



Den gode regionale model for rygeafvænning

– et element i den gode regionale model
for tobaksforebyggelse



Den gode regionale model for rygeafvænning

- et element i den gode regionale model for tobaksforebyggelse

Nationalt Center for Rygestop

Indhold

Forord	6
Formål med Den gode regionale model for rygeafvænning	7
Baggrund	8
Dansk tobaksforebyggelse	8
Anbefalinger og nationale forpligtelser	9
Fokus på "at fremme rygestop" i Den gode regionale model for rygeafvænning	10
Nødvendigt med forskellige metoder og virkemidler	10
Rygning som afhængighed	11
Rygeafvænning – kliniske tilbud og lavintensive tilbud	11
Effect og impact	12
Rygeafvænningsmetoder i Danmark	12
Reaktiv og proaktiv rekruttering	13

Indikatormodellen	14
Indikatormodellens målgrupper	15
Udviklingsarbejde	15
Social ulighed	15
Indikatormodellens point	17
Regionens samlede indsats på rygeafvænning	17
National monitorering	17
Målgrupper	18
Valg af målgrupper	18
Baggrund for valg af målgrupper	18
Referencer	20
Bilag 1: Forslag til kriterier og indikatorer	21
Bilag 2: Kvalitetsstandard for individuel rygeafvænning og rygeafvænning i grupper	28

Forord

Igennem de seneste 10 år har de fleste amter i Danmark opbygget rygeafvænningsstilbud til befolkningen, herunder til særlige risikogrupper. Der er dog stor variation amterne imellem med hensyn til omfanget af rygeafvænningsindsatsen, ligesom der er en spredning i forhold til hvilke målgrupper, der tilbydes hjælp til rygestop.

Nationalt Center for Rygestop har i samarbejde med amternes tobakskoordinatorer udviklet "Den gode regionale model for rygeafvænnning". Formålet er at skabe en fælles dansk standard og vision for den væsentlige indsats, rygeafvænnning udgør i folkesundhedsarbejdet. Den gode regionale model for rygeafvænnning er udarbejdet på baggrund af Nationalt Center for Rygestops opgave, som beskrevet i samarbejdsaftalen med Indenrigs- og Sundhedsministeriet: "at støtte og opkvalificere amternes og kommunernes, herunder sygehusenes og almen praksis' indsats på rygeafvænningsområdet i et samlet, velorganiseret rygestoptilbud for en region".

Det står klart, at modellen som følge af struktur-reformen, den nye sundhedslov og deraf ændret opgavefordeling på forebyggelsesområdet ikke umiddelbart kan implementeres som den var tænkt, nemlig som et instrument til kvalitetsmåling og benchmarking af den regionale indsats på rygeafvænningsområdet.

Det er imidlertid arbejdsgruppens og Nationalt Center for Rygestops håb, at rapporten kan tjene som inspiration i den fremtidige planlægning og tilrettelæggelse af indsatsen vedrørende rygeafvænnning.

Modellen er udarbejdet af en arbejdsgruppe bestående af:

Anne Pedersen, *Storstrøms Amt*

Birgitte Lund Møller, *Fyns Amt*

Lars Oberländer, *Nordjyllands Amt*

Leila Boel, *Ringkjøbing Amt*

Tine Canvin, *Århus Amt*

Poul Tværmose, *Nationalt Center for Rygestop*

Maj 2005

Formål med Den gode regionale model for rygeafvænning

Formålet med Den gode regionale model for rygeafvænning er:

- At udgøre en guide for planlæggere og beslutningstagere i regioner og kommuner, når der skal etableres og udbygges rygeafvænnings-tilbud til befolkningen.

Modellen tager udgangspunkt i nationale politikker og strategier, internationale evidensbaserede retningslinier og anbefalinger samt praktiske erfaringer. Modellen skal udgøre et rationelt grundlag for den regionale/kommunale planlægning og udbygning af rygeafvænningstilbud til befolkningen, og således udgøre en dansk standard for, hvordan rygeafvænningsområdet kan udvikles.

Modellen skal – i det omfang, der foreligger evidens – være normativ i den forstand, at den er rådgivende og retningsgivende for, hvordan rygeafvænningsindsatsen overfor befolkningen mest rationelt kan udvikles.

Modellen skal videre anspore til, at der i langt højere grad regionalt/lokalt anvendes og markedsføres kost-effektive lavintensive rygeafvænningsmetoder med høj impact som et supplement til den mere intensive kliniske rygeafvænningsmetode.

“Den gode regionale model for rygeafvænning” omfatter en indikatormodel, som angiver tre trin for en regional/kommunal indsats på rygeafvænningsområdet i forholdet til fem målgrupper.

Indikatormodellen kan således fungere som værktøj i planlægningen af rygeafvænningsindsatsen, idet man kan anvende de tre trin som målsætning for den fremtidige indsats overfor målgrupperne.

Videre kan indikatormodellen bruges som benchmarking, idet det bliver muligt at sammenligne regionens indsats med andre regioner og/eller et nationalt gennemsnit på baggrund af nogle veldefinerede kriterier for indsatsen.

Det er en ambition, at indikatormodellen kan anvendes i den nationale monitorering af udviklingen på rygeafvænningsområdet.

Sidst (men ikke mindst) er det arbejdsgruppens håb, at indikatormodellen med sit element af “karaktermgivning” vil virke som incitament til en forstærket indsats på rygeafvænningsområdet.

Baggrund

Dansk tobaksforebyggelse

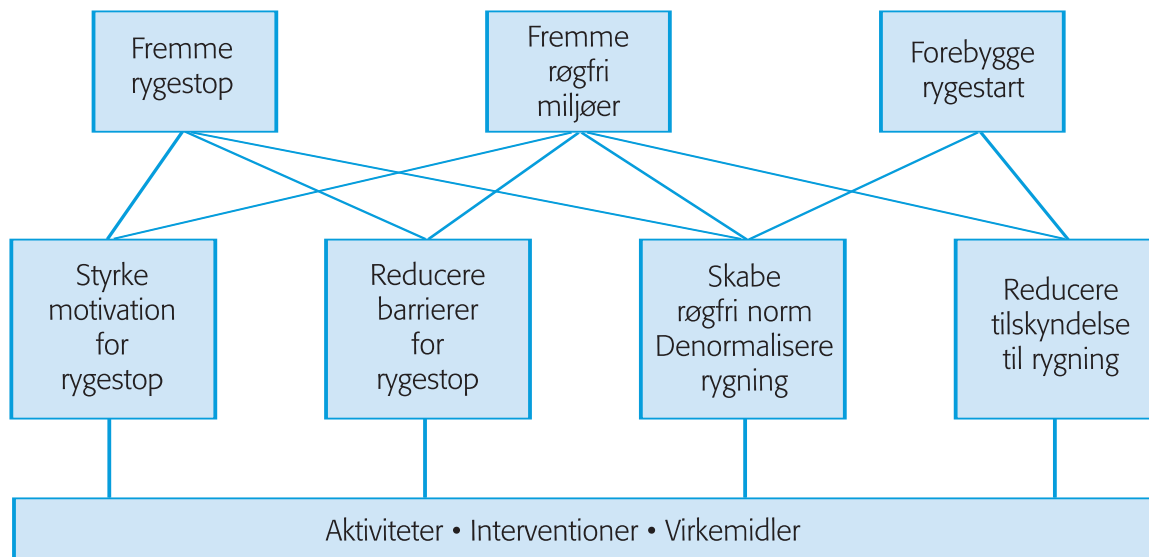
Dansk tobaksforebyggelse bygger både på nationalt og regionalt plan på tre indsatsområder:

- Fremme rygestop
- Forebygge rygestart
- Fremme røgfri miljøer

I regeringens sundhedsprogram "Sund hele livet" er det udtrykt i den sundhedspolitiske målsætning: "Antallet af rygere skal reduceres markant. Dels gennem rygestop, dels gennem en begrænsning af nye rygere. Røgfri miljøer skal udbredes" (1).

En optimal tobaksforbyggende indsats bygger på et samspil og en synergi mellem disse tre indsatsområder, som det fremgår af nedenstående model.

Der kan i princippet trækkes linier mellem alle "kasserne" i nedenstående model, eftersom aktiviteterne er nært forbundet med hinanden, både med hensyn til proces og resultat. "Man kan sige, at hovedvirkningen af hver af disse indsatser er mindre vigtige end deres interaktioner, både indbyrdes og med tobaksindustriens modpåvirkninger" (2).



Figur 1. Oversigt over forholdet mellem interventioner (efter *Reducing Tobacco Use: A Report of the Surgeon General*, 2000)

Anbefalinger og nationale forpligtelser

WHO bruger begrebet "tobacco control", som svarer til det danske begreb "forebyggelse af tobaksskader" og definerer området 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." (3)

På baggrund af 40 års forskning og praktisk erfaring med forebyggelse af tobaksskader har en række sundhedsfaglige organer og institutioner som WHO (4) den amerikanske Surgeon General (2), Verdensbanken (5), og EU-Kommissionen (6) udviklet videnskabeligt funderede anbefalinger om en række metoder og virkemidler, der bør tages i anvendelse for at begrænse den "epidemi" af rygning, som internationalt medfører 13.500 dødsfald dagligt (7). Udviklingen i internationale anbefalinger er i 2005 foreløbigt kulmineret med ratificeringen af den første FN konvention på forebyggelsesområdet: The Framework Convention on Tobacco Control (3).

