

Det skal være let at stoppe med at ryge

Tre anbefalinger til en styrket
rygestopindsats i Danmark



ANBEFALINGER

Rygning er den livsstilsfaktor som forringer danskernes sundhed mest, og er hvert år årsag til 13.000 dødsfald i Danmark. Rygestop er den metode, der er mest effektiv til at forbedre sundheden blandt personer, som ryger. Selv om tre ud af fire rygere ønsker at stoppe, lykkedes det desværre langt fra for alle. Derfor har Hjerteforeningen, Lungeforeningen og Kræftens Bekæmpelse tre anbefalinger til, hvordan vi gør det lettere at stoppe med at ryge.

Forebyggelse af livsstilssygdomme er en effektiv metode til at reducere ulighed og mindske pres på sundhedsvæsenet. Ulempen er dog, at forebyggende tiltag har en forsinkelse på flere årtier. Resultatet af de seneste års indsatser på tobaksområdet vil derfor først rigtig kunne mærkes på hospitalerne om mange år.

Vi kan derimod lette presset på sundhedsvæsenet her og nu og løfte sundhedstilstanden blandt danskere med kort uddannelse ved at hjælpe flere danskere til at kvitte cigaretterne. Hjerteforeningen, Lungeforeningen og Kræftens Bekæmpelse anbefaler derfor at styrke rygestopindsatsen i Danmark med følgende tiltag.

ANBEFALING 1

FLERE BORGERE SKAL FORSØGE AT STOPPE MED AT RYGE OG FLERE SKAL MODTAGE HJÆLP TIL DET

Hvis flere borgere benytter sig af de eksisterende rygestoptilbud, vil flere lykkes med deres rygestop. Der bør derfor indføres årlige nationale kampagner og etableres et styrket samarbejde mellem kommuner, regioner og sundhedsklynger, der sikrer en systematisk henvisning af alle patienter, der ryger, til et relevant rygestoptilbud.

ANBEFALING 2

ALLE BORGERE SKAL TILBYDES RÅDGIVNING I DERES RYGESTOP AF ENSARTET HØJ KVALITET, OG RÅDGIVNINGEN SKAL FINANSIERES NATIONALT

Der er ulighed i de tilbud, som borgerne i Danmark modtager, når de skal stoppe med at ryge. De bedste rygestoptilbud bør derfor gøres landsdækkende og finansieres nationalt samtidig med, at de bør evalueres regelmæssigt og ensartet. Derudover bør der sikres vederlagsfri rygestopmedicin til særlige grupper med henblik på at mindske ulighed i rygning.

ANBEFALING 3

RYGESTOP SKAL VÆRE EN CENTRAL DEL AF BEHANDLINGEN FOR PATIENTER

For patienter, der er ramt af rygerelaterede sygdomme, er effekten af et rygestop i mange tilfælde på niveau med konventionelle behandlinger såsom kirurgi, stråling, kemoterapi eller hjerte- og lungemedicin. Rygestop skal derfor være en central del af behandlingen, og der bør indføres et minimumstilbud for alle de patienter, hvor rygestop er af afgørende betydning for behandling, overlevelse eller rehabilitering. Der bør ydermere undersøges nye metoder til at tilbyde rygestop for patienter i et presset sundhedsvæsen.

FORORD

I Danmark ryger 19 pct. af befolkningen mellem 15 og 79 år dagligt eller lejlighedsvist. Det svarer til 875.000 danskere, der risikerer at forringe deres helbred og i værste fald at dø for tidligt på grund af deres rygning. Rygning er den livsstilsfaktor som forringer danskernes sundhed mest, og rygestop den adfærdændring, der har størst potentiale til at forbedre sundheden blandt personer, som ryger.

Et rygestop reducerer risikoen for at udvikle kræft og lunge- og hjertekarsygdomme markant. For patienter, der allerede er ramt af rygerelaterede sygdomme, er effekten af et rygestop i mange tilfælde på niveau med konventionelle behandlinger såsom kirurgi, stråling, kemoterapi eller hjerte- og lungemedicin.

