

Organisering af rygeafvænningstilbud til gravide og deres partnere

IDEKATALOG

Nationalt Center for Rygestop
April 2005

Forfatter: cand. scient. soc. ph.d. Astrid Blom,
Nationalt Center for Rygestop
*De projekt/indsatsansvarlige har haft mulighed
for at kommentere teksten.*

Layout og foto: Michala C. Bendixen
Tryk: PE offset
København, April 2005

Indhold

Indledning	4
Typer af metoder	5
Hvem skal varetage rådgivningen af gravide rygere?	6
Rekruttering af gravide rygere	7
Tværfagligt samarbejde	8
Uddannelse og vedligeholdelse af motivation	9
Successmål og monitorering	10
Personaleressourcer og administration	11
Organisatorisk forankring af tilbud	12
Tilbagefaldsforebyggelse	13
Litteratur	13
Yderligere projekter, der har indgået i udarbejdelsen af kataloget	14

Indledning

Dokumentationsrapporten "Tobak og Graviditet" (1) slår fast, at "Rygning under graviditet øger risikoen for en række alvorlige komplikationer i relation til graviditet og fødsel og har væsentlig betydning for det lille barns helbred" (s. 5). Rygning er samtidig den vigtigste risikofaktor under graviditeten, som det er muligt at forebygge. Der er derfor rigtig god grund til at fokusere på intervention overfor rygning under graviditeten.

De tilgængelige tal tyder på, at cirka en femtedel af de gravide i Danmark ryger (Sundhedsstyrelsens sundhedsdata på www.sst.dk). Der er variationer geografisk fra 28 - 17% rygere blandt de gravide.

Selvom der er gode sundhedsmæssige grunde til at holde op med at ryge under graviditeten, er det altså langt fra alle gravide, som kan eller vil følge dette råd. De kvinder, som kan stoppe med at ryge uden de store problemer, vil ofte have holdt inden, eller lige i begyndelsen, af graviditeten uden støtte fra andre. Når vi taler om tilbud om rygeafvænningsfor gravide og deres partnere, er der altså typisk tale om en målgruppe for hvem rygestop ikke bare er noget, man lige gennemfører, selvom man er motiveret for det.

I modsætning til skadevirkningerne ved rygning under graviditeten, er der relativt få videnskabelige studier, som beskæftiger sig med hvordan en sådan intervention bedst kan organiseres. Det drejer sig om spørgsmål som, hvordan de gravide rygere rekrutteres til et tilbud, hvorvidt tilbudet skal forankres i eller udenfor sundhedsvæsenet,

hvilke sundhedsfaglige personalegrupper, der skal inddrages osv.

Dette idékatalog giver ikke de endelige svar på disse spørgsmål men forsøger at samle de erfaringer, der er gjort med organisering af rygeafvænningsstilbud til gravide. Materialet stammer primært fra erfaringer fra forskellige danske indsatser, der har været de seneste år. Enkelte af disse erfaringer er udgivet som videnskabelige studier, mens hovedparten foreligger som evalueringsrapporter eller erfaringer opsamlet via referater fra en national erfarings-udvekslingsgruppe. På grund af materialets karakter har det ikke været muligt at vurdere effekten af de enkelte organiseringsformer i relation til hvor mange ressourcer, der er afsat.

Målgruppen for idékataloget er primært de planlæggere i amter, kommuner og på sygehuse, som har ansvar for indsatsen overfor rygning i graviditeten. Hidtil er opgaven blevet løftet af hhv. amtets forebyggelsesafdeling, jordemodervæsenet og almen praksis. Med den kommende strukturreform vil de strukturelle rammer for det forebyggende arbejde ændres. Det gælder også for rygeafvænningsfor gravide og deres partnere. Der vil være behov for at sikre at de tilbud, der i dag gives gravide og deres partnere, ikke forringes i takt med, at den primære forebyggelse overgår til et kommunalt ansvar, og at der skabes mulighed for fortsat udvikling for forbedring af tilbudene.

Kataloget er opdelt tematisk. De enkelte erfaringer fra forskellige amter inddrages løbende. Hvis man ønsker en kort beskrivelse af disse projekter, findes en sådan til slut i rapporten.

Typer af metoder

Der findes flere forskellige metoder til at forebygge rygning blandt gravide. Ofte anvendes de i kombination med tilbud om rådgivning som en kerneydelse. Nedenfor er nævnt de mest udbredte. Der er dog ikke tale om en udtømmende liste, bl.a. fordi der er metoder, hvor vi endnu mangler videnskabelige studier, der dokumenterer en effekt af metoden, som f.eks. hypnose og akupunktur.

De mest udbredte og veldokumenterede metoder er rådgivning igennem gruppekurser eller individuel rådgivning af specialuddannet rygestopinstruktør. Uddannelsen af rådgivere til disse tilbud følger typisk det såkaldte STOP-koncept. Når der i denne rapport tales om rådgivning, refereres altså til et egentligt rådgivningsforløb med flere rådgivningerne af en vis varighed¹. Den korte rådgivning/information anvendes af jordemødre i forbindelse med den almindelige svangrekonsultation.