Ved tilslutning til denne traktat (som Danmark ratificerede i 2004) er en betydelig indsats vedrørende forebyggelse af tobaksskader ikke blot anbefalelsesværdig men en forpligtelse.

Rammekonventionen lister på linie med ovennævnte anbefalinger elementer som:

- Etablering og opretholdelse af et aktivt nationalt fokuspunkt til at stimulere, støtte og koordinere aktiviteter for tobaksforebyggelse
- Etablering af en passende finansieret og bemandet national koordinerende organisation på tobaks- og sundhedsområdet
- Monitorering af udviklingen i rygning og anden

tobaksbrug, tobaksrelateret sygdom og effekten af den nationale tobaksforebyggelse

- Effektiv beskyttelse mod passiv rygning i transportmidler, det offentlige rum og på arbejdspladser
- Røgfri sundhedsinstitutioner og sundhedspersonale, som viser et godt eksempel ved ikke selv at ryge og som gennem deres egen baggrund og uddannelse samt lobbyvirksomhed understreger fordelene ved et røgfrit liv
- Tobaksafgifter, som øges hurtigere end udviklingen i priser og indkomster
- En del af tobaksafgiften anvendes til tobaksforebyggelse og til at sponsorere sport og kulturelle arrangementer
- Forbud mod alle former for tobaksreklame, markedsføring og sponsorater
- Lovkrav om stærke og varierede advarsler på cigaretpakker
- Restriktioner for tilgængelighed til tobak, inklusive et forbud mod salg af tobak til unge
- Begrænsning af tjære og nikotinindhold i fabriksfremstillede cigaretter
- Pligt til at indberette niveauet af giftige indholdsstoffer i røgen fra fabriksfremstillede tobaksprodukter

For alle internationale anbefalinger såvel som for The Framework Convention har rygeafvænnning en væsentlig plads på listen over metoder og virkemidler til begrænsning af tobaksskader. I The Framework Convention handler artikel 14 "Efterspørgselsreducerende metoder vedrørende tobaksafhængighed og rygeafvænnning" om rygeafvænnning:

Hver part (nation) skal udvikle og formidle velegnede, omfattende og integrerede retningslinier baseret på videnskabelig evidens og best practices, under hensyn til nationale omstændigheder og prioriteringer, og skal tage effektive metoder i brug til at fremme rygestop og velegnede metoder til behandling af tobaksafhængighed.

For at nå dette mål skal hver part stræbe imod:

- Designe og implementere effektive programmer for rygestop på steder som dannelsesinstitutioner, sundhedsvæsenet, arbejdspladser og sportsfaciliteter.
- Indarbejde diagnoser, behandling og rådgivning af tobaksafhængighed i nationale sundheds- og uddannelsesprogrammer, planer og strategier med deltagelse af sundhedsprofessionelle og andre relevante faggrupper.
- Etablere programmer til diagnosticering, rådgivning, forebyggelse og rygeafvænning i sundhedsvæsenet, sundheds- og rehabiliteringscentre.
- Samarbejde med andre parter for at fremme adgang og økonomisk mulighed for rygeafvænning herunder brug af farmakologiske produkter.

Det kan altså ikke understreges nok, at en succesfuld tobaksforebyggelse bygger på en bred vifte af interventioner, der indbyrdes støtter hinanden. Interventioner, som spænder fra individuel rådgivning og farmakologisk behandling til lovgivning og regulering på nationalt og internationalt niveau. Som det fremgår af ovenstående, indgår rygestop og rygeafvænning som en begrænset men væsentlig del af en samlet tobaksforebyggelse. Rygestop har en væsentlig funktion i at nedbringe den samlede andel af rygere i befolkningen. Hertil kommer, at der ved rygestop er umiddelbare sundhedsgvinster både for den enkelte og for samfundet. Et rygestop medfører, at rygerens øgede risiko for tobaksrelateret sygdom og død, fra dag til dag ændres fra en stadig stigende risiko til en stadig reduceret risiko. Selv når en person har udviklet en tobaksrelateret sygdom, vil et rygestop i de fleste tilfælde medføre bedre behandlingsresultater og sikre en bedre prognose.

Fokus på at fremme rygestop i Den gode regionale model for rygeafvænning

Den gode regionale model for rygeafvænning har fokus på et enkelt indsatsområde i tobaksforebyggelse: at "fremme rygestop". Denne afgrænsning i forhold til en samlet tobaksforebyggende indsats skyldes udelukkende, at Nationalt Center for Rygestop af sit kommissorium er begrænset til at beskæftige sig med rygestop. Det er arbejdsgruppens håb, at Den gode regionale model for rygeafvænning vil bidrage til en opkvalificering af rygeafvænningsindsatsen i landets regioner/kommuner. I det omfang det lykkes, kan det stimulere behovet og interessen for et planlægningsværktøj, der på længere sigt også omfatter forebyggelse af rygestart og fremme af røgfri miljøer.

Nødvendigt med forskellige metoder og virkemidler

Den motiverende indsats i forhold til rygestop omfatter en bred vifte af metoder og virkemidler, som det fremgår af figur 1 (side 2). De motiverende indsatser for rygeafvænning – skabelse af røgfri miljøer, information, oplysning og rådgivning samt udbygning og markedsføring af rygeafvænnings tilbud – er af meget væsentlig betydning for rygestop. Dette fremgår af tabel 1.

Tabel 1. Rygestopaktivitet 2002 (8, 9, 10, 11, 12)

	Forsøgte sidste år	Rygeafvænning	%
Danmark	26%		
Storstrøm	28%	0,6%	2,1%
Ringkøbing	17%	0,5%	2,9%
København	27%	0,8%	3,0%

Det ses af tabel 1, at mellem 17 og 28% af rygerne i henholdsvis Danmark under et og i de tre amter (Storstrøm, Ringkøbing og Københavns Kommune) forsøgte at holde op med at ryge i 2002 ("Forsøgte sidste år"). Det fremgår videre, at mellem 0,5 og 0,8% af de rygere, der forsøgte at holde op i 2002, benyttede sig af et amtsligt rygeafvænningsstilbud ("Rygeafvænnning"). Det svarer til, at 2-3% af de rygere, der forsøgte at holde op i de tre amter, benyttede sig af et formaliseret amtsligt tilbud. Det vides ikke, hvor mange, der benyttede sig af andre former for rygeafvænnning som f.eks. nikotinpræparater som håndkøbspræparat, selvhjælpsmateriale eller anden form for hjælp og støtte.

Den relativt store spontane rate for rygestop i befolkningen må tilskrives en samlet påvirkning af en lang række motiverende faktorer. Altså må en indsats for at fremme rygestop indebære andet og mere end rygeafvænningsstilbud.

Rygning som afhængighed

Rygeafvænningsstilbud har sin store berettigelse for den gruppe rygere, som er afhængige af rygningen og derfor har vanskeligt ved at stoppe og/eller har brug for at udvikle personlige kompetencer til at håndtere de vanskeligheder, der for mange rygere er forbundet med et rygestop.

Selv om flertallet af rygere, som holder op med at ryge, gennemfører dette på egen hånd og uden formel behandling, så har en stor gruppe rygere behov for hjælp og støtte til at gennemføre et rygestop.

Rygning er internationalt anerkendt som en afhængighedstilstand. De amerikanske sundhedsmyndigheder udgav i 1988 en banebrydende rapport, som på baggrund af et omfattende dokumentationsmateriale konkluderede:

1. "Cigaretter og andre former for tobak er afhængighedsskabende
2. Nikotin er det stof i tobakken, som skaber afhængigheden
3. De farmakologiske og adfærdsmæssige processer, som fører til afhængighed, svarer til dem, som fører til afhængighed af stoffer som heroin og kokain" (13).

Med udgangspunkt i blandt andet denne rapport er rygning optaget i internationalt anvendte sygdomsoversigter og diagnoselister med en diagnose for afhængighed af tobak og en diagnose for nikotinabstinens på linie med afhængighed af alkohol og stoffer (14, 15).

Der er således international faglig konsensus om, at rygning kan defineres som et alvorligt afhængighedsforhold. Dette understreger behovet for et behandlingstilbud om rygeafvænnning til mange af de rygere, der ønsker at holde op med at ryge.

Rygeafvænnning – kliniske tilbud og lavintensive tilbud

Metoder til rygeafvænnning kan kategoriseres i to tilgange efter deres rækkevidde, kliniske tilbud og lavintensive tilbud. Den principielle forskel mellem kliniske og lavintensive tilbud er, at de kliniske tilbud i udgangspunktet er rettet til individer og grupper, mens lavintensive tilbud i princippet er rettet til populationer af rygere.

