et rygestop, og at det ikke var realistisk at forvente, at konkurrencerne kunne få mere end 1% af alle rygere til at holde op. Den gennemsnitlige ophørsrate efter 1 års opfølgning var på 23% blandt deltagerne (45).

En standardiseret evaluering af den internationale Kvit og vind-konkurrence i 1996 viste, at deltagerandelen varierede fra 0,1-2% imellem de 25 deltagerlande. Ophørsraten efter et år blandt deltagerne varierede fra 12-35% med den største ophørsrate i de lande, hvor andelen af rygere var størst (46).

I Danmark har der flere gange været gennemført såvel lokale som nationale Kvit og vind-konkurrencer. I 2001 gennemførte man den landsdækkende konkurrence "Skod og Vind", hvor omkring 15.000 personer deltog. En evaluering med knap 1000 personer, viste, at 73% af deltagerne var røgfri i hele den måned, konkurrencen varede, og 28% var stadig røgfri efter ét år. Blandt de, der deltog i konkurrencen, havde 42% forsøgt at holde op med at ryge uden brug af hjælpemidler, og omtrent lige så mange havde anvendt nikotinsubstitution i deres forsøg på at blive røgfri. Over halvdelen af de adspurgte mente, at "Skod og Vind" havde været en hjælp i forbindelse med deres stopforsøg. Der blev skabt opmærksomhed omkring "Skod og Vind" via flere forskellige kanaler. Evalueringen tydede på, at den mest

effektive rekruttering af deltagere til konkurrencen skete via apoteker eller i de skrevne eller elektroniske medier (47).

I Københavns Kommune gennemførte man bl.a. i 1998 og 2002 evalueringer af den lokale Kvit og vind-konkurrence. I 1998 havde konkurrencen en deltagerandel på 4,4 % i forhold til det samlede antal udsendte foldere. Man rekrutterede deltagere fra en rygestopklinik, via apoteker, supermarkeder, telemarketing og gennem kontakt til tidligere deltagere i Kvit og vind-konkurrencer. De rekrutteringsmetoder, der både var økonomisk overkommelige og som samtidig gav en god tilmeldingsprocent, var tilmelding via rygestopklinik og på apoteker (48). I Kvit og vind-konkurrencen fra 2002 var deltagerandelen lavere end i 1998, men det samlede kampagnebudget var også tilsvarende lavere, hvilket medførte, at den gennemsnitlige udgift pr. deltager var af samme størrelsesorden som i 1998 (49).

På baggrund af den foreliggende dokumentation kan konkluderes, at Kvit og vind-konkurrencer kan bidrage til en reduktion i antallet af rygere i en befolkning.

4 Udvalgte målgrupper

Overvejelser om målgrupper bør indgå ved planlægning af rygeafvænningsstilbud i et lokalområde. I det følgende gives en kort status over dokumentationen for tilbud til specifikke målgrupper.

Gravide

Rygning i graviditeten medfører en helbredsrisiko for både den gravide og fosteret. Rygning i graviditeten kan medføre en lang række komplikationer som spontane aborter, dødfødsler, for tidlig fødsel, lav fødselsvægt og vuggedød. Mange kvinder er derfor særligt motiverede til et rygestop i forbindelse med graviditet. Det sundhedsfaglige personale, som har kontakt med gravide, kan forstærke motivationen hos kvinderne ved at informere om konsekvenserne af fortsat rygning under graviditeten (6;50).

Den største helbredsgevinst opnås ved rygestop før undfangelsen eller tidligt i graviditeten, men rygestop på hvilket som helst tidspunkt i graviditeten har en positiv effekt. Kvinder, der har røget før graviditeten, men som har været røgfri mere end 6 måneder under graviditeten, har risiko for at begynde at ryge igen efter fødslen, og på dette område mangler der stadig forskning med hensyn til forebyggende tiltag. Metoder til rygeafvænnning, som er effektive for gravide, er kort information om rygningens skadelige virkning på fosteret, individuel vejledning og egentlige rygestopkurser (6;50).

Hvis den gravide ikke er i stand til at holde op med at ryge ved hjælp af rådgivning, kan nikotinsubstitution overvejes. Der er dog på nuværende tidspunkt ikke tilstrækkelig videnskabelig dokumentation til at kunne vurdere effekten af nikotinsubstitution, eller om anvendelse af nikotinsubstitution påvirker fosteret (9;50).