Som supplement til gruppekurser og individuelle forløb kan anvendes informationsmøder. Formålet med informationsmøder vil typisk være at give den gravide mulighed for at afklare sin motivation for rygestop. På den måde kan de bidrage til rekruttering til gruppe- eller individuelle forløb. I Fyns Amt har man afsat 2 timer til informationsmøder (6).

Skriftligt materiale kan være pjecer med information om skadevirkninger ved rygning under graviditeten samt henvisning til mere intensive tilbud. Det kan også være egentligt selvhjælpsmateriale, som er rygestop programmer, der beskriver processen dag for dag. Selvhjælpsmateriale udviklet spe-

cielt til gravide rygere er mest effektivt (1). En anden metode er feedback på biomarkører f.eks. i form af ultralydsscanning kombineret med information om rygningens påvirkning af fosteret. Kulittemålinger kunne også anvendes til måling af rygningens påvirkning af kroppen.

I USA har man forsøgt at anvende økonomiske incitamenter som støtte til rygestop for gravide rygere, der er socialt dårligt stillet. Den gravide får udbetalt en sum penge, når det er dokumenteret gennem biomarkører, at hun har holdt sig røgfri igennem graviditeten. Der synes at være effekt af sådanne metoder, men spørgsmålet er hvorvidt de kan anvendes i en dansk sammenhæng.

Den videnskabelige dokumentation tyder på, at jo mere intensivt tilbudet er til den gravide, jo større er effekten (1). Men selvom effekten af såkaldte lav-intensive metoder er lavere, kan de være relevante som supplement til andre tilbud. Det kan f.eks. være øget tid i den rutinemæssige svangrekonsultation til gravide, der ryger. I Fyns Amt er der afsat 10 min. ekstra (6).

En anden lav-intensiv intervention er kort information og rådgivning fra den praktiserende læge. Det er erfaringen i flere projekter, at en tidlig indsats er meget vigtig (4, 5). Længere henne i graviditeten daler den gravides motivation for rygestop. Den praktiserende læge er i denne sammenhæng en nøgleperson, fordi den gravide kvinde møder lægen tidligt i graviditeten og lægen skal spørge til den gravides rygevaner i forbindelse med udfyldelse af svangrejournalen.

En tredje form for lav-intensiv indsats er telefonrådgivning. For så vidt angår telefonrådgivning

1: I det nationale koncept for individuel rygeafvænning er der fastlagt et minimum for rådgivningens varighed i alt 2 1/2 time fordelt på fem mødegange inkl. forberedelse. Erfaringen flere steder i landet er, at når det drejer sig om gravide rygere er tidsforbruget større, op til 1 time per rådgivning (11, 12).

rettet mod gravide rygere har der i 2004 været gennemført et pilotprojekt i 8 amter. Projektet omfattede produktion af klistermærker med STOP-Liniens telefonnummer på. Disse blev sendt til alle praktiserende læger, som skulle sætte mærket på den gravide rygers vandrejournalskuvert. Et hovedformål var at få gravide rygere til i højere grad at benytte telefonrådgivningen. Dette mål blev ikke nået, bl.a. fordi lægerne ikke benyttede klistermærket efter hensigten.²

Telefonrådgivning er også blevet anvendt lokalt som led i indsatsen. I Viborg Amt har man etableret en rygestoptelefon til gravide, som anvendes både til tidsbestilling og rådgivning.

Erfaringen viser, at der blandt gravide ex-rygere er en stor andel tilbagefald efter fødslen eller endt amning. Effektive metoder til at forebygge tilbagefald er derfor stærkt efterspurgt. Den mest anvendte indsats er skriftligt materiale eller telefonisk opfølgning i forbindelse med fødslen. Der er dog behov for metodeudvikling på dette punkt.

Der har i Danmark været fokuseret på at give de gravide rygere mulighed for personlig rådgivning enten i grupper eller individuelt, suppleret med skriftlig materiale i form af pjecer. Derfor vil hovedvægten i det efterfølgende være på disse tilbud.

Hvem skal varetage rådgivning af gravide rygere?

Der findes endnu ikke videnskabelige undersøgelser, som kan sige noget præcist om hvilke faggrupper, der er bedst at anvende til rådgivning (hhv. jordemødre, læger, sygeplejersker eller andre). Det

forhold, at der i dag i Danmark er opbygget betydelig faglig kompetence indenfor rygeafvænnning til gravide blandt jordemødre betyder imidlertid, at der er store fordele ved at fastholde placeringen af et tilbud til gravide og deres partnere om gruppekurser og/eller individuel rådgivning i jordemodervæsenet (3). Erfaringer fra Ringkøbing (10) og Hvidovre (8) viser da også stor tilfredshed med jordemødres rygeafvænningsindsats.