Kliniske tilbud

De kliniske tilbud omfatter individuel rygeafvænnning og rygeafvænnning i grupper, som er baseret på personlig kontakt med en specialuddannet instruktør. De kliniske tilbud er relativt intensive i tidsforbrug og kontakt mellem ryger og instruktør. De kliniske rygeafvænningsstilbud har på baggrund

af deres varighed og brug af specialuddannet personale en begrænset rækkevidde i forhold til den brede population af rygere. Til gengæld har de kliniske tilbud typisk en høj effekt, målt på rygestop ved opfølgning efter 6 eller 12 måneder.

Lavintensive tilbud

Lavintensive tilbud adskiller sig fra de kliniske tilbud ved en kortere og mindre intensiv kontakt mellem ryger og instruktør. I visse tilfælde er rygeren helt uden kontakt med fagpersoner. Lavintensive tilbud omfatter telefonisk rådgivning om rygeafvænning, kortfattet rådgivning fra sundhedspersonale ("brief intervention"), selvhjælpsmateriale i trykt form (rygestopguide) eller på internettet, Kvit og Vind konkurrencer og brug af nikotinpræparater som håndkøbsprodukt. Disse metoder er baseret på kortvarig eller ingen personlig kontakt mellem ryger og sundhedspersonale. Lavintensive tilbud har den fordel, at de potentielt har en betydeligt større rækkevidde i forhold til den rygende del af befolkningen, end de kliniske tilbud har. Omvendt har lavintensive tilbud typisk en lavere effekt målt på rygestop ved opfølgning efter 6 eller 12 måneder.

Effekt og impact

For at sammenligne betydningen af de to tilgange til rygeafvænning kan begrebet impact (virkning) bruges (16). Impact defineres som: (effekt x deltagelse) = impact.

De mere effektive kliniske interventioner kan have en effekt på 20-30% røgfri deltagere efter 12 måneder, mens deltagerraten typisk ikke overstiger ca.1% af rygerne i en population.

Selvhjælpsmateriale kan have en effekt på 10-20% stoprate efter et år, men kan nå 4-5% af rygerne. En

indsats med kort rådgivning i almen praksis har en effektrate på 5-12% efter et år, men kan nå op til 70% deltagerrate på et år. (17)

Tabel 2. Efter (16)

Intervention	Effekt	Deltagelse	Impact
Rygeafvænningsklinik	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 i form af kortfattet lægelig rådgivning suppleret med nikotinsubstitution kan med en effekt, som er lavere end effekten for rygeafvænning på en rygeafvænningsklinik, have en 15 gange så stor påvirkning. Dette skyldes en større deltagelse (her 30% deltagelse som regneeksempel) i interventionen.

Rygeafvænningsmetoder i Danmark

Fra midten af 1990'erne er der i et flertal af de danske amter opbygget rygeafvænningsstilbud både til den generelle befolkning og til særlige risikogrupper. Der er dog stor forskel på, hvordan rygeafvænningsstilbud er organiseret i amterne, ligesom der er stor variation i omfanget af indsatsen. Der er også en vis spredning i valg af målgrupper, aktører og arenaer.

Med hensyn til valg af metoder til rygeafvænningen er der større ensartethed amterne imellem. Der er udviklet danske standarder for rygeafvænnning i grupper og individuel rygeafvænnning, som

anvendes landet over. Se bilag 2: Notat vedr. kvalitetsstandard for individuel rygeafvænning og i grupper.

Disse metoder til rygeafvænning, som et flertal af landets offentlige udbydere af rygeafvænning tilbyder borgerne, tilhører kategorien kliniske tilbud – de har en høj effekt men en relativt ringe udbredelse.

I Danmark udbydes lavintensive metoder til rygeafvænning typisk af nationale aktører.

Sundhedsstyrelsen driver en telefonlinie (80 31 31 31) med mulighed for både at bestille skriftligt selv-hjælpsmateriale og få personlig rådgivning om rygeafvænning. Sundhedsstyrelsen står også bag det internetbaserede rygeafvænningsprogram www.drstop.dk.

Kræftens Bekæmpelses hjemmeside www.cancer.dk giver ligeledes mulighed for at rekvirere selv-hjælpsmaterialer og deltage i internetbaseret rygeafvænningsprogram. Kræftens Bekæmpelse har også publiceret en guide, som kan anvendes til rådgivning i almen praksis (19).

Til brug i sygehusvæsenet har Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark og Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse udviklet materialer om rygeophør på sygehus, herunder om en systematisk indsats med forebyggelsessamtaler (20, 21).

Endelig kan det nævnes, at en lang række apoteker landet over rådgiver kunder i brug af nikotinpræparater som håndkøbsmedicin. Nikotinprodukter anbefales og/eller støttes økonomisk i begrænset omfang i en lang række rygeafvænnings-tilbud.

Der har i Danmark ikke været satset i væsentlig grad på lavintensive tilbud i forhold til rygeafvænning. Tilsvarende har de nationale lavintensive rygeafvænningsstilbud som hovedregel ikke været systematisk markedsført i stor skala, og deres brug må derfor siges at være underudnyttet i Danmark. WHO anbefaler brugen af en bred vifte af både kliniske og lavintensive tilbud inden for rygeafvænningsmetoder (22)

Reaktiv og proaktiv rekruttering

Reaktiv rekruttering består i at tilbud om rygeafvænning markedsføres på forskellig vis. De rygere, som bliver opmærksomme på tilbudet, og som samtidig er motiverede for et rygestop i umiddelbar fremtid, kan så melde sig til en rygeafvænningsaktivitet. Den del af den rygende population, (som befinder sig i forberedelsesstadiet i “stages of change modellen for adfærdsændring” (23), udgør en begrænset del af den rygende population. I Danmark udgør de ca. 15% af samtlige rygere (8), hvorfor rækkevidden ved reaktiv rekruttering er begrænset og interventionernes impact også begrænses.

Proaktiv rekruttering er opsøgende henvendelse til alle rygere. Det kan foregå f.eks. ved direct mail eller telefonisk udringning fra en telefonservice. En systematisk indsats i sundhedsvæsenet, hvor der spørges til patienternes rygevaner, rådgives om rygestop og henvises til rygeafvænning, hvis patienten ønsker det, kan også karakteriseres som proaktiv rekruttering. En proaktiv rekruttering til rygeafvænning skaber mulighed for at nå langt flere rygere end en reaktiv rekruttering. Dermed er der mulighed for en langt større impact.

Indikatormodellen

Den gode regionale model for rygeafvænning omfatter elementerne målgrupper, aktører, arenaer og metoder.

Indikatormodellens fundament er målgrupper. Baggrunden er, at den centrale problemstilling for planlæggere og beslutningstagere på både nationalt og regionalt plan er, hvilket serviceniveau man som region/kommune vil stille til rådighed for borgerne på sundhedsområdet. Indikatormodellen indeholder foruden målgrupper også indsatsen mod social ulighed i sundhed og en udviklingsdimension.

Tre trin i indsatsen

I indikatormodellen angives tre trin (trin 1, 2 og 3) for den regionale/kommunale indsats på rygeafvænningsområdet for hver målgruppe. De tre trin er markeret med stigende farveintensitet (lys- mellem- og mørkeblå) i den grafiske fremstilling, og hvert trin tildeles et pointtal.

■ TRIN 1 (den lyseblå) betegner den minimumsindsats, der berettiger, at en region kan siges at have en indsats for målgruppen.

■ TRIN 2 (den mellemblå) betegner en veludviklet indsats overfor målgruppen.

■ TRIN 3 (den mørkeblå) betegner en ambitiøs og optimal indsats.

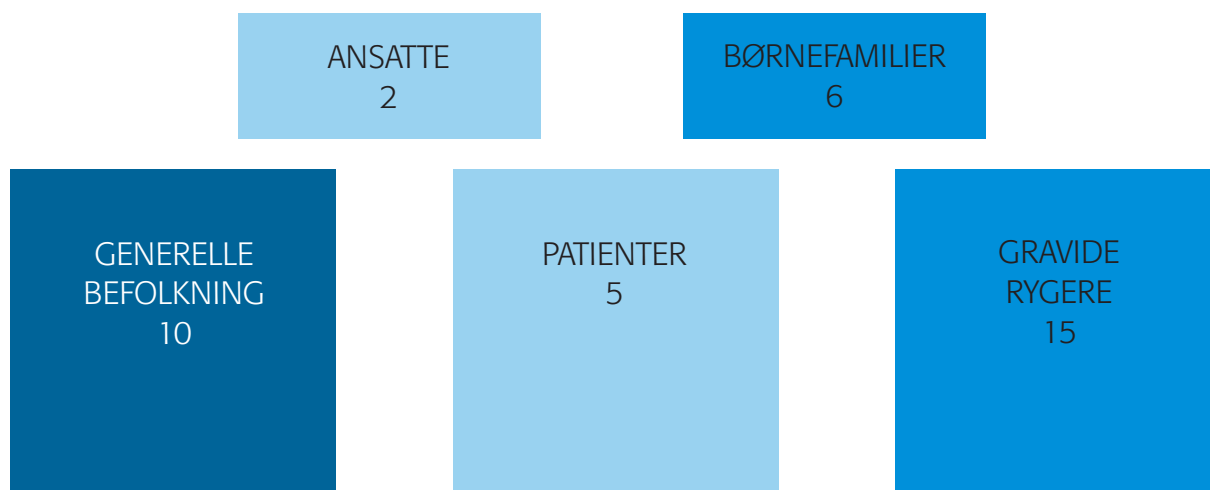


Fig. 2. Indikatormodel: Den gode regionale model for rygeafvænning

Indikatormodellens målgrupper

I den gode regionale model indgår i alt fem målgrupper. Målgrupperne er delt i to hold (hold I og hold II), som tillægges forskellig vægt og dermed forskellige pointtal for de tre trin i rygeafvænningsindsatsen.