På baggrund af de internationale retningslinier kan gives følgende anbefalinger vedrørende rygeafvænning til gravide:

- Det anbefales, at gravide rygere modtager klar, præcis og specifik information om rygningens skadelige virkning på fosteret og rygeren selv og opfordres til rygeophør (4).
- Det anbefales desuden, at gravide rygere tilbydes rådgivning fra rygestopinstruktør i forbindelse med rygeophør (4).
- Sundhedsstyrelsens retningslinier for svangreomsorg anbefaler, at gravide, der stadig ryger efter 1. trimester skal tilbydes nikotinsubstitution (11).
- Det anbefales, at der for læger, jordemødre samt andet relevant sundhedspersonale på sygehuse og svangreambulatorier arrangeres praktisk og teoretisk efteruddannelse med henblik på at gøre dem i stand til at give kort rådgivning om og opfordre til rygeophør, herunder at give præcise instruktioner om anvendelse af nikotinsubstitution (4;7).

Større børn og unge

I Danmark har man siden 1987 undersøgt de unges rygevaner. Den seneste undersøgelse fra 2001 viste, at 32% af de 16-20 årige drenge og 36% af pigerne i samme aldersgruppe røg dagligt eller en gang imellem, og at knap en fjerdedel af både drenge og piger røg dagligt. Blandt disse var 40% af drengene og 31% af pigerne storrygere, dvs. de røg mere end 15 cigaretter om dagen. De helbredsmæssige skadevirkninger ved rygning er større, jo tidligere man begynder at ryge. Undersøgelsen af de unges rygevaner viste, at over 1/3 af de unge ønskede at holde op med at ryge. Godt 40% af både drenge og piger havde forsøgt at holde op med at ryge indenfor det sidste år og omkring halvdelen havde forsøgt at nedsætte deres forbrug (51).

Enkelte undersøgelser tyder på, at indsatser, hvor der dels fokuseres på de umiddelbare sundhedsmæssige konsekvenser af rygning og dels på at give de unge færdigheder, der styrker dem i et rygeophør (52) samt motiverende aktiviteter som f.eks. konkurrencer har en effekt (53). Der mangler på nuværende tidspunkt viden om effektive metoder til rygestop specielt rettet mod unge (6).

I Danmark udbyder Kræftens Bekæmpelse en rygestopinstruktøruddannelse med særligt fokus på unge. Formålet er at uddanne instruktører, der kan støtte de unge i rygestopprocessen. Undervisningen af de unge vil foregå i grupper, men med fokus på individuelle forhold. Man vil lægge vægt på at opbygge de unges motivation og tro på et rygestop. Desuden vil information om umiddelbare sundhedsmæssige konsekvenser af rygning blive inddraget, og de unge får redskaber til at håndtere socialt og psykologisk belastende situationer og fysisk afhængighed. Kursusforløbet er planlagt til 8 kursusgange placeret i undervisningen f.eks. på en ungdomsudannelse (54).

Et lavintensivt tilbud til ung er hjemmesiden www.Liv.dk, hvor de unge kan søge råd og vejledning om rygestop samt deltage i forskellige interaktive aktiviteter f.eks. Kvit og vind-konkurrencer.

5 Udvalgte aktører og miljøer

Rygeafvænningsaktiviteter kan varetages af forskellige aktører og organiseres i forskellige miljøer. I det følgende præsenteres kort dokumentation for rygeafvænnning hos den praktiserende læge, hos tandlægen, på sygehuset, på en rygestopklinik, på apoteket og på arbejdspladsen. Afslutningsvis opridses økonomiske aspekter ved rygeafvænnning, som har relevans for sundhedspolitiske beslutningstagere og administratorer.

Alment praktiserende læger

En meget stor del af befolkningen har hvert år kontakt med deres praktiserende læge. I 2000 havde ca. 40% af befolkningen kontakt til deres praktiserende læge i løbet af en tremåneders periode (1). På årsbasis har ca. 85% af befolkningen kontakt til deres praktiserende læge (2). Læger, sygeplejersker og andet personale i almen praksis har derfor en god mulighed for at arbejde med rygeafvænnning (6).

Det er dog ikke altid, den praktiserende læge benytter sig af muligheden for at tale med deres patienter om tobak. I en undersøgelse af danskernes rygevaner fra 2002 svarede kun godt 11%, at de ved deres seneste lægebesøg var blevet spurgt om rygevaner. Blandt de, der blev spurgt om rygevaner, blev knap 64% rådet til at holde op med at ryge, og af disse blev omkring 25% tilbudt hjælp til rygestop (14).