Dog er der i visse dele af landet mangel på jordemødre. Hvis det er tilfældet, vil det være hensigtsmæssigt at lade andre personalegrupper indgå i varetagelsen af opgaven. I et projekt i Nordjylland anvendtes både jordemødre og sygeplejersker ansat på sygehuse til rygeafvænnning for gravide (4). Her fandt deltagerne, at det vigtigste var instruktørens personlige egenskaber (empati, engagement, ikke-fordømmende, faglig sikkerhed m.m.) snarere end hvilken sundhedsfaglig uddannelse, de havde. Også i Vejle Amt og Fyns Amt anvendes rygestopinstruktører i gravid-indsatsen, som ikke er uddannet jordemoder.

Uanset om det er jordemødre, sygeplejersker eller andre, der varetager selve rygeafvænnningen, tyder den videnskabelige dokumentation på, at tilbudet skal være målrettet den gravide ryger. Samtidig er det vigtigt, at det er helt tydeligt hvem, der varetager rådgivningsforløbene for gravide rygere, og at denne viden formidles til alle involverede faggrupper.

Hvis rygeafvænnning for gravide tilbydes indenfor jordemodervæsenet, er der mindst to muligheder: enten kan alle jordemødre tilbyde rygeafvænnning eller nogle enkelte kan varetage denne funktion. Her peger erfaringerne på, at egentlige rygeafvænningsforløb skal varetages af jordemødre, som er

engagerede i opgaven (11, 12). Samtidig tyder den videnskabelige dokumentation på, at rådgiveren skal være specialuddannet til at varetage denne funktion (1), hvilket også taler for at lade et begrænset antal jordemødre varetage opgaven.

Den videnskabelige dokumentation peger samtidig på, at mundtlig rådgivning om rygeafvænning til gravide helst skal ligge udenfor den rutinemæssige svangrekonsultation, dvs. den skal ikke falde sammen med samtaler om valg af fødested, familie-situation osv. (1) Dette har også været erfaringen i Ringkøbing (11). Men tilbud om rygeafvænning kan udmærket organisatorisk være placeret i jordemodervæsenet og være varetaget af en eller flere jordemødre, der er uddannet til denne opgave. En tidsmæssig og personmæssig adskillelse fra den almindelige svangrekonsultation betyder at fokus på rygeafvænning bedre fastholdes, og at man i højere grad undgår de dilemmaer, rådgiveren ellers ville kunne havne i (2, 12).

Hvis man vælger at specialuddanne en gruppe jordemødre til at varetage rygeafvænning, har den brede gruppe af alle jordemødre stadig en helt central rolle. De skal varetage den korte intervention indenfor den rutinemæssige svangrekonsultation, hvor der informeres om rygningens skadevirkninger under graviditeten, motiveres til rygestop og henvises til rygestopinstruktør. Der er en risiko for, at jordemødre på grund af tidspres dropper den korte intervention og blot henviser til rygestopinstruktøren. Hvis den gravide ryger ikke følger op på henvisningen, kan det faktisk betyde, at hun ingen information får om rygning og rygestop fra jordemodercentret.

Rekruttering af gravide rygere

De steder, hvor der tilbydes gruppekurser og individuel rygeafvænning indenfor jordemodervæsenet, er rekruttering til tilbudet en vigtig udfordring. Flere projekter har oplevet lavere interesse end forventet og et markant frafald under forløbene (4, 6, 11). Det betyder, at kurser må aflyses, hvilket skaber frustration både hos rådgiverne og de gravide som faktisk tilmelder sig.

Selvom tilbudet fagligt set er godt, vil det ikke være alle gravide rygere, der ønsker at gøre brug af tilbudet. I flere projekter har interessen for at deltage i gruppekursus eller individuel rådgivning blandt de gravide rygere ligget på omkring 10 – 15% eller lavere (4, 6, 15). En undtagelse er projektet Røgfri Nyfødt på Hvidovre, hvor man i perioden 1996-1999 havde en indsats, hvor 33% af de gravide rygere deltog i tilbudet (8).³ Dette tilbud strakte sig over ni mødegange og gravide, der opfyldte inklusionskriterierne, blev tilbudt gratis nikotinsubstitution i 11 uger.

Men selvom det langt fra er alle gravide rygere, der tager imod et tilbud, kan man nå flere end 10% af rygerne – også uden nikotinsubstitution. Det kan gøres ved en tidlig, systematisk og bredspektret markedsføring. I Fyns Amt er erfaringen, at det er vigtigt, at jordemødrene er åbne og inviterende til tilbud og selv sørger for tilmelding, når den gravide viser interesse (6). Her indførte man personlig opfølgning ved enhver given lejlighed, afbud etc. for at styrke rekrutteringen.