Heldigvis ønsker langt de fleste rygere at stoppe, og hvert år er der mere end 300.000 danskere, der forsøger. Desværre er det langt fra alle der lykkes. Kun 15 pct. tager årligt imod et af de professionelle rygestoptilbud, som findes i Danmark, og mindre end 20 pct. bruger rygestopmedicin i forbindelse med deres rygestopforsøg. Da både professionel hjælp og rygestopmedicin øger sandsynligheden for at gennemføre et rygestop, er der stort potentiale i at øge hjælpen til de mange danskere, der ønsker at stoppe med at ryge, så flere når i mål. Der findes allerede mere end en million tidligere rygere i Danmark: rygestop er altså svært, men langt fra umuligt.

Det er især borgere med kortere eller ingen uddannelse, som ryger, og rygning har stor betydning for uligheden i sundhed mellem danskere med forskellig uddannelsesmæssig baggrund. Det er derfor afgørende, at indsatsen appellerer til alle borgere, uanset uddannelse, bopæl, ressourcer og baggrund, således at alle har samme mulighed for at få hjælp.

De tre anbefalinger, vi her præsenterer, understøtter den nuværende indsats på tobaksområdet, hvor man i et forsøg på at mindske rygningens skadevirkninger øger prisen, udbreder røgfri miljøer og mindsker tilgangen til tobak. I følgende dokument udbygges baggrunden for de enkelte anbefalinger og hver anbefaling foldes ud.

Ved at styrke rygestopindsatsen i Danmark kan vi skabe mindre ulighed i sundhed, aflaste et presset sundhedsvæsen og sikre bedre overlevelse blandt patienter med kræft, hjerte- og lungesygdomme.



Anne Brandt
Lungeforeningen



Anne Kaltoft
Hjerteforeningen



Jesper Fisker
Kræftens Bekæmpelse

BAGGRUND FOR ANBEFALINGERNE

Rygning koster hvert år 13.000 danskere livet. Rygere lever i gennemsnit 10 år kortere end ikke-rygere, og har markant flere indlæggelser, hospitalsbesøg og lægekontakter i de år, de lever.

Tobaksrøg indeholder mere end 7.000 forskellige stoffer. Flere hundrede af stofferne er giftige, og cirka 70 er kræftfremkaldende. I lungerne trænger stofferne over i blodet og videre ud til alle organer, og kan derved gøre skade i hele kroppen. Rygning er den faktor, som er skyld i flest tilfælde af kræft og øger risikoen for mere end 15 forskellige kræftformer. Godt 9.000 årlige tilfælde af hjerte-kar-sygdomme kan forbindes med tobakkens skadevirkninger, og rygning er ansvarlig for udvikling af flere lungesygdomme, herunder lungesygdommen KOL, hvor tobak er årsag til cirka 9 ud af 10 tilfælde. Rygning er dermed den forebyggelige livsstil, der forårsager mest sygdom og død i den danske befolkning.

Rygestop er på linje med konventionelle behandlingsformer

Når man stopper med at ryge, mindsker man risikoen for at udvikle kræft, lunge- og hjerte-kar-sygdomme betydeligt. For patienter, der allerede er blevet syge af deres rygning, er rygestop dog også en fordel, og i mange tilfælde er effekten på niveau med konventionelle behandlinger, såsom kirurgi, stråling, kemoterapi, lungemedicin samt flere typer af hjertemedicin. Rygestop bør derfor prioriteres højt i alle møder med borgeren både i forebyggende og behandlingsmæssig sammenhæng.

80.000 rygere skal stoppe hvert år

Ser man på udviklingen af den danske rygeprævalens igennem de sidste 20 år, er kurven over daglig rygning faldet langsomt for dernæst at stagnere i en årrække. Der er i dag stadig 13 pct. af den voksne befolkning, der ryger dagligt, mens 6 pct. ryger lejlighedsvist. Det svarer til 875.000 danskere.

Partnerskabet Røgfri Fremtid, som bl.a. inkluderer Sundhedsministeriet, Sundhedsstyrelsen, Kræftens Bekæmpelse, Trygfonden, Hjerteforeningen, Lungeforeningen, kommuner og regioner, har sat et fælles mål om, at færre end 5 pct. af den voksne befolkning skal ryge i 2030. Det svarer til, at antallet af rygere skal reduceres med mere end 80.000 hvert år frem til 2030. Den gode nyhed er, at størstedelen af dem, der ryger, ønsker at stoppe og rigtig mange prøver hvert år: i 2021 forsøgte 40 pct. af alle dem, der ryger at stoppe. Mange lykkedes dog ikke og en tredjedel af dem, der ryger i dag, har forsøgt at stoppe mere end tre gange.