- Hold I er de tre væsentligste målgrupper, de målgrupper som udgør fundamentet for opbygning af rygeafvænningsstilbud i en region/kommune. Det er **Den generelle befolkning**, **Patienter** og **Gravide rygere**. Disse tre grupper er sidestillede i prioritet, og betragtes som lige vigtige at etablere tilbud til. Hver af disse målgrupper tildeles 5 point pr. trin, så trin 1 (lyseblå) giver 5 point, mens trin 3 (mørkeblå) giver 15 point. For disse målgrupper foreligger internationalt evidensbaserede anbefalinger for implementering af rygeafvænnning (23).
- Hold II omfatter målgrupperne **Ansatte** (arbejdspladser) og **Børnefamilier**. Disse målgrupper er sidestillede i prioritet og det er lige vigtigt at udvikle rygeafvænningsstilbud til disse. Målgrupperne i hold II tildeles to point for trin 1 (lyseblå) fire point for trin 2 (mellemlå) og seks point for trin 3. Disse målgrupper er medtaget i modellen på baggrund af drøftelser og konsultationer i forebyggelsesmiljøet, herunder Netværket af tobaksnøglepersoner i amterne og Forum for Amtslige Forebyggelseskonsulenter.

Udviklingsarbejde

Det er væsentligt, at der også regionalt finder udviklingsarbejde sted på rygeafvænningsområdet, når denne del af forebyggelsen skal løftes. På metodesiden findes der international dokumentation for effekten af en række rygeafvænningsmetoder,

som kan anvendes generelt. Der er dog stadig udfordringer i form af metodeudvikling til særlige målgrupper som f.eks. unge og særlige sociale grupper. Der er også et behov for en regional/kommunal udvikling af lavintensive rygeafvænnings-tilbud i lokalområderne.

Med hensyn til implementering af rygeafvænnning (og tobaksforebyggelse generelt) er der behov for udvikling af indsatsen i forhold til unge, rollemodeller, børnefamilier, patienter og særlige sociale grupper.

Foruden disse forhold, som umiddelbart springer i øjnene, er der et behov for at udvikle flerstrengede indsatser, hvor rygeafvænnning systematisk spiller sammen med indsatser for at fremme røgfri miljøer og forebyggelse af rygestart.

Indikatormodellen indeholder et udviklingsselement. Et amt kan således få point for en (eller flere) udviklingsindsats(er) af en vis størrelsesorden. Kriterierne for at et udviklingsarbejde kan tælle i indikatormodellen er: Mindst et halvt årsværk i mindst et år, eller et budget for indsatsen på mindst 500.000 kr.

Social ulighed

Social ulighed i sundhed er en af de væsentlige udfordringer i forebyggelsen og ikke mindst med hensyn til rygeafvænnning.

Rygningen er ulige socialt fordelt, men det er også velkendt, at sygdom generelt ligeledes er socialt ulige fordelt i befolkningen. Der vil således være store sundhedsmæssige gevinster ved øget rygestop til de socioøkonomisk dårligst stillede borgere. Regeringens sundhedsprogram nævner da også de sociale forskelle i rygning som en af de fælles

udfordringer. Der er igennem de seneste årtier sket væsentlige forskydninger i andelen af rygere mellem sociale grupper. I dag er andelen af rygere i lavere sociale grupper markant højere end i højere sociale grupper. Samtidig har antallet af rygere, som stopper med at ryge været – og er fortsat – højere blandt de højere sociale grupper.

Den sociale ulighed i rygning kan anskues på flere måder:

- Der er dobbelt så mange, der ryger blandt de lavest uddannede som blandt de højest uddannede.
- Dagligrygerne på det højeste uddannelsesniveau har et markant lavere tobaksforbrug og en lavere andel af storrygere (>15 cigaretter pr. dag).
- Blandt personer i erhverv er der markant flere dagligrygere blandt ufaglærte (48%) end blandt funktionærer og tjenestemænd (25%).
- Blandt kontanthjælpsmodtagere ryger 75% dagligt.
- Der er markant flere dagligrygere blandt personer, der bor i lejebolig end blandt personer, der bor i ejerbolig.
- Der er en klar sammenhæng mellem belastende livsomstændigheder og daglig rygning, sådan at antallet af rygere stiger med graden af belastende livsomstændigheder.
- Der er klare forskelle i ophørsraten blandt grupper med forskelligt uddannelsesniveau, sådan at ophørsraten er væsentlig større blandt personer med det højeste uddannelsesniveau.

- Ønsket om at holde op er lige stort for alle uddannelsesniveauer – f.eks. ønsker 51% af ufaglærte arbejdere at stoppe med rygningen.

På trods af en overbevisende dokumentation for behovet for en særlig indsats i forhold til social ulighed, er det et område som (også) hvad angår rygeafvænning er svagt udviklet i dansk forebyggelse.

Indikatormodellen indeholder ikke en eller flere målgrupper, der defineres som særlige sociale grupper. I stedet opfordrer modellen til, at social ulighed får særlig opmærksomhed i forhold til alle de valgte målgrupper.

Indikatormodellen giver derfor bonuspoint for en målrettet indsats mod social ulighed i form af et ekstra trin.

Eksempel: Hvis en indsats rettet mod ansatte på arbejdspladser har særligt fokus på virksomheder med kortuddannede og ufaglærte, tildeles ekstra 2 point oven i de point, som indsatsen ellers berettiger til. Hvis en indsats overfor ansatte opfylder kriterierne for trin 1 (= 2 point), og desuden har et særligt socialt sigte, giver indsatsen altså point svarende til trin 2 (= 4 point).

Sygdom er socialt ulige fordelt. Systematisk implementerede rygeafvænningsstilbud til patienter er derfor implicit en indsats overfor social ulighed. I målgruppen Patienter vil opfyldelse af kriterierne for at være på trin 1 (= 5 point) eller trin to (= 10 point) derfor tillægges yderligere 5 point for den sociale dimension. Ligeledes vil en systematisk indsats overfor psykiatriske patienter give sociale bonuspoint.

Indikatormodellens point

En region/kommune kan således score fra 0 point (for ingen eller utilstrækkelige rygeafvænnings tilbud til borgerne) til 57 point for den fuldt udbyggede og optimale indsats på rygeafvænningsområdet.

Bilag 1 *Kriterier og indikatorer for point i indikatormodellen* indeholder forslag til realistiske kriterier for pointtildeling i indikatormodellen, baseret på konkrete praktiske erfaringer og kvalitetsstandarder.

Regionens samlede indsats på rygeafvænnning

Den samlede score for hele den regionale indsats overfor alle målgrupper fås ved at lægge point sammen.

■ **Trin I** (lyseblå). Her skal regionen opnå mindst 20 point. Kun point fra indsatsen overfor målgrupperne i Hold I (Den generelle befolkning, Patienter og Gravide rygere tæller på trin I).

■ **Trin II** (mellemblå) her skal regionen have mere end 35 point samlet for alle målgrupper.

■ **Trin III** (mørkeblå). For at nå højeste trin i den samlede indsats, skal regionen opnå en samlet pointsum på mere end 45.

National monitoring

Scoren fra landets regioner kan lægges ind på et landkort og give en oversigt over den nationale udvikling af rygeafvænnning, som fig. 3 viser.

Det skal bemærkes, at der er tale om et teoretisk eksempel, og de angivne farvekoder er således ikke udtryk for de faktiske forhold i regionerne.



Fig. 3. Status på rygeafvænningsindsatsen i landets regioner (konstrueret eksempel)

Målgrupper

Valg af målgrupper

Målgrupperne i modellen er valgt ud fra det princip, at der skal være åbne tilbud til alle rygere, der ønsker at stoppe, samt særligt målrettede og op-søgende tilbud til en række særlige grupper.

Ideelt set kan man anlægge flere kriterier for valg af målgrupper og en prioritering mellem målgrupperne for en regional/kommunal indsats på rygeafvænning. Et væsentligt kriterium er omkostnings-effektivitet. Hvor får man mest rygestop for pengene? Får man flere rygestop for en given sum, hvis midlerne bruges på en målgruppe frem for en anden?