En dansk undersøgelse af de praktiserende lægers påvirkning af patienternes rygevaner viste, at størstedelen af de praktiserende læger forsøgte at påvirke patienter med tobaksrelaterede symptomer eller gravide til at holde op med at ryge. Patienter med andre symptomer blev derimod sjældent opfordret til et rygestop, da de praktiserende læger fandt det upassende at berøre emnet, når der ikke var en naturlig anledning. Desuden mente en betydelig andel af lægerne ikke, at det kunne betale sig at opfordre rygere, der ikke var motiverede for at holde op med at ryge, til at forsøge at holde op (55). Der var flere grunde til, at de praktiserende læger var tilbageholdende med at tale med deres patienter om rygning. Én af barriererne for at tale om rygestop var lægernes eget tobaksforbrug. En anden barriere var manglende uddannelse blandt lægerne med hensyn til tobakkens skadelige virkning og manglende viden om metoder til rygeafvænnning (7;55).

Der kan også være organisatoriske barrierer for rygestopaktiviteter i almen praksis. Manglende rutiner for at registrere rygestatus hos patienterne, herunder manglende registreringssystemer hæmmer tendensen til at gennemføre rygestopaktiviteter. Andre barrierer kan være manglende tid til at gennemføre forebyggende aktiviteter, herunder rygeafvænnning (7). En dansk undersøgelse fra 2000 analyserede bl.a. betydningen af det økonomiske aspekt for de praktiserende lægers motivation for at rådgive patienter om rygeafvænnning. Undersøgelsen viste imidlertid, at lægerne angiveligt ikke ville bruge mere tid på rygeafvænningsaktiviteter, hvis de fik ekstra økonomisk kompensation herfor. Dette skyldtes primært, at lægerne helst ville henvise til professionelle rygestopinstruktører frem for selv at yde mere rådgivning. Det blev til gengæld vurderet, at øget økonomisk kompensation for at henvise patienter til rygeafvænningskurser ville øge omfanget af henviste patienter (55).

Nedenstående anbefalinger vedrørende rygeafvænnning er primært rettet mod de praktiserende læger, men andet sundhedsfagligt personale i almen praksis kan også rådgive om rygeafvænnning (3;4).

På baggrund af de internationale retningslinier kan gives følgende anbefalinger vedrørende rygeafvænning i almen praksis:

- Det anbefales, at alle praktiserende læger benytter en hver given lejlighed til overfor patienter at spørge til og registrere rygestatus, samt at opdatere disse oplysninger i patientjournalerne (4-7). Anvendelse af systematiske screeningsprocedurer, såsom et selvstændigt felt vedrørende rygestatus i patientjournaler eller anvendelse af andre påmindelsesprocedurer anbefales (6).
- Det anbefales, at den praktiserende læge kort informerer om fordelene ved et rygestop med udgangspunkt i den enkelte patients situation samt helbredsstatus, f.eks. rygerelaterede symptomer eller sygdomme eller passiv rygning i forhold til andre familiemedlemmer, specielt børn. I denne forbindelse vurderes også rygerens motivation for at blive røgfri (4;5).
- Det anbefales, at den praktiserende læge tilbyder den relevante hjælp til rygere, der ønsker at holde op med at ryge. Det kan dreje sig om introduktion til nikotinsubstitution eller bupropion eller information om og henvisning til en rygestopinstruktør eller et rygestopcenter.
- Det anbefales, at der aftales et opfølgende møde, hvis det er muligt (5;7).
- Det anbefales, at der for det relevante sundhedspersonale arrangeres praktisk og teoretisk efteruddannelse med henblik på at gøre dem i stand til at give kort rådgivning om og opfordre til rygeophør, herunder at give præcise instruktioner om anvendelse af nikotinsubstitution (4;7).

Tandlæger

Knap 40% af befolkningen havde i 2000 kontakt med deres tandlæge over en tremåneders periode (1). Ved et tandlægebesøg er der ofte mulighed for direkte at påvise rygningens skadelige effekter på patienternes tænder og tandkød. Der findes på nuværende tidspunkt kun få videnskabelige undersøgelser af effekten af rygeafvænningsaktiviteter i tandlægepraksis, men disse tyder på at rygeafvænning i tandlægepraksis er effektivt (6;7).