Ulighed i rygning, men lighed i ønsket om rygestop

Fordi tobaksrøg er så farligt, kan ulighed i danskernes sundhed i høj grad tilskrives en ulige rygeadfærd på tværs af socialgrupper. Gruppen af danskere med grundskole, gymnasiet eller erhvervsskole, som den højest afsluttede uddannelse, udgør hele 84 pct. af de daglige rygere i Danmark. Mens ønsket om at blive røgfri er stort blandt alle, der ryger, uanset uddannelsesmæssig baggrund, er succesraten for at gennemføre et rygestop lavere blandt personer med kort eller ingen uddannelse. Det er derfor afgørende, at rygestopindsatserne gøres tilgængelig for alle uanset social baggrund.

Professionel hjælp og rygestopmedicin er vejen frem

Der findes overordnet set evidens for to tiltag, som øger sandsynligheden for at personer, der forsøger et rygestop, også gennemfører det: brug af rygestopmedicin og professionel rådgivning. Det er derfor de områder, der skal styrkes, hvis vi ønsker, at flere skal lykkes med deres rygestopforsøg.

Danske og internationale undersøgelser viser, at både telefonisk, digital og face-to-face rådgivning øger sandsynligheden for at gennemføre et rygestop. Alle tre typer rådgivning findes i Danmark og udbydes enten nationalt eller kommunalt. Der er dog forskel på, hvilken type hjælp, man som borger bliver tilbudt, og der er for få som modtager hjælp til at finde det tilbud, der fungerer for lige netop dem. Kort sagt findes der i Danmark en lang række af de rigtige løsninger til rygestop, men der mangler både oplysning om dem, ensartede tilbud og fokus på de grupper, der kan have særligt stort udbytte af et rygestop, eksempelvis patienter og kortuddannede. Det er denne problematik, der søges løst med følgende tre anbefalinger.



ANBEFALING 1

FLERE BORGERE SKAL FORSØGE AT STOPPE MED AT RYGE OG FLERE SKAL MODTAGE HJÆLP TIL DET

Danmark har flere effektive rygestoptilbud, som kan øge sandsynligheden for, at personer, der forsøger at stoppe med at ryge, lykkes med det. Men alt for få borgere modtager hjælp og udbuddet af rygestop er forskellig på tværs af kommuner.

Det anbefales derfor at:

- Gennemføre årlige nationale kampagner, der motiverer til rygestop og oplyser borgerne om de eksisterende tilbud.
- Styrke samarbejdet mellem kommuner, regioner og sundhedsklynger for at sikre en øget deltagelse i rygestoptilbud.
- Styrke at sundhedsprofessionelle systematisk henviser alle patienter, der ryger, til et relevant rygestoptilbud.

Baggrund og status

I Danmark benyttes hovedsageligt tre gratis rygestoptilbud: rygestopkurser, telefonisk rådgivning og rygestop-apps. Tilbuddene appellerer til forskellige grupper afhængig af bl.a. alder, uddannelse og øvrige interesser eller præferencer.

Effekten af rygestoptilbuddene er god, og derfor bør endnu flere personer, der ryger, tilbydes hjælp. Det kan ske ved at øge udbredelsen og kendskabet til tilbuddene, så alle borgere er bekendt med dem, har adgang til dem, og bliver henvist til de tilbud, der passer bedst til deres individuelle situation.

Kun få kommuner lever op til den nationale anbefaling

I Danmark har kommunen ansvaret for den borgerrettede forebyggelse, mens kommunerne sammen med regionerne deler ansvaret for den patientrettede forebyggelse. WHO og Sundhedsstyrelsen anbefaler, at alle kommuner sørger for, at minimum 5 pct. af borgere, der ryger, modtager professionel rygestophjælp hvert år. Rygestopindsatsen prioriteres dog meget forskelligt på tværs af landets kommuner, og en opgørelse viser, at kun seks kommuner levede op til anbefalingen i 2021.