På Glostrup Amtssygehus var praksis tidligere, at den gravide ryger ved den ordinære jordemoderkonsultation fik et brev med information om tilbud, hvorefter hun selv kunne kontakte rygestop-

3) Det kan oplyses, at projektet Røgfri Nyfødt fandt sted på Hvidovre i perioden 1996-1999. I 2003 etableres en lidt anderledes type indsats overfor gravide rygere på Hvidovre hospital.

instruktøren. Man ændrede så proceduren til at man nu sender et brev med information om tilbud til de gravide rygere, for hvem det i svangrejournalen er noteret, at vedkommende ønsker rygeafvænningsstilbud. Dette sker umiddelbart efter modtagelse af svangrejournalen typisk i 8. - 10. graviditetsuge. Derved får den gravide ryger et tilbud indenfor 14 dage efter at hun hos lægen har sagt, at hun ønsker hjælp. Dette har fordoblet antallet af rygere, der ønsker rygeafvænnning i jordemoderregi.

I Ringkøbing skiftede man undervejs i projektperioden til, at det var den gravide selv, der skulle melde sig til rygeafvænnning, frem for at de automatisk blev tilmeldt et kursus. Man etablerede en telefon, der kunne bruges til tilmelding og rådgivning. Det gav lidt færre tilmeldte til forløbene men et langt mindre frafald inden og under forløbet (11). I Viborg synes både adgangen til en rygestoptelefon, et hurtigt tilbud om individuel rådgivning, men også henvisning fra forskellige faggrupper at have været vigtig for rekrutteringen.

En tidlig indsats er endvidere vigtig. Motivationen for et rygestop er størst i de første tre måneder af graviditeten (1). Hvis den gravide først får et tilbud om rygeafvænnning ved den sædvanlige jordemoderkonsultation i f.eks. 18. graviditetsuge er sandsynligheden for at den gravide tager imod tilbudet begrænset.

En forudsætning for rekruttering af gravide og partnere til rygeafvænningsforløb er, at både praktiserende læger, sundhedsplejersker, jordemødre og personale på svangre og -barselsange og på fødeafdelinger er bekendt med hvilke tilbud, der eksisterer. En sådan tværgående informationsindsats kan amtet (eller en koordinator i jordemodervæsenet) med fordel tage sig af (se under tværfagligt samarbejde).

bejde). I Viborg har man ansat en jordemoder til at koordinere indsatsen og stå for rygeafvænningen primært som individuelle forløb. En sådan koordinator giver mulighed for en kontinuerlig kontakt til alle personalegrupper, herunder praktiserende læger, sundhedsplejersker og børneafdelinger.

Dernæst er det vigtigt, at de forskellige faggrupper indgår aktivt i henvisningen. Hvis den praktiserende læge ved første svangrekonsultation spørger den gravide ryger, om hun ønsker hjælp til rygestop og afkrydser dette ønske i svangrejournalen, fører dette ikke automatisk til at den gravide faktisk opsøger et sådant tilbud af egen drift. En evaluering har peget på, at visse gravide rygere faktisk forventer, at den praktiserende læge selv skal sørge for den faktiske henvisning, når den gravide ryger har ytret ønske om hjælp til rygestop (5). Hvis dette ikke er muligt, må den praktiserende læge oplyse den gravide om, at hun selv skal tage kontakt og lægen må give hende det relevante nummer/navn.

Tværfagligt samarbejde

Det tværfaglige samarbejde og sikring af et sammenhængende 'patientforløb' er et kernepunkt i rygeafvænnning for gravide.⁴ Den gravide ryger møder forskelligt sundhedsfagligt personale, begyndende med den praktiserende læge, over forskellige jordemødre, tilbage til lægen muligvis over en sundhedsplejerske og videre til jordemoder, børnelæge og andet personale på fødeafdeling og barselsang, hvorefter lægen mødes efter fødslen og så sundhedsplejersken. Det er væsentligt, at man indenfor de forskellige faggrupper og på tværs af faggrupperne giver den samme besked til den gravide ryger og hendes partner.

Men det er mindst lige så vigtigt, at der er et tæt samarbejde mellem de forskellige faggrupper, uanset hvordan tilbudet til den gravide ryger ser ud. Samarbejdet skal bl.a. bestå i, at de forskellige faggrupper kender til de tilbud, der er, og at de aktivt henviser til disse. Det vil ofte være hensigtsmæssigt at nedsætte en styregruppe og/eller referencegrupper, hvor repræsentanter for de forskellige faggrupper deltager og indgår i beslutningsprocessen sammen med de ansvarlige fra amtet (4, 12). Det giver en gruppe som f.eks. de praktiserende læger mulighed for indflydelse på processen og ejerskab til indsatsen.

De praktiserende læger har det formelle ansvar for at tale om livsstil med den gravide. Lægen har imidlertid en lang række punkter ved første graviditetskonsultation, som vedkommende skal tale med den gravide om. Kombinationen af hovedansvar og tidspres synes i nogle tilfælde at betyde, at den praktiserende læge er mindre opmærksom på at henvise til tilbud om støtte til rygeafvænning f.eks. i jordemoderregi. Her synes et udbygget tværfagligt samarbejde at være en fordel for lægen.