For tandlæger eksisterer de samme barrierer for implementering af rygeafvænningsaktiviteter som i almen praksis. Tandlægerne skal opfatte rygeafvænning som en vigtig opgave, hvilket dels kræver uddannelse af personalet til at rådgive om rygestop, og dels kræver udvikling af arbejdsrutiner, som naturligt integrerer rygeafvænning i et behandlingsforløb (7).

Sygehuse

En forebyggelsesindsats overfor rygere i sygehusvæsnet er relevant på grund af den store kontaktflade, sygehusene har til patienter og pårørende. I Danmark var der i 2001 knap 1 million indlæggelser på sygehusene. Antallet af ambulante besøg var i samme periode på knap 6 millioner (8).

Der kendes flere barrierer for at igangsætte rygestopaktiviteter i sygehusvæsenet. For lægegruppen kan det dreje sig om manglende kendskab til rygningens betydning for sygdom, behandling og prognose samt manglende kompetence til at rådgive om rygestop. For plejepersonalet kan det dreje sig om bekymring for patienternes reaktioner, bekymring for at belaste patienterne unødigt samt manglende kompetence til at tale om rygning og rygestop med patienterne (56).

På baggrund af de internationale retningslinier kan gives følgende anbefalinger vedrørende rygestop i sygehusvæsenet:

- **Det anbefales, at sygehuse og svangreambulatorier i lighed med de praktiserende læger implementerer effektive registreringssystemer til registrering af rygestatus for såvel ambulante som indlagte patienter. Systemerne skal opdateres løbende (4).**
- **Sygehuse bør være røgfri, hvilket alle patienter bør orienteres om ved først givne lejlighed. Dette kan gøres ved en skriftlig orientering i forbindelse med indkaldelse af patienter til behandling (4).**
- **I lighed med anbefalingerne for primær praksis anbefales det, at patienter på sygehuse tilbydes kort rådgivning om rygeafvænnning fra relevant sundhedspersonale, hvor det er praktisk muligt og at det noteres, at der er givet rådgivning (4).**
- **Det anbefales specielt for de dele af sygehussektoren, der behandler patienter med sygdomme, der kan forværres af rygning, at personalet opkvalificeres for at kunne deltage aktivt i rygeafvænnings tiltag. Her tænkes specielt på afdelinger med speciale i hjertekarsygdomme, lungesygdomme, diabetes og cancer (7).**
- **Det anbefales, at såvel ambulante som indlagte patienter tilbydes vejledning fra rygestopinstruktør og at ambulante patienter endvidere tilbydes nikotinsubstitution. (4). Effekten af at tilbyde nikotinsubstitution til indlagte patienter er sparsomt belyst, men vurderes at være mindre end overfor andre rygere (9).**
- **Sundhedsstyrelsen anbefaler, at rygere er røgfri mindst 8 uger før en operation, og 4-8 uger efter operationen eller i bedste fald forbliver røgfri (10).**
- **Det anbefales, at der for læger, jordemødre samt andet relevant sundhedspersonale på sygehuse og svangreambulatorier arrangeres praktisk og teoretisk efteruddannelse med henblik på at gøre dem i stand til at give kort rådgivning om og opfordre til rygeophør, herunder at give præcise instruktioner om anvendelse af nikotinsubstitution (4;7).**

Rygestopklinik

Rygestopklinikker tilbyder rygeafvænnning til rygere, der har brug for professionel hjælp til rygestop. Rygestopklinikkerne er bemandet med uddannede rygestopinstruktører. Der findes rygestopklinikker i de fleste amter, herunder på flere sygehuse. Desuden udvikles og afprøves nye metoder til rygeafvænnning, og virksomme metoder målrettes til forskellige målgrupper (7).

Der findes ikke på nuværende tidspunkt undersøgelser, der belyser betydningen af, at rygestopaktiviteterne foregår i et specialiseret miljø. Fokus har i stedet været rettet mod effekten af de enkelte metoder til rygeafvænningsaktiviteter, der anvendes i rygestopklinikken. I USA har man vist, at flere kvinder end mænd søger hjælp på en rygestopklinik, at brugerne er ældre, bedre uddannede, oftere gift og røg flere cigaretter dagligt end den generelle befolkning (7).