Et andet kriterium er af sundhedsfaglig karakter. Hvor får man mest sundhed (og sparede sundhedsudgifter) for pengene? Er der større gevinst ved at tilbyde unge mennesker rygeafvænning end midaldrende? Hvad er sundhedsgevinsten ved rygeophør hos henholdsvis raske og allerede syge rygere?

En rationel baggrund for valg af målgrupper og prioritering imellem dem, med hensyn til rygeafvænning, vil basere sig på en kombination af de to ovenstående kriterier.

En sådan rationel vurdering skal suppleres med mere bløde værdier om social ulighed og fri og lige adgang til sundhedsydelser, for at afbalancere valget af målgrupper.

Det er her værd at bemærke, at der kan være en modsætning mellem de rationelle valg af målgrupper (mest muligt for pengene) og de mere bløde værdier (indsats mod social ulighed). En indsats

rettet mod særlige sociale målgrupper, som kan være vanskelige at få i tale og som har få personlige og sociale ressourcer, vil typisk ikke være lige så effektiv som en indsats, der er rettet mod mere ressourcestærke målgrupper. Der må altså i planlægningen af rygeafvænningsindsatsen ske nogle afvejninger og prioriteringer af politisk og social karakter.

Baggrund for valg af målgrupper

Der findes på nuværende tidspunkt ikke datamateriale, der kan danne udgangspunkt for en rationel beslutning om valg og prioritering af målgrupper. Det bør derfor være en ambition, at fremtidige rygeafvænningsprojekter i Danmark evalueres ikke blot på effekt (antal rygestop) men også på variable udgifter pr. rygestop. Herved kan data vedrørende omkostnings-effektiviteten i forhold til rygeafvænning af forskellige målgrupper skaffes til veje på sigt.

Af mangel på et egentligt sundhedsøkonomisk rationelt beslutningsgrundlag tager "den gode regionale model for rygeafvænning" i første omgang afsæt i en pragmatisk afbalancering mellem en række parametre:

- Nationale retningslinier (f.eks. Sundhedsstyrelsens retningslinier for svangreomsorg (26), samt internationale retningslinier og anbefalinger (23).
- Volumen – målgruppens størrelse – er en væsentlig faktor, når rygeafvænning skal nå bredt ud og have stor impact.

- Sundhedsmæssige overvejelser, som ved ryge-relaterede sygdomme og graviditet er taget i betragtning.
- Eksistensen af relevante aktører og arenaer, hvor rygeafvænning kan tilbydes målgruppen, er en forudsætning for at opbygge og vedligeholde et tilbud om rygeafvænning.
- Målgruppens strategiske betydning i tobaksforebyggelse overfor andre målgrupper.
- Der skal være en vis fleksibilitet for den enkelte region/kommune for at tilrettelægge indsatsen efter lokale forhold f.eks. af politisk art.
- Erfaringer fra allerede etablerede tilbud om rygeafvænning i amterne og i sundhedsvæsenet.

Ud fra en afvejning af ovenstående parametre er valgt følgende målgrupper:

- Den generelle befolkning (som i princippet omfatter alle øvrige målgrupper)
- Patienter (primær og sekundær sundhedssektor)
- Gravide rygere
- Ansatte (arbejdspladser)
- Børnefamilier

De tre første målgrupper, Hold I: **den generelle befolkning, patienter og gravide rygere** betragtes som ligestillede og som det grundlæggende fundament for opbygning og udvikling af rygeafvæningstilbud i en region/kommune. Disse målgrupper vægtes derfor højest i "den gode regionale model".

Der foreligger internationalt en omfattende dokumentation for effekten af interventioner overfor disse målgrupper. Denne dokumentation danner baggrund for internationale anbefalinger om at iværksætte en indsats (23).

Det er ikke muligt på baggrund af vores nuværende viden at prioritere mellem de efterfølgende målgrupper, Hold II: **ansatte og børnefamilier**.

Disse målgrupper tillægges derfor lige stor vægt i "den gode regionale model". Målgrupperne er valgt på baggrund af dialog og konsultationer med forebyggelsesmiljøet. Der har været dialog med Forum for Amtslige Forebyggelseskonsulenter, Det amtslige netværk af tobaksnøglepersoner, Interessegruppen for rygestop på sygehus, Referencegruppen for rygning, gravide og småbørnsforældre, ligesom modellen har været præsenteret på en række møder og konferencer i forebyggelsesmiljøet.

Referencer

- 1: **Sund hele livet** – de nationale mål og strategier for folkesundhed. Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2003
- 2: U.S. Department of Health and Human Services. **Reducing Tobacco use**. A Report of the Surgeon General, Atlanta 2000
- 3: WHO **The Framework Convention on Tobacco Control**
(www.who.int/tobacco/framework/text/final/en)
- 4: **Guidelines for Controlling and Monitoring the Tobacco Epidemic**. WHO, Geneve 1998
- 5: **Curbing the Epidemic**. Governments and the Economics of Tobacco Control. A World Bank Publication, Washington 1999
- 6: **Tobacco or Health**. Past Present and Future. The Aspect Consortium. EU-Kommissionen, 2004
- 7: www.who.int/features/2003/08en
- 8: **Monitorering af danskernes rygevaner 2002**. PLS Rambøll for Sundhedsstyrelsen, Hjerteforeningen, Kræftens Bekæmpelse og Danmarks Lungeforening, 2002
- 9: **Monitorering af danskernes rygevaner 2002**. PLS Rambøll for Ringkjøbing Amt, 2002
- 10: **Monitorering af danskernes rygevaner 2002**. PLS Rambøll for Storstrøms Amt, 2002
- 11: **Monitorering af danskernes rygevaner 2002**. PLS Rambøll for Københavns Kommune, 2002
- 12: **Meddelt af Ringkjøbing og Storstrøms Amter og Københavns Kommune**.
- 13: U.S. Department of Health and Human Services. **Nicotine Addiction**. A Report of the Surgeon General, Maryland 1998
- 14: **WHO International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD 10)**. WHO geneve 1992
- 15: **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV)**. American Psychiatric Association, Washington 1994
- 16: Velicher & DiClemente: **Understanding and intervening with the total population of smokers**, Tobacco Control 2, 1993
- 17: Prochaska, Velicher, Fava et al.: **Evaluating a populations-based recruitment approach and stage-based expert system intervention for smoking cessation**. Addictive Behaviors 26 (4), 2001
- 18: Velicher & Prochaska: **An expert system intervention for smoking cessation**. Patient Education and Counseling 36, 1999
- 19: **Ryger du?** Vejledning til rygestop I almen praksis. Kræftens Bekæmpelse, 2002
- 20: **Rygeophør på sygehus**. Fakta, metoder og anbefalinger. Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse og Netværket af forebyggende sygehuse i Danmark, 2001
- 21: **Systematisk indsats med forebyggelsessamtaler om tobak**. Metoder og redskaber til brug for sundhedspersonalet. Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse
- 22: **Fremtidens rygeafvænning I Danmark**. Rapport fra et rygestopseminar afholdt den 28. maj 2002 i København. Nationalt Center for Rygestop, 2002
- 23: Prochaska & DiClemente: **Towards a comprehensive model of change**. I Miller & Heather (red.): Treating Addictive Behaviors. Processes of Change, Plenum Press, 1988

BILAG 1

Forslag til kriterier og indikatorer for point i indikatormodellen

Det er nødvendigt at udvikle klare kriterier for de tre trin for rygeafvænning i "den gode regionale model". Der er i forslaget i så vidt omfang som muligt, taget udgangspunkt i at kriterierne for de tre trin for indsatsen skal kunne dokumenteres ved allerede tilgængelige metoder. Det vil sige, at data fra Rygestopbasen, Monitorering af danskernes rygevaner og MULD, sammenholdt med amternes egne nøgletal f.eks. fra det grønne system, sygesikringssystemet mv. skal være tilstrækkeligt til at monitorere regionens indsats på rygeafvænning.

Den følgende gennemgang af de enkelte målgrupper er opbygget således, at der først er en kort redegørelse for evidens og anbefalinger vedr. rygeafvænningsindsats overfor målgruppen. For hver målgruppe beskrives derefter for hvert trin – 1, 2 og 3 – af indsatsen, hvilke volumenmæssige kriterier, der skal være opfyldt på det pågældende trin

Kriterierne i indikatormodellen er fastsat på baggrund af meget forskelligt baggrundsmateriale. Der er stor forskel på mængden af empirisk materiale fra indsatser rettet mod de forskellige målgrupper. Der har f.eks. kørt mange indsatser rettet mod den generelle befolkning, men kun meget få rettet mod f.eks. målgruppen børnefamilier. Bl.a. denne forskel i tilgængelige erfaringer fra de forskellige målgrupper fordrer brug af forskelligt baggrundsmateriale for at fastsætte kriterierne for de forskellige trin af indsatserne for forskellige målgrupper.

Overordnede forudsætninger for den gode regionale model

En overordnet forudsætning for alle niveauer af tilbud om rygeafvænning er tilstedeværelsen af en Regional eller anden organisering med personale afsat til planlægning og organisering af regionens indsats. Det er videre en forudsætning, at der i regioner og kommuner er afsat økonomiske midler specifikt til tobaksforebyggelse.