For de resterende 92 kommuner er målet ikke nået. For at styrke rygestopindsatsen i Danmark, bør der derfor arbejdes målrettet på, at alle kommuner hvert år tilbyder rygestophjælp til mindst 5 pct. af de borgere, der ryger dagligt.

Årlige nationale oplysningskampagner

Nationale kampagner, der motiverer til rygestop og oplyser om mulighederne for at få hjælp, har i mange år været underprioriteret i Danmark og er en af hovedårsagerne til, at Danmark stadig kun ligger på en europæisk 13.-plads, når det kommer til forebyggelse af rygning. Ifølge internationale anbefalinger bør rygestopkampagner vises bredt i befolkningen og optimalt set gentages løbende igennem hele året. Der bør derfor afsættes midler til at afholde omfattende nationale kampagner flere gange om året henover flere år.

Sundhedsprofessionelle henviser til rygestophjælp

Sundhedsprofessionelle har en væsentlig rolle i at skabe motivation til rygestop og oplyse om mulighederne for hjælp. Livsbegivenheder som indlæggelse, operation eller screening vil for mange patienter skabe en kort periode med opmærksomhed og motivation for rygestop, og det kan med fordel italesættes af sundhedspersonalet med henblik på at tilbyde den relevante hjælp. Både almen praksis og sygehus bør derfor afklare om patienter, der ryger, er interesserede i at stoppe og henvise dem til et rygestoptilbud. De sundhedsprofessionelle skal selvfølgelig respektere patienternes valg, men da motivation til rygestop er flygtig og ændrer sig over tid, bør personalet med jævne mellemrum lave opfølgning på ønsket om rygestop.

Henvisningen fra sundhedspersonale kan med fordel suppleres med patientrettet materiale, der beskriver de forskellige rygestoptilbud, og som kan være let tilgængelig i f.eks. venteværelser.

VBA som henvisning - ikke som rygestop

På hospitalerne har man øget antallet af henviste rygere ved at benytte den ikke-konfronterende henvisningsmetode VBA, som er udviklet til frontmedarbejdere, der møder borgere, som ryger. Ved hjælp af tre korte spørgsmål afklares det, om patienten vil henvises til et kommunalt rygestopkursus. Det er dog helt centralt at huske på, at VBA er en metode til henvisning og ikke en metode til rygestop. Den skal derfor kun anvendes i situationer, hvor rygestoppet ikke er centralt for behandlingen, og i situationer hvor man ikke i forvejen oplyser om rygestop. VBA bør aldrig være en erstatning for længerevarende og mere motiverende samtaler.

For patienter hvor rygestop er på linje med øvrig konventionel behandling bør mere omfattende tiltag igangsættes, jf. anbefaling 3.



Lokale enheder skal sikre systematisk og ensartet henvisning

For at sikre at flere borgere modtager hjælp til rygestop, og at tilbuddet er ens uanset bopæl, er det oplagt at arbejde for, at henvisningerne sker mere ensartet og systematisk. Koordineringen bør derfor samles i større partnerskaber, og der bør etableres en national praksis for samarbejde om opgaven. En mulig forankring for denne opgave, er de nye sundhedsklynger, der etableres omkring de 21 akuthospitaler.

Sundhedsklyngerne, som består af kommuner, hospitaler og almen praksis, skal blandt andet samarbejde om borgere med kronisk sygdom, hvor rygestop er centralt i forhold til behandlingen. Det er derfor oplagt, at klyngerne samarbejder om rygestopindsatsen, skaber fælles målsætninger på tværs af kommuner og benchmarking af indsatsen i de enkelte kommuner, på hospitaler og i almen praksis.

Det er særligt vigtigt, at personer, der ønsker at gå i gang med et rygestop, relativt hurtigt modtager tilbud om hjælp i en form, der passer til deres individuelle behov. Ved at placere koordinering og målsætninger for rygestoptilbud i sundhedsklyngen sikres et større ansvar for borgerne, styrket sammenhæng på tværs af myndigheder og ensartet forebyggelse. Det skal lede til et større kendskab til rygestoptilbud blandt borgere, større valgfrihed i forhold til typen af tilbud, kortere ventetid og flere henvisninger til rygestop fra almen praksis og hospitaler.