I Danmark kan alle rygestopklinikker få resultaterne af deres rygeafvænningsaktiviteter evalueret eksternt via tilmelding til Rygestopbasen. Det er gratis for en rygestopklinik at deltage. Rygestopbasen er etableret som en forskningsdatabase, som har til formål at vurdere effekt og økonomi af de danske rygeafvænningsstilbud. Der er planer om, at databasen skal overgå fra forskningsdatabase til en egentlig kvalitetsdatabase, som i givet fald vil være den første på forebyggelsesområdet.

På baggrund af de internationale retningslinier kan gives følgende anbefalinger vedrørende rygeafvænningsaktiviteter på en rygestopklinik med specialuddannede rygestopinstruktører:

- **Det anbefales, at rygere, der har behov for intensiv støtte til at holde op med at ryge, henvises til en rygestopinstruktør - hvis muligt på en rygestopklinik. Vejledningen bør lægge vægt på psykosocial støtte med henblik på adfærdsskift, som støtter op om rygeophøret (4;5).**
- **Det anbefales, at der gives mulighed for både individuel vejledning og vejledning i grupper (4).**
- **Det anbefales, at der tilrettelægges rygestopkurser, som består af 5 møder af ca. en times varighed fordelt over en periode på ca. en måned (5;6).**
- **I forbindelse med et rygestopkursus anbefales det, at der gives information om nikotinsubstitutionspræparater og bupropion samt instrueres i anvendelse af præparaterne (4).**
- **Det anbefales, at rygestopklinikker og andre former for intensiv rådgivning om rygeafvænningsaktiviteter bemandes af specialuddannede rygestopinstruktører, der er ansat til at give rådgivning om rygestop, således at rådgivningsopgaven ikke skal kombineres med andre funktioner med risiko for at blive tilsidesat (4).**

Apoteker

I Danmark har flere amter indgået aftaler med apotekerne om at tilbyde forskellige rygeafvænningsaktiviteter på apoteker. I aftalerne indgår ofte, at amtet yder tilskud til aktiviteterne. Disse omfatter kort rådgivning om rygestop givet af apotekspersonalet, individuelle rygestopforløb eller rygestopkurser for grupper med undervisning af en uddannet rygestopinstruktør.

I en systematisk gennemgang fra 2000 af forskellige internationale erfaringer med rygeafvænningsaktiviteter i apoteksregi var den samlede konklusion, at apoteket er en oplagt ramme for rygestopaktiviteter. Personalets faglige viden om nikotinsub-

stitutionsprodukter, kombineret med uddannelse i at rådgive og vejlede rygere om rygestop kan medføre høje ophørsrater blandt deltagerne (57).

I starten af 1990'erne tog WHO initiativ til en evaluering af et dansk landsdækkende projekt, som omfattede rygestopkurser på 20 apoteker fordelt over hele landet med i alt 251 deltagere. Efter et år var 29% af deltagerne stadig røgfri, men ophørsraterne varierede meget apotekerne imellem (58).

Efterfølgende er der i flere amter foretaget evalueringer af rygeafvænningsaktiviteter på apotekerne. I Roskilde Amt, hvor der årligt er blevet afholdt ca. 15 gruppekurser med gennemsnitlig 10 deltagere pr. hold, fandt man, at 25% af deltagerne var røgfri efter et år (59). En evaluering af et 2 årigt projekt fra Sønderjyllands og Ribe Amter viste en ophørsrate efter 6 måneders opfølgning på 22% blandt de 350 personer, der deltog i de 29 gennemførte kurser. Erfaringer fra projektet viste imidlertid, at kurserne ikke nåede storrygere i særlig grad, ligesom mænd og unge mennesker generelt var underrepræsenteret i kurserne (60).

I 2003 har Nationalt Center for Rygestop i samarbejde med Århus Amt, Fyns Amt samt Ribe og Sønderjyllands amter gennemført en evaluering af apotekermodeellen, herunder betydningen af brugerbetaling. I Fyns Amt, hvor rygestopkurserne var gratis, nåede man i højere grad lavere sociale lag end i de øvrige amter, hvor der var brugerbetaling. Med hensyn til amtets tilskud til rygestopkurserne fandt man, at et fast beløb til apotekerne pr. gennemført rygestopkursus var den mest optimale model (61).