Erfaringen flere steder i landet er, at nogle praktiserende læger afholder sig fra at henvise til tilbud i jordemoderregi (6, 11). Der synes også at være problemer visse steder med at informere tilstrækkeligt grundigt om rygningens skadelige virkninger (5, 12).⁵ Der er enkelte eksempler på, at nogle læger decideret har modarbejdet indsatsen i jordemodervæsenet (6).

Evalueringen af klistermærke-projektet fra 2004 giver et bidrag til belysning af dette problemfelt. Den kvalitative evaluering viste, at mange læger oplyste kort om skadevirkninger og krydsede af i svangrejournalen. Den gravide ryger forventede

imidlertid en større indsats af lægen i forhold til information om rygning, støtte til rygestop og aktiv henvisning til rygeafvænningsforløb. Nogle gravide rygere oplyste, at de faktisk blev demotiveret til et rygestop, fordi lægen ikke tog mere håndfast fat om problematikken (5). Dette var gravide, som senere indgik i et rygeafvænningsforløb efter henvisning af en jordemoder. Dette understreger, at den praktiserende læge af mange gravide opfattes som en autoritet, der forventes at tage hovedansvaret.

Heldigvis er der også gode eksempler med tværfagligt samarbejde, hvor man via referencegrupper (eller tværfaglige grupper) har etableret et frugtbart samarbejde mellem de praktiserende læger, jordemødre og sundhedsplejersker m.f. (12).

Uddannelse og vedligeholdelse af motivation

Generelt har rygeafvænning været domineret af fagpersoner, der brændte for sagen og som var ildsjæle på feltet. De var ind i mellem villige til at bruge deres fritid på at støtte gravide rygere i deres forsøg på at droppe rygningen. Det gælder både for rygestopinstruktører, der arbejder med gravide og for dem, der arbejder med andre typer af rygere. Disse ildsjæle har været af afgørende betydning for at få opgaven løftet og synliggjort. Vi er nu nået til et tidspunkt, hvor opgavens relevans er almindelig kendt.

Ildsjælene kan ikke undværes. Som nævnt, er det vigtigt, at rådgiveren viser begejstring og interesse for sin opgave. Men der skal anerkendelse til for at vedligeholde et bredt korps af rygestopinstruktører, der ønsker at arbejde med gravide rygere og brænder for sagen.

5) I projektet i Ringkøbing havde kun 19% af de 47 gravide, der havde modtaget hjælp til rygeafvænning, hørt fra deres læge om tilbudet (10).

Uddannelse og kompetenceudvikling er her et kerneområde. Uddannelse breder opgaven ud på flere hænder og vedligeholder motivationen hos dem, der allerede er i gang. Samtidig kommer der hele tiden nyuddannede jordemødre, sygeplejersker og sundhedsplejersker til, som har en grundlæggende viden om rygning fra deres uddannelse, men som mangler forudsætninger for at stå for rygeafvænningsforløb på egen hånd. Samtidig er videreuddannelse, som nævnt, et vigtigt element i vedligeholdelsen af motivationen hos de fagpersoner, der står for rygeafvænningsforløb. Dialogen med gravide rygere, som har meget svært at stoppe med at ryge, og som måske overhovedet ikke har lyst til helt at droppe rygningen, kan være meget krævende for rådgiveren. Anerkendelsen kan også materialisere sig i at man knytter løntillæg til uddannelsen og funktionen som rygestopinstruktør.

De uddannelser, der er mest anvendte i dag inden for feltet, er rygestop-instruktøruddannelsen efter STOP-konceptet (3 dage), uddannelsen i motiverende samtale (1 dag) og efteruddannelsen for rygestopinstruktører, der arbejder med gravide (1 dag). Bl.a. Kræftens Bekæmpelse udbyder disse kurser.

En undersøgelse i 2003 viste, at der på alle jordemodercentre og fødesteder var en eller flere som var uddannet rygestopinstruktør. I alt havde 14% af alle jordemødre denne uddannelse og 29% havde uddannelse i den motiverende samtale (3). Visse steder har man valgt at lade alle jordemødre blive uddannet i den motiverende samtale, samtidig med at en mindre gruppe har fået uddannelse som rygestopinstruktør (6). Uddannelsesindsatsen vurderes som helt centralt for tilbudet (4).

Erfaringsudveksling og netværksdannelse nationalt eller regionalt er også vigtig for at sikre kompetan-

ce og motivation. Den amtslige forebyggelsesafdeling har, sammen med Sundhedsstyrelsen, bidraget væsentligt til dette område. Med strukturreformen er det uklart, hvem der overtager denne opgave. Også temamøder for alt sundhedspersonale, der møder den gravide ryger, har med succes været anvendt for at højne vidensniveauet og skabe et samlet fokus på opgaven (12).

Endelig viser erfaringerne, at det er vigtigt at give rådgiverne tilbagemelding på deres indsats ved at stille monitoreringsresultater og løbende viden om udviklingen i gravides rygevaner til rådighed (6).