SUNDHEDSKLYNGER

Sundhedsklynger er et nyt samarbejde mellem kommuner, almen praksis og hospitaler, der er etableret i juli 2022. Sundhedsklyngerne skal give bedre behandlings- og rehabiliteringsforløb for borgere, der har forløb på tværs af regioner, kommuner og almen praksis. Samtidig skal de være en drivende kraft for styrket forebyggelse, kvalitet og omstilling til det nære sundhedsvæsen.

ANBEFALING 2

ALLE BORGERE SKAL TILBYDES RÅDGIVNING I DERES RYGESTOP AF ENSARTET HØJ KVALITET, OG RÅDGIVNINGEN SKAL FINANSIERES NATIONALT

De landsdækkende rygestoptilbud i Danmark består af to apps og en telefonlinje, som udbydes af forskellige myndigheder og organisationer. De finansieres dels nationalt, dels fra private og kommunale kilder. Det betyder, at rygestopindsatsen er forskellig på tværs af kommuner og varierer over tid, og at der derfor er væsentlig forskel på den hjælp hver enkelt borger kan få.

Det anbefales derfor at:

- Finansiere landsdækkende rygestoptilbud nationalt. Det vil reducere uligheden i tilbuddene samt sikre en høj kvalitet, løbende udvikling og lige tilgængelighed.
- Evaluere de landsdækkende rygestoptilbud regelmæssigt og ensartet, så de kan udvikles til at give den bedst mulige støtte til borgerne.
- Sikre vederlagsfri rygestopmedicin til særlig sårbare grupper med henblik på at mindske uligheden i rygning.

Baggrund og status

I dag er de landsdækkende rygestoptilbud organiseret og finansieret af forskellige ansvarlige myndigheder og organisationer. Stoplinien administreres og finansieres af Sundhedsministeriet og Københavns Kommune, som også varetager driften. Udover at rådgive borgere, der uopfordret ringer ind, tilbyder Stoplinien også en proaktiv indsats, hvor rådgiverne ringer op til borgeren i et forløb på 5 samtaler. Det er dog kun 27 ud af de 98 kommuner, der betaler for denne indsats, til trods for, at den har vist sig at være blandt de mest effektive rygestoptilbud i Danmark. Der opstår således en geografisk ulighed i den hjælp borgerne modtager i deres rygestop afhængig af deres bopæl.

De to rygestop-apps XHALE og e-kvit administreres af Kræftens Bekæmpelse og finansieres af henholdsvis Danmarks Apotekerforening, Københavns Kommune og Kræftens Bekæmpelse. Den spredte finansiering og de relativt begrænsede budgetter skaber usikkerhed om udvikling og kontinuitet i tilbuddene.

Derfor bør de udgående opkald fra Stoplinien og driften af de to rygestop-apps finansieres nationalt, så man sikrer kontinuitet og lige tilbud til alle borgere.

Evaluering af rygestop sikrer kontinuerligt gode tilbud

I Danmark har kommunerne en lang tradition for at evaluere rygestopkurser grundigt og kontinuerligt igennem Rygestopbasen. De landsdækkende indsatser, Stoplinien, e-kvit og XHALE, bliver dog sjældent evalueret. For at sikre at tilbuddene fortsat er effektive bør de evalueres regelmæssigt og på en ensartet måde. Det vil gøre det muligt løbende at udvikle tilbuddene, så de hjælper borgerne bedst muligt.

Tilskud til rygestopmedicin vil hjælpe flere til at blive røgfri

Sandsynligheden for, at et rygestop lykkes, øges markant, når man modtager professionel rådgivning og passende rygestopmedicin – særligt når de to ting anvendes i kombination. Her defineres rygestopmedicin som produkter, der er godkendt til behandling af nikotinafhængighed af Lægemiddelstyrelsen.

I 2017 blev der afsat midler til en forsøgsordning med vederlagsfri rygestopmedicin til udsatte borgere som en del af satspuljen i Kræftpakke IV. En evaluering af ordningen viste blandt andet, at tilskuddet havde en positiv effekt på sandsynligheden for, at borgere gennemførte et kommunalt rygestopforløb og på sandsynligheden for, at borgeren var røgfri efter rygestopforløbet. National Handleplan mod børn og unges rygning (2020) har endvidere givet kommuner mulighed for at udlevere rygestopmedicin i forbindelse med rygestoptilbud til nærmere definerede grupper uden først at skulle søge om dispensation hos Lægemiddelstyrelsen.