Arbejdspladser

Der er god videnskabelig dokumentation for, at de rygestopaktiviteter, der er effektive til rygestop i andre miljøer, også er effektive som en arbejdspladsintervention. Det drejer sig om rådgivning fra sundhedsfaglig person, individuelle eller gruppebaserede rygestopkurser ved en rygestopinstruktør og anvendelse af nikotinsubstitution. Der er begrænset dokumentation for, at deltagelsen i arbejdspladsbaserede rygestopprogrammer kan øges ved at afholde en konkurrence organiseret af arbejdsgiver (62).

Sundhedspolitiske beslutningstagere og administratorer

Ovenfor er beskrevet en lang række metoder til rygeafvænnning, hvoraf de fleste er effektive til at få rygere til at holde op med at ryge og samtidig særdeles omkostnings-effektive sammenlignet med andre sygdomsforebyggende interventioner. Det er således vist, at rygestopaktiviteter er mere omkostnings-effektive end rutinemæssigt anvendte forebyggende behandlinger som behandling af forhøjet blodtryk eller for højt kolesteroltal eller screeninger for bryst- og livmoderhalskræft (6).

Rygestopaktiviteter bliver ofte fremhævet som et godt eksempel indenfor forebyggelsesaktiviteter, idet rygestop kan forebygge en række behandlingsmæssigt omkostningstunge kroniske sygdomme som hjertesygdomme, lungesygdomme og flere former for kræft (6).

Aktiviteter til rygestop er omkostnings-effektive for specielle populationer som hospitalsindlagte patienter og gravide. Rygestop i forbindelse med hospitalsindlæggelse har ikke alene betydning for en bedre effekt af den aktuelle behandling, men reducerer også antallet af fremtidige indlæggelser. Med hensyn til de gravide medfører rygestop udover de helbredsmæssige fordele for den gravide også en række væsentlige fordele for barnet, idet rygning øger risikoen for lav fødselsvægt,

vuggedød samt fysiske, kognitive og adfærdsmæssige problemer i løbet af barndommen. Rygestop for gravide er derfor specielt omkostnings-effektivt (6).

Der findes på nuværende tidspunkt ikke tilstrækkelig videnskabelig dokumentation til at kunne vurdere hvilke af de effektive metoder til rygeafvænning, der er mest omkostnings-effektive. Dog tyder undersøgelser på, at de mest intensive rygeafvænningsmetoder, som har den største effekt i forbindelse med rygeophør, også er mest omkostnings-effektive (6).

Det er vist, at fuldt økonomisk tilskud til rygestopaktiviteter øger anvendelsen af de tilgængelige tilbud sammenlignet med ordninger, hvor der er en betydelig brugerbetaling (6).

På baggrund af de internationale retningslinier kan gives følgende anbefalinger vedrørende planlægning af rygestopaktiviteter:

- **Rygestopaktiviteter anbefales som en særdeles omkostnings-effektiv måde til at reducere forekomsten af en række sygdomme og til at forlænge liv (4-6).**
- **Tilrettelæggelse af den optimale kombination af rygestoptilbud vil være afhængig af lokale forhold, men det anbefales at lægge størst vægt på de aktiviteter, hvor den videnskabelige dokumentation for effekt er størst (4;6).**
- **Det anbefales, at der udarbejdes et nationalt koncept for uddannelse af sundhedspersonale til at gennemføre kort rådgivning om rygestop samt til uddannelse af rygestopinstruktører for at sikre en ensartet standard for aktiviteterne (4).**
- **Det anbefales, at sundhedsprofessionelle, der ikke har rygestopaktiviteter som deres primære beskæftigelse, får uddannelse i at gennemføre rygestopaktiviteter for at sikre en effektiv implementering (4;5).**
- **Det anbefales, at der iværksættes tiltag, der øger tilgængeligheden af rygestoptilbud til rygere i lav-indkomst grupper, herunder ingen eller reduceret deltagerbetaling (5).**