Motivationen og interessen skal også udvikles og vedligeholdes blandt alle de faggrupper, som skal bakke op om indsatsen, motivere de gravide rygere til rygestop og henvise til rygeafvænningsforløb. Dette kan gøre ved løbende uddannelse og kontakt til en koordinerende person. Det er væsentligt, at man opfatter indsatsen som en samlet indsats fra en række forskellige aktører, og ikke kun den rygestopinstruktøruddannede jordemoder. Det viser sig ofte, at gravide rygere kan få den nødvendige motivation til et rygestop uden at indgå i et egentligt rygeafvænningsforløb, hvis en praktiserende læge tager lidt ekstra tid til samtalen om rygning eller en jordemoder gør det samme. Effekten af indsatsen stammer altså ikke kun fra antallet af vellykkede rygeafvænningsforløb.

Succesmål og monitorering

For rygeafvænnning i den generelle befolkning er det gængse succesmål ikke desto mindre stopraten opgjort efter 6 måneder eller 1 år. For gravide kan stopraten efter 1 år være særlig relevant, fordi man sikrer at dette er efter fødslen. Eftersom tilbage-

faldsraten typisk er høj for gravide, er det væsentligt at være opmærksom på stopraten efter fødsel.

Der er projekter, hvor man har anvendt nedsat forbrug af cigaretter som succes mål. Man skal være meget varsom med denne type succesmål. De gravide, der reducerer deres forbrug, kompenserer typisk ved at ryge de cigaretter, de så ryger, mere intenst. Samtidig tyder videnskabelige studier på at selv meget begrænset rygning kan være skadeligt for fostret (1).

Hvor høj en stoprate kan man så forvente for en indsats overfor gravide rygere? Her vil der være en del variation alt efter hvor intensiv og omfattende indsatsen er. I projektet i Ringkøbing sigtede man efter en stoprate på 15% efter 1 år. En evalueringsrapport fra projektet, der bygger på en spørgeskemaundersøgelse af 47 kvinder, der havde modtaget tilbud om rygeafvænning, viser at 38% var stoppet ved undersøgelsestidspunktet (9). I projektet på Fyn og i Viborg er man nået op på ca. 30% stoprate efter 1 år (6, 12).⁶ Typisk vil stopraten dog ligge noget lavere, eftersom vi har at gøre med en gruppe rygere for hvem rygestop er en særlig svær udfordring.

Som hjælp til monitoreringen kan anvendes et rygestatusskema. Her kan jordemødrene og lægen løbende beskrive processen omkring rygning. I Fyns Amt har man brugt et sådan skema blandt jordemødrene. Til trods for at jordemødrene overvejende var positive overfor skemaet, virkede det dog ikke helt efter hensigten (6). For at kunne udnytte et sådan skema optimalt, er det vigtigt at sikre systematik, hyppighed og ensartet udfyldelse af skemaet. I Frederiksborg amt har rygestatusskemaet været i elektronisk form.

Personaleressourcer og administration

Tilbud om rygeafvænning til gravide og deres partnere involverer en række opgaver. Hvis det er tilbud, der involverer personlig rådgivning, skal man typisk sørge for følgende:

- Produktion af materiale (pjece, klistermærke, plakater e.l.)
- Distribution af materiale til læger, jordemødre, sundhedsplejersker og andre steder
- Generel markedsføring i medierne (artikler, pressemeddelelser etc.)
- Forberedelse og afholdelse af møder i styregruppe og referencegrupper
- Uddannelse af rygestopinstruktører
- Uddannelse og løbende kontakt med andre faggrupper (praktiserende læger, børnelæger, sygeplejersker, sundhedsplejersker m.m.)
- Afholdelse af gruppekurser og individuel rådgivning
- Afholdelse af erfa-gruppemøder med rygestopinstruktører
- Registrering af tilmeldinger og booking af lokaler
- Monitorering
- Udfyldelse af standardskema fra Rygestopstopbasen
- Telefonisk opfølgning efter 6 og/eller 12 mdr.
- Udarbejdelse af statusrapport
- Tilbagefaldsforebyggelse via yderligere kontakter
- Evaluering af tilbud

Det er vigtigt, at der er afsat tilstrækkelige personaleressourcer til de administrative og koordinerende opgaver. I visse projekter har netop mangel på en projektkoordinator været ved hæmmende for projektets implementering trods positiv indstilling fra jordemødrene (11).

6) Antallet af gravide, som indgik i disse optællinger var dog begrænset til hhv. 73 og 59, hvorfor stopraten skal tages med et vist forbehold.