For at hjælpe endnu flere borgere, der ønsker at blive røgfri, bør ordningen om vederlagsfri rygestopmedicin eller tilskud hertil gøres permanent for storrygere og dagligrygere, som vi ved i høj grad tilhører grupper med kortere eller ingen uddannelse og færre ressourcer. Det vil betyde, at flere fra denne gruppe gennemfører rygestopforløb og lykkes med deres rygestop og det vil dermed bidrage til at mindske uligheden i sundhed.

ANBEFALING 3

RYGESTOP SKAL VÆRE EN CENTRAL DEL AF BEHANDLINGEN FOR PATIENTER

For patienter, der allerede er blevet syge af deres rygning, er effekten af rygestop i flere tilfælde på niveau med konventionelle behandlinger såsom kirurgi, stråling, kemoterapi samt flere typer af hjerte- og lunge-medicin. For en lang række andre sygdomme og behandlingstyper har rygestop tilsvarende stor betydning for behandling, overlevelse eller rehabilitering.

Det anbefales derfor at:

- Rygestop bliver en central del af behandlingen for alle patienter, hvor rygning er af væsentlig betydning for behandling, overlevelse eller rehabilitering.
- Sikre et effektivt minimumstilbud til patienter, hvor rygestop er en afgørende del af behandling, overlevelse eller rehabilitering.
- Undersøge nye metoder til at udbrede rygestop for patienter i et presset sundhedsvæsen.

Baggrund og status

Rygestop er i løbet af de senere år blevet nedprioriteret på hospitalerne og er mange steder reduceret til en supplerende og frivillig indsats, som kan vælges til eller fra i behandlingen. Undersøgelser viser endda, at rygestoprådgivning ikke igangsættes i flere tilfælde, hvor rygestoppet ellers kan være centralt for patientens behandling og overlevelse. Fravalget sker til trods for at patienter ifølge sundhedslovens §16, har ret til at få information om behandlingsmuligheder, herunder om risiko for komplikationer og bivirkninger, samt oplysning om konsekvenserne ved ikke at igangsætte en behandling.

Selv på hospitaler, hvor der fra ledelsesmæssigt niveau er sat ekstra fokus på henvisning til rygestop via VBA henvises der ganske få patienter om ugen til kommunal rygestoprådgivning. Sundhedssystemet udfylder dermed sjældent den rekrutterende og formidlende rolle til de forebyggende behandlingstilbud, som ligger i lovgivning, faglige retningslinjer og anbefalinger. Denne underprioritering og variation i tilbuddet om rygestophjælp skaber uens vilkår fra patient til patient og kan i værste fald være afgørende både for patientens behandling og overlevelse.



Rygestop skal være en central del af behandlingen

Når rygestop er en af de bedste behandlinger for mange hjerte-, lunge- og kræftpatienter, skal rygestop være en del af standardbehandlingen uden undtagelse. Fravælgelse af rygestopbehandling skal anses som et svigt af patientens rettigheder til at kende til behandlinger, der kan have væsentlig betydning for deres sygdom. Disse overvejelser gælder både rygerelaterede sygdomme, men også alle andre sygdomme, behandlingstyper eller tilstande, hvor rygestop kan være afgørende for behandlingen for eksempel i forbindelse med graviditet, astma, diabetes, operationer, omsætning af lægemidler osv.

Minimumstilbud skal sikre, at alle patienter tilbydes samme behandling

For at sikre ens behandling både geografisk og på tværs af sygdomsgrupper bør man skabe en regional forpligtigelse til, at alle patienter, der er diagnosticeret med sygdomme, hvor rygestop er en afgørende del af behandling og rehabilitering, får samme minimumstilbud om hjælp til rygestop i mødet med sundhedsvæsenet.

For at sikre optimal behandling og en realistisk implementering efterfølgende bør minimumstilbuddet sammensættes i samarbejde med sundhedsfagligt personale og eksperter i rygestop.