6 Referencer

- (1) Hesse U, Kann A, Kamper-Jørgensen F. Sundheds- og sygelighedsundersøgelserne 1987, 1994 og 2000. København: 2002.
- (2) Sundhedsstyrelsen. Kontakter til praktiserende læger under sygesikringen 1998. København: 2000.
- (3) Raw M, McNeill A, West R. Smoking cessation guidelines for health professionals. A guide to effective smoking cessation interventions for the health care system. Health Education Authority. Thorax 1998; 53 Suppl 5 Pt 1:S1-19.
- (4) West R, McNeill A, Raw M. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. Health Education Authority. Thorax 2000; 55(12):987-999.
- (5) World Health Organization. European Partnership to Reduce Tobacco Dependence. Evidence Based Recommendations on the Treatment of Tobacco Dependence. 2001.
- (6) Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, Dorfman SF, Goldstein MG, Grietz ER. Treating Tobacco Use And Dependence. U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service., 2000.
- (7) SBU. Metoder för rökavvänjning. Stockholm: 1998.
- (8) Amtsrådforeningen. Amtsrådsforeningens statistikdatabase. <http://arf-socinfo.csc-scandi-health.com/arfwebinfo/statistik/Groups.aspx?Hovedomraade=05> . 2002.
- (9) Silagy C, Lancaster T, Stead L, Mant D, Fowler G. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. The Cochrane Library 2003;(1):Oxford: Update Software.
- (10) Sundhedsstyrelsen. Rygning & alkohol og operationer. København: 2001.
- (11) Sundhedsstyrelsen. Svangreomsorg. Retningslinier og redegørelse. Sundhedsvæsenets indsats i forbindelse med graviditet, fødsel og barselperiode. 1998.
- (12) Pedersen C, Bjerrum L, Friis H, Hendel J. Lægemiddelkataloget 2002. København: 2002.

- (13) Mundt K, Fugleholm AM, Hedegaard AM, Jepsen JM. Rygeophør på sygehuse. Fakta, metoder og anbefalinger. København: Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse, 2001.
- (14) PLS Rambøll. Monitorering af danskernes rygevaner 2002. København: 2002.
- (15) Tobaksskaderådet. Helbredsfordele ved rygeophør. København: Tobaksskaderådet, 1996.
- (16) World Health Organization. Framework Convention on Tobacco Control. 2003.
- (17) Regeringen. Sund hele livet - de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10. København: 2002.
- (18) U.S.Department of Health and Human Services. Reducing Tobacco Use. A report of the Surgeon General. Atlanta, Georgia: 2000.
- (19) Raw M. Smoking Cessation Strategies. In: Miller, Heather, editors. Treating Addictive Behaviors. Processes of Change. Plenum Press, 1988.
- (20) PLS Rambøll. Monitorering af danskernes rygevaner - Ringkjøbing Amt. København: 2002.
- (21) PLS Rambøll. Monitorering af danskernes rygevaner - Viborg Amt. København: 2002.
- (22) PLS Rambøll. Monitorering af danskernes rygevaner - Storstrøms Amt. København: 2002.
- (23) PLS Rambøll. Monitorering af danskernes rygevaner - Københavns Kommune. København: 2002.
- (24) Velicer WF, Prochaska JO. Understanding and intervening with the total population of smokers. Tobacco Control 1993; 2.
- (25) Prochaska JO, Velicer WF, Fava JL, Rossi JS, Tsoh JY. Evaluating a population-based recruitment approach and a stage-based expert system intervention for smoking cessation. Addict Behav 2001; 26(4):583-602.
- (26) Lancaster T, Stead LF. Self-help interventions for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2002;(3):CD001118.
- (27) Velicer WF, Prochaska JO. An expert system intervention for smoking cessation. Patient Educ Couns 1999; 36(2):119-129.

- (28) Mabeck CE, Kallerup H, Maunsbach M. Den motiverende samtale. 1999.
- (29) Silagy C. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2000;(2):CD000165.
- (30) Rice VH, Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2001;(3):CD001188.
- (31) Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2002;(3):CD001292.
- (32) Stead LF, Lancaster T, Perera R. Telephone counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(1):CD002850.
- (33) Sonne T. Evaluation of the Danish Quit-line. 2003.
- (34) Abbot N, Stead LF, White A, Barnes J. Hypnotherapy for smoking cessation (Cochrane Review). *The Cochrane Library* 2003;(1):Oxford: Update Software.
- (35) White A, Rampes H, Ernst E. Acupuncture for smoking cessation (Cochrane Review). *The Cochrane Library* 2003;(1):Oxford: Update Software.
- (36) Stead LF, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2002;(3):CD001007.
- (37) Lægemiddelkataloget 2002. København: 2002.
- (38) Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2002;(1):CD000031.
- (39) Dijkstra A, De Vries H, Roijackers J. Computerized tailored feedback to change cognitive determinants of smoking: a Dutch field experiment. *Health Educ Res* 1998; 13(2):197-206.
- (40) Dijkstra A, De Vries H, Roijackers J. Long-term effectiveness of computer-generated tailored feedback in smoking cessation. *Health Educ Res* 1998; 13(2):207-214.
- (41) Dijkstra A, De Vries H, Roijackers J, van Breukelen G. Tailoring information to enhance quitting in smokers with low motivation to quit: three basic efficacy questions. *Health Psychol* 1998; 17(6):513-519.
- (42) Dijkstra A, De Vries H, Roijackers J, van Breukelen G. Tailored interventions to communicate stage-matched information to smokers