Men også tilstrækkelige personaleressourcer til at levere selve rådgivningen kan være et problem. For det første kan en egentlig mangel på jordemødre begrænse tilbud om rygeafvænning til gravide og deres partnere. I Sønderjylland måtte man i 2002 simpelthen droppe tilbud om rygeafvænning til gravide – et tilbud der tidligere havde været af høj faglig kvalitet og som blev betragtet som foregangsmodellen⁷. For det andet betragtes tilbud om rygeafvænning til gravide og deres partnere ikke som en del af kerneydelsen i jordemodervæsenet. Derfor er det sårbart i tilfælde af krav om besparelser på budgettet. For det tredje føler mange rådgivere, at der er behov for at afsætte mere tid end til generel rygeafvænning, som nævnt i note 1.

Organisatorisk forankring af tilbud

Med organisatorisk forankring menes placering af ledelsesmæssigt, økonomisk og personalemæssigt ansvar. Der er i hovedsagen to forskellige organisatoriske forankringsmuligheder af tilbud om rygeafvænning for gravide (gruppekurser og individuel rådgivning). Det kan enten være forankret i amtet som en del af den generelle forebyggelsesindsats, eller det kan være forankret i jordemodervæsenet. Fordelen ved, at amtets forebyggelsesafdeling står for tilbudet, kan være, at man i højere grad kan etablere en sammenhængende indsats, hvor også praktiserende læger, sundhedsplejersker og andet relevant personale inddrages og engageres i henvisning, monitorering etc. Den store udfordring med en sådan forankring vil dog være at etablere et tæt samarbejde med jordemodervæsenet for at

sikre, at der er en sammenhæng imellem den indsats jordemødrene har i forhold forebyggelse af rygning blandt gravide og den øvrige indsats. Samtidig vil denne mulighed med implementeringen af strukturreformen ikke længere være en mulighed, når amterne nedlægges. Det forbliver et åbent spørgsmål, hvem der vil overtage den koordinerende og kompetenceudviklende indsats, som amtet har leveret i mange af landets amter til dato. Behovet for at jordemodercentre og fødesteder løfter opgaven på egen hånd, synes åbenbar.

Forankring af tilbud om rygeafvænning til gravide i jordemodervæsenet har da også den fordel, at det kan skabe et større engagement blandt jordemødrene, og der er mulighed for at tilpasse tilbudet til betingelserne på det pågældende fødested.⁸ Samtidig har jordemødrene en tæt kontakt til de gravide, som kan anvendes i en løbende indsats overfor rygning. En organisatorisk placering i jordemodervæsenet forhindrer ikke at alle faggrupper inddrages i indsatsen blot der er afsat personaleressourcer til denne koordinerende funktion.

Det afgørende i forhold til organisatorisk forankring er, at forankringen er klar og kendt af de involverede faggrupper og det administrative personale. Der skal med andre ord være fuld opbakning fra ledelsen til indsatsen, sådan at den ikke afhænger af enkeltpersoners prisværdige begejstring for udfordringen. En sådan opbakning kan f.eks. udtrykkes ved, at "specialet" anerkendes igennem et lønmæssigt tillæg, som det kendes fra flere steder i landet, f.eks. i Nordjyllands amt. Tjenestefrihed med lån til videreuddannelse er en anden oplagt måde at vise ledelsesmæssig opbakning.

7) Et tilbud er nu etableret med specialuddannet sygeplejerske til varetagelse af rygeafvænning.

8) Man skal dog ikke regne med, at det løser problemet med at få alle jordemødre til at tale om rygning med de gravide (se under afsnittet om rekruttering).

Tilbagefaldsforebyggelse

Tilbagefald er meget udbredt blandt gravide ex-rygere. Amerikanske studier viser, at 80% af de kvinder, som stopper med at ryge under graviditeten, ryger igen et år efter de er holdt op (Melvin, C. & Gaffney, C. 2004). Samtidig er der indtil videre begrænset viden om effektive metoder til at forebygge tilbagefald (Ibid). I Danmark har vi kendskab til forsøg på etablering af ex-ryger café, som ikke har været en succes. Her valgte man i stedet at sende en skriftlig invitation til alle, der havde indgået i et rygeafvænningsforbud, til en opfølgende samtale efter fødslen. Det har givet mulighed for at kvinder, der var begyndt at ryge efter fødslen kunne tage imod et nyt rygeafvænningsstilbud (12).

Også i forhold til tilbagefaldsforebyggelse er et forstærket tværfagligt samarbejde et af svarene. Det er vigtigt at inddrage sundhedsplejerskerne i den indsats, der ydes i forbindelse med graviditeten, således at de kan støtte op om indsatsen efter fødslen.