Tilbuddet kunne for eksempel indebære følgende:

- Patienter oplyses om muligheder for hjælp til rygestop og henvises til rygestoptilbud. Henvisningsproceduren bør være proaktiv, så patienten, hvis vedkommende accepterer, bliver kontaktet inden for få dage og kan påbegynde rådgivning umiddelbart efter.
- Patienter modtager trykt materiale om rygestop og dets betydning for sygdom, behandling og rehabilitering, samt en rygestopguide målrettet deres særlige diagnose for at skabe størst mulig compliance.
- Det sundhedsfaglige personale gennemgår et kort kursus i rygestop-rådgivning som baggrund for arbejdet med rygestop.
- Motivationen for rygestop kan ændre sig over tid. Hvis en patient ikke ønsker hjælp, gentages sundhedspersonalets tilbud om oplysning og henvisning til rygestophjælp med jævne mellemrum og indgår i behandlingsplaner.

Nye veje til rygestop i et presset sundhedsvæsen

Det danske sundhedsvæsen er presset på både opgaver og tid, og der mangler tilgange til rygestophjælp, som kan operationaliseres i denne kontekst. Det bør derfor undersøges hvilke nye metoder, der bedst passer ind i denne kontekst, så patienter tilbydes et så effektivt tilbud som muligt inden for rammerne af, hvad der er realistisk at implementere.

Derudover er det oplagt at undersøge den nuværende henvisningsprocedure hvor det regionale sundhedssystem henviser alle borgere til de kommunale rygestoptilbud. I dag henviser sundhedspersonalet patienter til tilbud i patientens bopælskommune, men da organiseringen af rygestoptilbud varierer meget på tværs af kommuner, er det ikke et ens tilbud patienterne modtager. I nogle kommuner afholdes der slet ikke rygestopkurser, mens der i andre er målrettede kurser til både gravide, hjertepatienter og unge.

Sundhedspersonalet kan ikke forventes at have overblik over de specifikke tilbud i diverse kommuner og kendskab til, hvornår og af hvem patienten bliver kontaktet. De henviser således til et tilbud, som de ikke altid kender indholdet af. Et tilbud om rygestopkursus i kommunen forudsætter ydermere, at patienten, oveni deres behandling på hospitalet, har fysisk og psykisk overskud til at møde op på et kursus i kommunen gentagne gange. Det kan man ikke forvente af en patient, som netop har haft en blodprop, har fået diagnosticeret KOL eller er i gang med en udredning for lungekræft. Det er derfor oplagt at undersøge om man med fordel kan henvise patienter til et mere egnet tilbud.

Proaktiv henvendelse fra en rygestoprådgiver har i et stort dansk studie vist sig at være langt mere effektiv end rådgivning, som borgeren selv kan opsøge. Det er derfor oplagt at undersøge, om Stoplinien vil fungere som en bedre opsamling for henvisninger fra sundhedssystemet. En proaktiv opringning fra en rådgiver vil sikre et ensartet tilbud, hvor alle patienter, der er henvist til rygestop, får samme hjælp. Rådgiveren vil med det samme kunne etablere en relation til borgeren, tilbyde dem et telefonisk rådgivningsforløb eller hjælpe dem på et kommunalt rygestophold.

Det vil gøre det lettere for patienter at handle på deres motivation til et rygestop umiddelbart efter, de er blevet henvist, og samtidig gøre hjælpen lettere tilgængelig ved at give dem muligheden for at modtage telefonisk rådgivning i stedet for et kursus med fysisk fremmøde. Samtidig vil sundhedspersonalet have kendskab til det tilbud, som de henviser til, da det vil være fælles for alle patienter. Denne fremgangsmåde vil sikre ens rådgivning til alle borgere uanset deres bopæl og sikre, at alle patienter modtager hjælp inden for få dage efter henvisningen fra sundhedssystemet, hvor vi ved at motivationen for rygestop er størst.