Det er ligeledes en generel forudsætning for monitorering af indsatsen, at regioner og kommuner regelmæssigt deltager i regionale rygevanemonitoreringer, MULD undersøgelse, samt at rygeafvænningsstilbud tilmeldes Rygestopbasen. Alternativt skal der opstilles andre monitoreringsværktøjer.

Kriterier

Den generelle befolkning

Rygeafvænningsstilbud til den generelle befolkning omfatter de åbne borgertilbud, i mange amter har det været organiseret ved en driftsaftale med en række lokale apoteker. Det åbne borgertilbud er tilgængelige for alle borgere og findes i lokalområderne, dermed er en motiveret ryger ikke afhængig af at befinde sig i en bestemt organisatorisk sammenhæng. Der er således med de åbne borgertilbud sikret lige adgang til rygeafvænning for alle borgere.

Et åbnet rygeafvænningsstilbud til den generelle befolkning kan fungere som henvisningssted for sundhedspersonel og andre aktører som arbejder med de øvrige målgrupper, hvor der endnu ikke er etableret særlige tilbud.

I regeringens sundhedsprogram "Sund hele livet" er rygning en af de væsentlige risikofaktorer og det sundhedspolitiske mål er at: "Antallet af rygere skal reduceres markant. Dels gennem rygestop, dels gennem begrænsning af antal nye rygere." I strategien for at nå dette mål nævnes "information, rådgivning og rygestop bl.a. gennem professionel rygeafvænning for rygere i risikogrupper, herunder storrygere" og endelig hedder det om rygestoptilbud "det handler derfor om at tilvejebringe tilbud der hvor rygerne er, og i de livssituationer, hvor de er motiverede for at tage imod dem".(1)

- Internationale anbefalinger peger på, at udbydere af sundhedsydelser bør stille rygeafvænningsmetoder med dokumenteret effekt til rådighed for befolkningen: "Rygeafvænningsmetoder anbefales som en særdeles kost-effektiv måde at reducere forekomsten af en række sygdomme og til at forlænge liv".
- "Tilrettelæggelsen af den optimale kombination af rygeafvænningsstilbud vil være afhængig af lokale forhold, men det anbefales at lægge størst vægt på de aktiviteter, hvor den videnskabelige dokumentation er størst".
- 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 rygeafvænningsklinik. Rådgivningen bør lægge vægt på psykosocial støtte med henblik på adfærd ændringer, som støtter op om rygeophøret.
- Det anbefales, at der gives mulighed for rygeafvænning både individuelt og i grupper.
- Det anbefales, at der tilrettelægges rygeafvænningskurser omfattende 5 møder à ca. 2 timers varighed over en periode på ca. 6 uger.
- I forbindelse med rygeafvænningskurser anbefales det, at der informeres om nikotinsubstitution og bupropion samt instrueres i brug af præparaterne.
- Det anbefales, at rygeafvænningsklinikker og andre former for intensiv rygeafvænning bemannes med specialuddannede rygeafvænningsinstruktører, der er fast ansat til rygeafvænning, således at rygeafvænningsopgaven ikke skal kombineres med andre funktioner med risiko for at blive tilsidesat.

■ TRIN 1

- Der er etableret åbne tilbud om rygeafvænning, tilgængelige for den generelle befolkning i lokalområderne.
- 0,4% af regionens rygere benytter årligt et lokalt baseret rygeafvænningsstilbud.
- 0,8% af regionens rygere henvender sig årligt til et lavintensivt tilbud om rygeafvænning (telefonrådgivning, netbaseret rådgivning, skriftligt selvhjælpsmateriale).

■ TRIN 2

- 0,8% af regionens rygere benytter årligt af et lokalt baseret borgertilbud.
- 1,5% af regionens rygere henvender sig årligt til et lavintensivt tilbud om rygeafvænning.

■ TRIN 3

- 1,0% af regionens rygere benytter årligt af et lokalt baseret borgertilbud.
- 2,0% af regionens rygere henvender sig årligt til et lavintensivt tilbud om rygeafvænning.

(Kriterierne er for de åbne borgerkurser er baseret på opgørelser og praktiske erfaringer i amterne – for de lavintensive rygeafvænningsmetoder er kriterierne tentative)

Patienter

Rygeafvænningsstilbud til patienter falder indenfor tre indsatsområder, det somatiske sygehusvæsen, almen praksis og psykiatriske patienter. Kun de to første er behandlet her, idet en behandling af det psykiatriske område afventer konkrete erfaringer og en nærmere analyse. Det er imidlertid ambitionen, at også det psykiatriske område på sigt inddrages i modellen.

Rygning er årsag til eller medvirkende årsag til en lang række sygdomme, ligesom rygning i en række tilfælde forringer behandlingseffekten og har negativ betydning for prognosen.

I regeringens sundhedsprogram "Sund hele livet" er der udover den generelle forebyggende indsats overfor rygning som nævnt ovenfor, også lagt vægt på rehabilitering og sekundær forebyggelse af en række folkesygdomme (aldersdiabetes, forebyggelige kræftsygdomme, hjerte-karsygdom, knogleskørhed, muskel-skeletlidelser, overfølsomhedssygdomme, psykiske lidelser og rygerlunger). For en række af disse sygdomme spiller rygning en afgørende rolle i udviklingen af sygdommen og et rygestop har væsentlig betydning for rehabilitering og sekundær forebyggelse. I programmet hedder det bl.a. "Når det gælder langvarigt og kronisk syge spiller sundheds- og socialvæsenet en særlig rolle. For mange af programmets otte folkesygdomme gør sygdommen det nødvendigt at patienten lægger sit liv om og ændrer livsstil... Sundheds- og socialvæsenet indtager en vigtig rolle ved at være med til at skabe rammer og forudsætninger for at den enkelte kan vælge sundt og leve sundt med sin sygdom".

Kontakten med sundhedsvæsenet giver unikke muligheder for sundhedspersonalet for at oplyse og rådgive personaliseret og relevant om rygnings

sundhedsskadelige virkninger og betydningen af et rygestop samt henvisning til rygeafvænnings.

Nationale og internationale retningslinier og anbefalinger peger på, at en systematisk indsats i sundhedsvæsenet er af afgørende betydning:

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at: "Hvis du ryger, skal du forud for en operation holde mindst 8 uger pause" og "Efter operationen skal du ikke ryge i 4-8 uger, men det er bedst at slutte helt"

Lov om patienters retsstilling siger ikke direkte noget om rygeafvænnings, men i § 7 siges det

"Patienten har ret til at få information om sin helbredstilstand og om behandlingsmulighederne, herunder om risiko for komplikationer og bivirkninger"

§ 7, Stk. 4 i Lov om patienters retsstilling siger videre: "Informationen skal omfatte oplysninger om relevante forebyggelses-, behandlings- og plejemuligheder, herunder oplysninger om andre, lægeligt forsvarlige behandlingsmuligheder, samt oplysninger om konsekvenserne af, at der ingen behandling iværksættes. Informationen skal være mere omfattende, når behandlingen medfører nærliggende risiko for alvorlige komplikationer og bivirkninger" samt i stk.5:

"Skønnes patienten i øvrigt at være uvidende om forhold, der har betydning for patientens stillingstagen, jf. § 6, skal sundhedspersonen særligt oplyse herom, medmindre patienten har frabedt sig information, jf.stk.2".

Internationale anbefalinger vedrørende patienter siger på almen praksis området:

- Det anbefales at alle praktiserende læger benytter enhver given lejlighed til overfor patienten at spørge til og registrere rygestatus, samt at opdatere patientjournaler vedrørende rygestatus.

- Anvendelse af systematiske screeningsprocedurer, såsom et selvstændigt felt vedrørende rygestatus i patientjournalen eller anvendelse af andre påmindelsesprocedurer f.eks. påklstring af mærkater på patientjournalen eller "pop-up" påmindelser i elektroniske patientjournaler sikrer rutinemæssig registrering af rygestatus
- Det anbefales, at den praktiserende læge kort informerer om fordelene ved et rygestop tilpasset den enkelte patient med udgangspunkt i den enkeltes 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.
- 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 rygeafvænningscenter
- Det anbefales, at der aftales et opfølgende møde, hvis det er muligt.
- 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.
- Rygeafvænnning på sygehus er dokumenteret effektiv. De internationale retningslinier og anbefalinger om rygeafvænnning siger om 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.
- Sygehuse bør være røgfri, hvilket alle patienter bør orienteres om ved først givne lejlighed. Dette kunne gøres ved en skriftlig orientering i forbindelse med indkaldelse af patienter til behandling.
- 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 rådgivningsaktiviteten noteres.
- 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 rygeafvænningsstiltag. Her tænkes specielt på afdelinger med speciale i hjertekarsygdomme, lunge-sygdomme, diabetes og cancer.
- Det anbefales, at såvel ambulante som indlagte patienter tilbydes rådgivning fra rygestopinstruktør og at ambulante patienter endvidere tilbydes nikotinsubstitution.
- 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.