in different motivational stages. *J Consult Clin Psychol* 1998; 66(3):549-557.

- (43) Dijkstra A, De Vries H, Roijackers J. Targeting smokers with low readiness to change with tailored and nontailored self-help materials. *Prev Med* 1999; 28(2):203-211.
- (44) Etter JF, Perneger TV. Effectiveness of a computer-tailored smoking cessation program: a randomized trial. *Arch Intern Med* 2001; 161(21):2596-2601.
- (45) Bains N, Pickett W, Hoey J. The use and impact of incentives in population-based smoking cessation programs: a review. *Am J Health Promot* 1998; 12(5):307-320.
- (46) Korhonen T, McAlister A, Laaksonen M, Laatikainen T, Puska P. International quit and win 1996: standardized evaluation in selected campaign countries. *Prev Med* 2000; 31(6):742-751.
- (47) Gallup. Evaluering af "Skod og Vind" 2001. København: 2001.
- (48) Københavns Kommune. Opgørelse over Kvit og vind maj 1998. 1998.
- (49) Københavns Kommune. Kvit og Vind 2002. Evaluering. 2002.
- (50) Wisborg K, Henriksen TB. Tobak og graviditet. Er der behov for forebyggelse? Findes der effektive metoder? København: Sundhedsstyrelsen, 2003.
- (51) Groth MV, Ringgaard L, Nielsen AG. Unges livsstil og dagligdag 2001 - geografiske forskelle og ligheder. København: Sundhedsstyrelsen, Kræftens Bekæmpelse, 2003.
- (52) Sussman S, Lichtman K, Ritt A, Pallonen UE. Effects of thirty-four adolescent tobacco use cessation and prevention trials on regular users of tobacco products. *Subst Use Misuse* 1999; 34(11):1469-1503.
- (53) Sussman S, Dent CW, Lichtman KL. Project EX: outcomes of a teen smoking cessation program. *Addict Behav* 2001; 26(3):425-438.
- (54) Dalum P, Jensen PD. Instruktørmappe. X-Hale. Rygestop support for unge. København: Kræftens Bekæmpelse, 2003.
- (55) Tobaksskaderådet, Kræftens Bekæmpelse. De praktiserende lægers påvirkning af patienternes rygevaner - en dybdegående undersøgelse af mulighederne for og metoderne til at påvirke de praktiserende læger til i højere grad at beskæftige sig med patienternes rygning og rygevaner. København: 2000.

- (56) Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse. Systematisk indsats med forebyggelsessamtaler om tobak. Metoder og redskaber til brug for sundhedspersonale. København: 2001.
- (57) Mc Elnay JC, Maguire TA, Drummond A, Hughes CM. Smoking Cessation. The Contribution of Community Pharmacy. Dis Manage Health Outcomes 2000; 8(3):147-158.
- (58) Morgall JM. Pharmacists helping smokers to quit. Evaluation Report. An evaluation of a Danish Initiative. Copenhagen: World Health Organization. Regional Office of Europe, 1995.
- (59) Moltzen JE. Evaluering af rygestopkurserne på apotekerne - et samarbejde mellem Forebyggelsesrådet og apotekerne i Roskilde Amt. Roskilde Amt, 2001.
- (60) Rasmussen RS. Rygestop i apoteksregi. Evaluering af et samarbejdsprojekt mellem apoteker og Sønderjyllands og Ribe amter. Sønderjyllands Amt: 2002.
- (61) Marosi K. Evaluering af Apotekmodellen. En evaluering af tre modeller for samarbejde på rygestopområdet mellem apoteker og amter. 2003.
- (62) Moher M, Hey K, Lancaster T. Workplace interventions for smoking cessation (Cochrane Review). Cochrane Database Syst Rev 2003;(2):CD003440.