REFERENCER

1. European network for smoking and tobacco prevention, 2017. Tobacco Cessation Guidelines for High Risk Groups. Arkiveret d.03.10.2022 fra: http://www.tobaccopreventioncessation.com/pdf-62428-4344?filename=TOB_G_procent20Tobaccoprocent20Cessation.pdf
2. Hjerteforeningen, presse 2022.
3. Rasmussen, M. Fernández, E, Tønnesen, H 2017. Effektiviteten af Guld Standard Programmet sammenlignet med andre rygestopkurser i Danmark. BMJ Open, 2017
4. Rasmussen, SKB & Pisinger, C 2022. Evalueringen af implementeringen af Very Brief Advice metoden (VBA) i Region Hovedstaden. Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse
5. Regeringen, Danske Regioner og KL, 2021. Aftale om sammenhæng og nærhed (sundhedsklynger). Arkiveret d.03.10.2022 fra: <https://sum.dk/Media/637589953597284286/Aftaletekstprocent20vedr.procent20sundhedsklyngerprocent20pdf.pdf>
6. Rygestopbasens årsrapport 2022. Rygestopbasens årsrapport. Aktiviteter afholdt i 2020 med opfølgning i 2021. Rygestopbasen. Arkiveret d.03.10.2022 fra: [09aaf3_37d578a0309a451ead08e6d82afdc264.pdf](https://www.stopbasen.dk/09aaf3_37d578a0309a451ead08e6d82afdc264.pdf) (stopbasen.dk)
7. Sekretariat for kliniske retningslinjer på kræftområdet, 2020. Rygeophør ved udredning og behandling for lungekræft. Kliniske retningslinjer version 2.0.
8. Sundheds- og ældreministeriet, 2022. Forslag til Lov om ændring af lov om forbud mod tobaksreklame m.v., lov om tobaksvarer m.v., lov om elektroniske cigaretter m.v. og forskellige andre love. Udmøntning af national handleplan mod børn og unges rygning. Arkiveret d.03.10.2022 fra: www.retsinformation.dk/eli/ft/202012100061
9. Sundhedsministeriet, 2022. Faktaark 9. Hjælp til rygestop. Arkiveret d.03.10.2022 fra: [09-FAKTAARK-Hjaelp-til-rygestop.pdf](https://www.sum.dk/09-FAKTAARK-Hjaelp-til-rygestop.pdf) (sum.dk)
10. Sundhedsministeriet, 2018. Bekendtgørelse af sundhedsloven. Arkiveret d.23.01.2023 fra: <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2018/1286Sundhedsstyrelsen>, 2021. Danskernes Rygevaner 2020, delrapport 2, rygestop og rygestopadfærd. Arkiveret d.03.10.2022 fra: <https://www.sst.dk/da/Udgivelser/2021/Danskernes-rygevaner-delrapport-2>
12. Sundhedsstyrelsen, 2013. Sygdomsbyrden i Danmark. Arkiveret d.03.10.2022 fra: <https://www.sst.dk/da/Udgivelser/2016/Sygdomsbyrden-i-Danmark---risikofaktorer>
13. Sundhedsstyrelsen, 2022, Den nationale sundhedsprofil.
14. Sundhedsstyrelsen, 2018. Hjælp til rygestop til særlige grupper (Rygestopmedicin). Arkiveret d.03.10.2022 fra: <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2019/HJaelp-til-rygestop-til-saerlige-grupper-rygestopmedicin-evaluering.ashx?la=da&hash=DE61CF4E149EA53A1572C207AD8B8DC40EDBE3BD>
15. Surgeon General, 2021. Smoking Cessation: A Report of the Surgeon General, Kap. 7, 2020 Action on Smoking and Health (ASH). Evidence into Practice: Motivating quitting through behaviour change communications.
16. Stoplinien, Rygestopbasen og Kræftens Bekæmpelse, 2021. Fælles rygestopoversigt 2021 Kan rekvireres ved at skrive til rygestop@cancer.dk
17. VIVE 2016. Offentlige merudgifter ved rygning. Arkiveret d.03.10.2022 fra: <https://www.vive.dk/da/udgivelser/offentlige-merudgifter-ved-rygning-8804>
18. Sundhedsstyrelsen, 2021. Styrket rygestoptilbud til særlige grupper (Rygestoppuljen) 2020-2023. Arkiveret d.03.10.2022 fra: <https://sst.dk/da/Viden/Forebyggelse/Tobak/Rygestop/Rygestoppuljen>