- Det anbefales, at sundhedspersonale, der ikke har rygestopaktiviteter som deres primære beskæftigelse, uddannes i at gennemføre rygestopaktiviteter for at sikre en effektiv implementering.

■ TRIN 1

Sygehuse:

- 60% af patienternes forbrug af tobak kortlægges
- 25% af de patienter, der ryger dagligt, gennemfører en forebyggelsessamtale om tobak
- 15% af de patienter, der ryger dagligt, henvises til et struktureret rygeafvænningsforløb
- 10% af de patienter, der ryger dagligt, gennemfører et struktureret rygeafvænningsforløb

Almen praksis:

- 20% af de patienter, der ryger dagligt, spørges om rygevaner
- 10% af de patienter, der ryger dagligt, rådes til rygestop
- 4% af de patienter der ryger dagligt, hjælpes med rygestop (materiale, rådgivning i praksis eller henvisning)

■ TRIN 2

Sygehuse:

- 80% af pateinternes forbrug af tobak kortlægges
- 50% af de patienter, der ryger dagligt, gennemfører en forebyggelsessamtale om tobak
- 30% af de patienter, der ryger dagligt, henvises til et struktureret rygeafvænningsforløb
- 20% af de patienter, der ryger dagligt, gennemfører et struktureret rygeafvænningsforløb

Almen praksis:

- 30% af de patienter, der ryger dagligt, spørges om rygevaner
- 20% af de patienter, der ryger dagligt, rådes til rygestop
- 10% af de patienter der ryger dagligt, hjælpes med rygestop (materiale, rådgivning i praksis eller henvisning)

■ TRIN 3

Sygehuse:

- 90% af pateinternes forbrug af tobak kortlægges
- 75% af de patienter, der ryger dagligt, gennemfører en forebyggelsessamtale om tobak
- 60% af de patienter, der ryger dagligt, henvises til et struktureret rygeafvænningsforløb
- 40% af de patienter, der ryger dagligt, gennemfører et struktureret rygeafvænningsforløb

Almen praksis:

- 50% af de patienter, der ryger dagligt, spørges om rygevaner
- 30% af de patienter, der ryger dagligt, rådes til rygestop
- 15% af de patienter der ryger dagligt, hjælpes med rygestop (materiale, rådgivning i praksis eller henvisning)

(Kriterierne for patienter er for sygehusenes vedkommende baseret på "Standarder for sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme på sygehus – høringsudgave". Netværket af forebyggende sygehuse i Danmark, 2003). For almen praksis tages udgangspunkt i "Monitorering af danskernes rygevaner 2003" PLS Rambøll for Sundhedsstyrelsen, Hjertereforeningen, Kræftens Bekæmpelse og Danmarks Lungeforening – således at modellens trin 1 for almen praksis svarer til den aktuelle standard)

Gravide rygere

Rygning under graviditeten er en af de væsentligste forebyggelige faktorer for komplikationer under graviditeten og ved fødslen. Internationale retningslinier og anbefalinger peger på, at denne målgruppe skal have systematisk og klar rådgivning om rygningens betydning for graviditeten og fosteret, samt kunne henvises til specialiseret behandling.

I regeringens Sundhedsprogram "Sund hele livet" fremgår det at gravide er en særlig målgruppe for forebyggelsesarbejdet og sikring af rygestoptilbud er en af de centrale fælles udfordringer.

I Sundhedsstyrelsens retningslinier for svangreomsorg er rygning nævnt. Det hedder generelt at sundhedsvæsenet skal yde en forebyggende indsats og vejlede om rygningens skadelige virkninger. Det nævnes, at der ved første lægeundersøgelse skal lægen ved optagelse af anamnesen lægge vægt på bl.a. tobaksforbrug og behov for rygeafvænning. Ved første jordemoderkonsultation skal den gravide ryger tilbydes rygeafvænning, ligesom dette punkt skal følges op ved følgende konsultationer. Endelig bør man lokalt etablere faglige teams, der kan formidle kontakten mellem de forskellige faggrupper.

Af internationale evidensbaserede anbefalinger fremgår det, at:

- Det anbefales, at gravide rygere modtager klar, præcis og specifik information om rygningens skadelige virkning på fosteret og rygeren selv og opfordres til rygeophør.
- Det anbefales desuden, at gravide rygere tilbydes rådgivning fra rygestopinstruktør i forbindelse med rygeophør.

■ TRIN 1

10% af de gravide rygere tager årligt imod et tilbud om rygeafvænning på fødestedet/jordemodercentret

■ TRIN 2

15% af de gravide rygere tager årligt imod et tilbud om rygeafvænning på fødestedet/jordemodercentret

■ TRIN 3

20% af de gravide rygere tager årligt imod et tilbud om rygeafvænning på fødestedet/jordemodercentret

(Kriterierne for gravide rygere er baseret på erfaringer fra rygeafvænning på fødesteder i KAS Glostrup og Viborg Amt)

Småbørnsfamilier

En af de faktorer der har betydning for børns og unges rygning er forældrenes rygevaner. I "Sund hele livet" nævnes rygning blandt børn og unge som en fælles udfordring. Hertil kommer at passiv rygning er en af de betydelige og kendte risikofaktorer for udvikling af en af folkesygdommene nævnt i "Sund hele livet" nemlig overfølsomheds sygdommen astma.

Der er overfor denne målgruppe flere muligheder for en rådgivende indsats med opfølgende henvisning til rygeafvænning. Dels ser den praktiserende læge børnefamilierne til børneundersøgelser og dels får alle småbørnsfamilier besøg af den kommunale sundhedspleje. Der er således rig mulighed for at bringe rygningen på dagsordenen ikke mindst hvor børnene har astma, hyppige luftvejsinfektioner eller mellemørebetændelse.

■ TRIN 1

Sundhedsplejen i 25% af regioner/kommuner spørger systematisk til forældrenes rygevaner, råder til rygestop og udleverer materiale med telefonnummer og web-adresse til rygeafvænningsstilbud.

■ TRIN 2

Sundhedsplejen i 50% af regioner/kommuner spørger systematisk til forældrenes rygevaner, råder til rygestop og udleverer materiale med telefonnummer og web-adresse til rygeafvænningsstilbud.

■ TRIN 3

Sundhedsplejen i 75% af regioner/kommuner spørger systematisk til forældrenes rygevaner, råder til rygestop og udleverer materiale med telefonnummer og web-adresse til rygeafvænningsstilbud.

(Kriterierne for rygeafvænningsindsatsen overfor børnefamilier er tentative, da der ikke er konkrete opgørelser eller erfaringer at bygge på).

Ansatte på virksomheder

At der er et stort potentiale for rygeafvænningsstilbud til arbejdspladser fremgår af en undersøgelse af PLS for Sundhedsstyrelsen 2003. Den viser at 90% af alle virksomheder med mere end 10 ansatte har en sundhedspolitik. 61% har regler der begrænser de ansattes rygning, mens 10 % har et totalt rygeforbud for de ansatte. Her overfor står at kun otte% har en eller anden form for tilbud om hjælp og støtte til rygere der gerne vil holde op. 16% af virksomhederne oplyser at de i fremtiden vil arbejde med rygepolitik og rygestop. Der har i en række amter været målrettede indsatser med rygeafvænningsstilbud rettet til arbejdspladser.

■ TRIN 1

- 10% af virksomhederne i regionen med mere end 50 ansatte rekvirerer årligt materialer om rygeafvænningsstilbud
- 10% af virksomhederne, med mere end 100 ansatte, i regionen samarbejder årligt om tilbud af rygeafvænnings til medarbejderne

■ TRIN 2

- 15% af virksomhederne i regionen med mere end 50 ansatte rekvirerer årligt materialer om rygeafvænningsstilbud
- 15% af virksomhederne, med mere end 100 ansatte, i regionen samarbejder årligt om tilbud af rygeafvænnings til medarbejderne

■ TRIN 3

- 20% af virksomhederne i regionen med mere end 50 ansatte rekvirerer årligt materialer om rygeafvænningsstilbud.
- 20% af virksomhederne med mere end 100 ansatte i regionen samarbejder årligt om tilbud af rygeafvænnings til medarbejderne.

(Kriterierne for ansatte/arbejdspladsindsatsen er baseret på erfaringer fra amtslige tilbud om rygeafvænnings til virksomheder).

Referencer

Sund hele livet – de nationale mål og strategier for folkesundheden. Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2003.

Metoder til rygeafvænning – dokumentation og anbefalinger. Nationalt Center for Rygestop og Sundhedsstyrelsen, 2003

Svangreomsorg: retningslinier og redegørelse: Sundhedsvæsenets indsats i forbindelse med graviditet, fødsel og barselsperiode. Sundhedsstyrelsen 1998

Rygning og alkohol og operationer. Sundhedsstyrelsen 2001

Lov om patienters retsstilling

Standarder for sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme på sygehus. Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark 2003

Monitorering af danskernes rygevaner. PLS Rambøll for Sundhedsstyrelsen, Hjerteforeningen, Kræftens Bekæmpelse og Danmarks Lungeforening 2003

Undersøgelse af sundhedsfremme på arbejdspladser 2002. Sundhedsstyrelsen 2002

BILAG 2

Kvalitetsstandard for individuel rygeafvænning og rygeafvænning i grupper

Formål og baggrund

Notatet har til formål at beskrive en kvalitetsstandard for individuel rygeafvænning og rygeafvænning i grupper.