Litteratur

- (1) **Tobak og Graviditet. Er der behov for forebyggelse? Findes der effektive metoder?**
Nationalt Center for Rygestop og Viden- og Dokumentationsenheden i Sundhedsstyrelsen, 2003.
Forfattere Kirsten Wisborg og Tine Brink Henriksen.
- (2) **Efteruddannelse af rygestopinstruktører – med gravide som målgruppe.** Folkesundhed København, Kræftens Bekæmpelse og Nordjyllands Amt, Marts 2004.
- (3) **Undersøgelse af tilbud om rygeafvænnning til gravide på danske jordemodercentre/fødesteder.** Den Almindelige Danske Jordemoderforening, Nationalt Center for Rygestop, Sundhedsstyrelsen, Nov. 2003.
Udarbejdet af Marosi Markedsundersøgelser.
- (4) **Evaluerings af projekt Røgfrie gravide, Nordjyllands Amt,** Planlægnings- og Udviklingskontoret, 2001.
- (5) **Projekt klistermærke til gravide rygere.** Evaluerings, Nationalt Center for Rygestop. København, Dec. 2004.
- (6) **Evaluerings af Projekt Rygestop for gravide i Fyns Amt.** ECO Analyse A/S, Carsten S. Pedersen og Michael Bech, Juni 2004.
- (7) **Multimodal intervention raises smoking cessation rate during pregnancy.** Hegaard, Hanne, K. et al Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, 2003: 82: 813-819.
- (8) **Kvindes evaluering af et jordemodercenters tilbud om rygeafvænnings i graviditeten.** Hegaard, H. K.; Kjærgaard, Hanne; Jørgensen, M. F. K. Projekt Røgfri Nyfødt Hvidovre Hospital, Januar 2004.

(9) **Metoder til Rygeafvænning – dokumentation og anbefalinger.** Nationalt Center for Rygestop & Viden- og Dokumentationsenheden i Sundhedsstyrelsen, 2003. Forfatter: Helle Hilding-Nørkjær.

(10) **Vedsted, P. "Gravid – vej mod nye sunde liv",** Ringkøbing Amt. Århus: Lege Artis Consult ApS, 2004. (Projektevaluering udarbejdet af læge Peter Vedsted).

(11) **"Evalueringsrapport Projekt "Gravid – på vej mod nye sunde liv",** unpl. Jordemødre i Ringkøbing Amt, 2005.

Yderligere projekter, der har indgået i udarbejdelsen af kataloget

(12) **"Røgfri Graviditet – Røgfri for livet", puljeprosjekt i Viborg Amt 2003 - 2004**

En jordemoder, der er erfaren rygestopinstruktør for gravide rygere, fungerer som koordinator for og udbyder af indsatsen. Der tilbydes gratis, individuel rygeafvænning til gravide og deres partnere. Koordinatoren er projektansat på 30 timer ugentligt i amtet. Indsatsen har eget telefonnummer, som er markedsført bredt bl.a. via et klistermærke, som sættes på amtets pjecer til gravide rygere. Projektet har været godt eksponeret i de skrevne medier.

Projektet startede med afholdelse af to ens temadage om gravide og rygning for alt sundhedspersonale (jordemødre, praktiserende læger, sundhedsplejersker, børnelæger og andet relevant personale). Derudover er der uddannet et antal rygestopinstruktører, ligesom der er afholdt 2 halvdagsmøder for jordemødre med undervisning i dialogen med den gravide ryger.

Der er nedsat 3 tværsektorielle referencegrupper geografisk spredt i amtet med henblik på at skabe dialog mellem praktiserende læger, jordemødrene og

personalet på børneafdelinger o.a.. Stopraten efter 1 år var for de første 58 deltagere 33%. Efter endt projektfase er projektet overgået til drift indenfor jordemodervæsenet.

(13) **"Røgfri Graviditet", puljeprosjekt i Roskilde Amt 2003 - 2004**

En jordemoder er uddannet til rygestopinstruktør for gravide rygere. Hun tilbyder gratis, individuel rygeafvænning til gravide og deres partnere. Jordemoderen arbejder samtidig som jordemoder og honoreres på timebasis. Indsatsen har eget telefonnummer, som er markedsført bredt via et klistermærke til vandrejournalen, postkort til gravide i 8. - 10. uge og plakater til venteværelset. Projektet har desuden været markedsført i lokale medier. Andre jordemødre skal henvise til rygestopinstruktøren.

(14) **Rygestop-indsats overfor gravide rygere på Hvidovre Hospital/Københavns Kommune**

Dette er en driftsaktivitet. Siden primo 2003 er der tilbudt rygestopkurser til gravide rygere. Der er mulighed for individuel rådgivning og akupunktur. De gravide rygere får invitation til tilbud, når jordemodercen-tret modtager svangrejournal fra den praktiserende læge. Kommunen betaler uddannelse til rygestopinstruktør, under hvilke der er tjenestefrihed.

(15) **Rygestop indsats overfor gravide rygere i Vejle Amt, driftsaktivitet**

Gravide og deres partnere har tilbud om gratis rygeafvænning på sygehusenes Rygestopklinikker, varetaget af rygestopinstruktøruddannede sygeplejersker.

(16) **Rygestop indsats overfor gravide på Glostrup Amtssygehus, driftaktivitet**

Der tilbydes gruppekurser og individuel rådgivning til gravide og deres partnere af erfaren rygestopinstruktør, der er jordemoder. Der følges hurtigt op med tilbud, når der i svangrejournalen er noteret, at den gravide ryger ønsker hjælp til rygestop.