Notatet har som udgangspunkt, at standarden er uafhængig af aktørerne. Rygeafvænning kan således f.eks. tænkes ud fra en Bestiller-Udfører Model (BUM), hvor bestiller kan være kommunal, regional eller national, mens udfører kan være apotek, sundhedscenter, praktiserende læge, sygehus eller en kommerciel aktør.

Notatet skal ses som et fagligt bidrag til den konkrete udmøntning af de pågående drøftelser vedrørende den fremtidige organisering af den almene, borgerrettede forebyggelse, som i dag primært varetages af amtskommunerne.

Tobaksforebyggelse omfatter arbejdet med røgfri miljøer, forebyggelse af rygedebut og rygeafvænning. Nærværende notat omhandler udelukkende rygeafvænning.

Anvendelse

Ved indgåelse af en konkret aftale eller ved implementering af rygeafvænningsstilbud, kan kvalitetsstandarden bruges som skabelon for drøftelse af opgavefordelingen i f.eks. BUM eller udregning af ressourceforbrug ved etablering og drift af tilbudet.

Målgrupper

Alle borgere (inkl. Patienter), som skal gennemgå et standardiseret individuelt eller gruppebaseret rygeafvænningsforløb.

Individuel rygeafvænning

Der er udviklet et evidensbaseret nationalt koncept for individuel rygeafvænning. Konceptet er tiltrådt af Danmarks Apotekerforening, Kræftens Bekæmpelse, Netværket af forebyggende sygehuse i Danmark, Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse, Forum for Amtslige Forebyggelseskonsulenter og Nationalt Center for Rygestop.

Forløbet afvikles over 5 mødegange, hvor 1., 2., 3. og 4. møde afholdes med en uges mellemrum, mens der er to uger mellem 4. og 5. mødegang. Det er individuelt, hvor i forløbet rygestoppet finder sted.

Forløbet varer samlet min. 120 minutter fordelt med 40 minutter til 1. mødegang og 20 minutter til de efterfølgende.

Der kan evt. aftales supplerende opfølgning f.eks. efter tre måneder.

Rygeafvænning i grupper

Der er udviklet et nationalt koncept for rygeafvænning i grupper. Konceptet er udviklet af Tobaksskaderådet, Kræftens Bekæmpelse og Hjerte-foreningen

Forløbet afvikles over fem mødegange hvor 1., 2., 3. og 4. møde afholdes med en uges mellemrum, mens der er to uger mellem 4. og 5. mødegang. De første to uger bruges til at forberede rygestoppet og der aftales en fælles stopdato mellem 2. og 3. møde.

Forløbet varer samlet min. 10 timer med to timer til hver mødegang.

Det maksimale deltagerantal er 12-15 personer.

Indkaldelse og koordination

Der skal ske en modtagelse af tilmeldinger og indkaldelse af deltagere samt underviser.

Der skal rekvireres materiale til forløbet såsom rygestopguide, folder om vægt og rygestop fra Sundhedsstyrelsen o. lign.

Der skal ske reservation af lokale.

Der kan aftales supplerende opfølgning, f.eks. efter tre måneder.

Markedsføring

Der skal udarbejdes markedsføringsmateriale. Som minimum skal dette omfatte en pjec og plakat med tilbuddet. Der kan gøres brug af hjemmeside, telefonlinie, kampagner o. lign. i markedsføringen.

Tilbuddet kan markedsføres på apoteker, hos praktiserende læger, speciallæger, sundhedsplejersker, tandlæger, sygehuse, biblioteker, via hjemmesider, sundhedscentre m.v.

Der bør aftales konkrete målsætninger for markedsføringen. F.eks. at X% af områdets befolkning efter en given periode skal have kendskab til tilbuddet.

Fysiske rammer

Individuel rygeafvænning: Samtalerum.

Grupper: Undervisningslokale, flipover, tusser samt overheadprojektor.

Underviserens kvalifikationer

For at forestå gruppeforløb skal instruktøren have gennemført grunduddannelsen som rygestopinstruktør. Det vil i de fleste tilfælde være en fordel,

at rygestopinstruktøren har en sundhedsfaglig eller psykologisk uddannelse.

Grunduddannelsen til rygestopinstruktør skal svare til den 3-dages "Stop-uddannelse", der indeholder undervisning i:

- rygningens psykologi og sociologi
- helbredsmæssige fordele ved rygestop
- kost og vægt ved rygestop
- nikotin, abstinenser og nikotinsubstitution
- ændringsprocessen
- rygestop
- rygestopgrupper i praksis
- kuliltemåling
- træning som vejleder

For at varetage individuelle forløb skal instruktøren ud over grunduddannelsen have gennemført en 1-dags efteruddannelse i individuel rygeafvænnelse efter det nationale koncept.

Efteruddannelse, netværksmøder og supervision

Der skal som minimum være et halvårligt netværksmøde for rygestopinstruktørerne med erfaringsudveksling og opdatering af viden omkring evidens og sundhedspædagogik. Disse kan eventuelt suppleres med supervision.

Der skal afsættes ressourcer til indkaldelse og afholdelse af netværksmøder, udarbejdelse og koordinering af rygestoptilbud med sundhedsvæsen samt til eventuel fælles evaluering.

Rygestopinstruktørerne kan med fordel modtage efteruddannelse i den motiverende samtale samt tilsvarende sundhedspædagogiske kompetencer. For at vedligeholde rygestopinstruktørens faglige kompetence bør hver instruktør som minimum have 2 gruppeforløb og/eller 10 individuelle forløb årligt.

Aflønning

Eksterne undervisere aflønnes efter gældende, forhandlet lokaltakst. Hyppigst vil der være tale om timeaflønning inklusive tid til forberedelse.

Nikotinsubstitution

Det anbefales at udlevere nikotinsubstitution i 7-14 dage i forbindelse med rygeafvænningsforløb, som pædagogisk redskab og for at give kursisterne mulighed for at finde det rette produkt. Brugen af nikotinsubstitution øger succesraten signifikant.

Der opnås markant højere succesrater ved at kombinere brugen af nikotinsubstitution med rygeafvænningsforløb.

Kvalitetssikring

Alle rygeafvænningsforløb skal indberettes til Rygestopbasen, som er den nationale kliniske kvalitetsdatabase for rygeafvænnelse placeret på Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse på Bispebjerg Hospital.

Indberetning omfatter udfyldelse og indsendelse af registreringsskema til Rygestopbasen på standardskema umiddelbart efter afslutning af rygeafvænningsforløbet.

Der skal ske en opfølgning med udfyldelse og indsendelse af opfølgningsskema efter 6 måneder.

Succeskriterier

Det kan forventes at ca. 20-25% af deltagerne i et standardiseret rygeafvænningsforløb er røgfri efter 12 måneder, når forløbet kombineres med brugen af nikotinsubstitution.

Der er kun en marginal forskel i succesraten mellem individuelle og gruppebaserede forløb.

Undervisningsmateriale

Der er udviklet undervisningsmateriale til de nationale koncepter for individuel og gruppebaseret rygeafvænning (se ovenfor) disse kan rekvireres hos konceptudviklerne.

Koordinering og dimensionering

Erfaringsmæssigt bør der eksistere en vis amtslig/regional koordinering af rygeafvænningstilbudene. Koordinationen skal tilsikre at kontinuerligt og sammenhængende udbud af forløb i et geografisk område, så borgeren har et reelt eksisterende tilbud indenfor f.eks. min. 25 kilometer fra bopælen. Nærheden til bopælen skal ligeledes sikre patienter et tilbud, idet den korte indlæggelsestid på sygehus ofte er en barriere for deltagelse i rygeafvænningsforløb over 6 uger.

Dimensioneringen af årlige rygeafvænningsforløb bør være til 15 deltagere til rygeafvænning i grupper (1-2 kurser) og 10 deltagere i individuel rygeafvænning pr. 10.000 indbyggere

Deltagerantallet vil afhænge af intensiteten i markedsføringsindsatsen samt eventuel brugerbetaling.

Udarbejdet af

Netværket af tobaksnøglerpersoner i Danmark og Nationalt Center for Rygestop

Referencer

Metoder til rygeafvænning – dokumentation og anbefalinger, Nationalt Center for Rygeafvænning og Sundhedsstyrelsen, 2003

Manual til individuel rygeafvænning. Udarbejdet af Mads Lind (Kræftens Bekæmpelse) og Torsten Sonne (Stop-linien) for Danmarks Apotekerforening, Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark, Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse, Forum for Amtslige Forebyggelseskonsulenter og Nationalt Center for Rygestop.

Rygestopinstruktørmappe. Udgivet af STOP (Et samarbejde mellem Sundhedsstyrelsen, Kræftens Bekæmpelse, Hjerteforeningen og Danmarks Lungeforening)