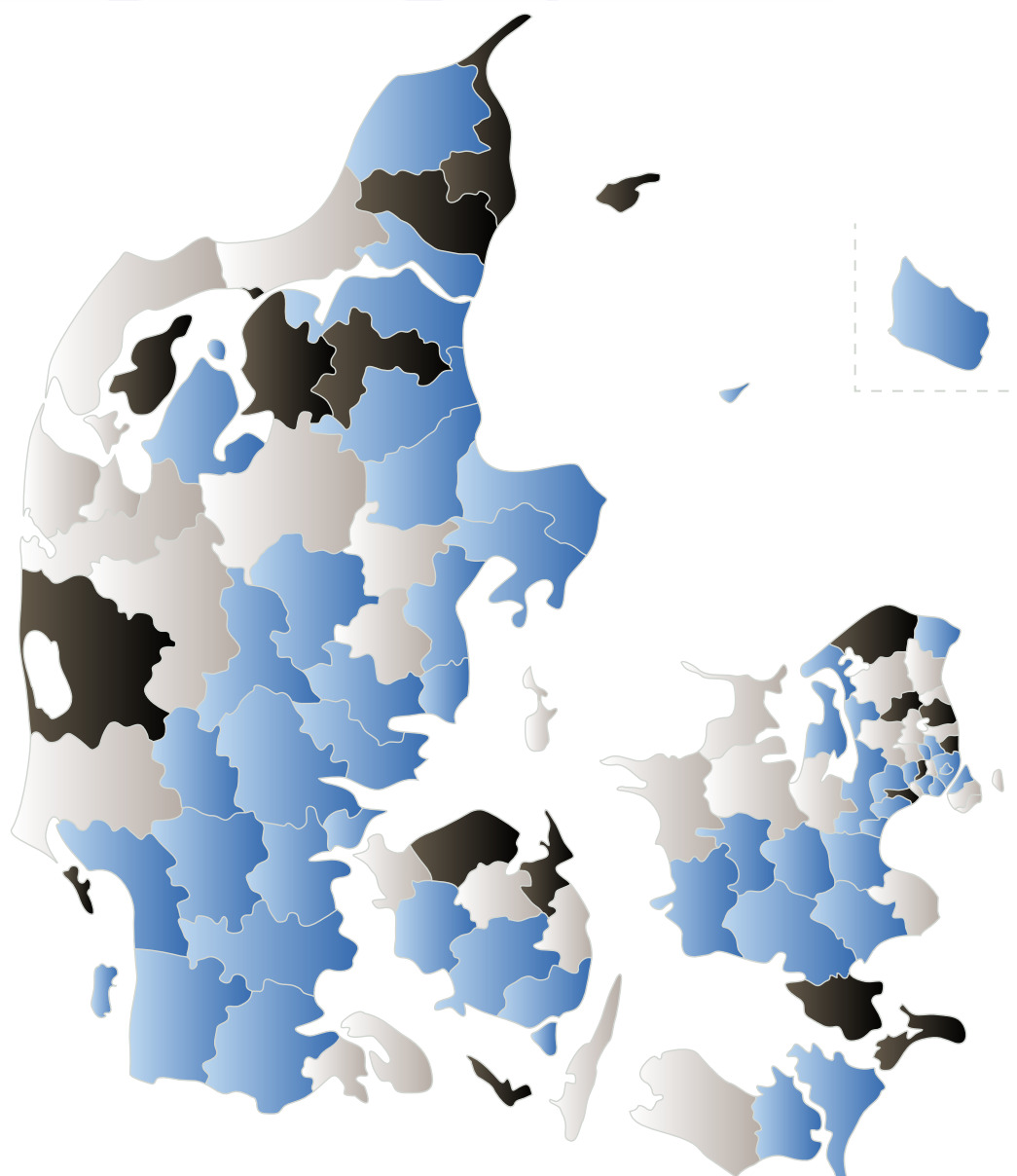


Rygestopbasens årsrapport

Aktiviteter afholdt i 2014 samt 2013 med opfølgning i 2014



Danmarkskort: data fra 2013



CLINICAL HEALTH PROMOTION CENTRE



Kolofon

WHO-CC

World Health Organization Collaborating Centre for Evidence-Based Health Promotion in Hospitals and Health Services (WHO-CC) på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital arbejder nationalt og internationalt for at opnå en bedre sundhedstilstand for patienter, sundhedspersonale og borgere.

For at nå dette mål løfter vi sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme op på den evidensbaserede platform, understøtter implementering samt skaffer adgang til og udveksler viden og erfaringer nationalt og internationalt.

Vi udfører klinisk forskning på højeste evidensniveau og samarbejder med forskere, hospitaler og andre sundhedsinstitutioner overalt i verden. Vi afholder en bred vifte af universitetskurser, internationale skoler, såvel som mange andre undervisningsaktiviteter.

Derudover tager vi hånd om Rygestopbasen, det "Internationale HPH Netværk" (Health Promoting Hospitals and Health Services), det videnskabelige tidsskrift "Clinical Health Promotion - Research and Best Practice" og det videnskabelige selskab "Clinical Health Promotion Society".

Rygestopbasens årsrapport for 2014

Copyright © WHO-CC, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, 2014

Udgivet 11.09.2015

Seneste rettelser indført: 11.11.2015

Forfattere: Mette Rasmussen, Sofie Vilholt og Hanne Tønnesen.

Tak til Anne Schou for værdifulde input.

Danmarkskortet på forsiden viser de kommuner, der via offentlige eller private rygestopudbydere har registreret deltagere i Rygestopbasen i 2013. De sorte felter viser kommuner uden registrerede deltagere i dette år. Se kortet på side 14 for yderligere forklaring.

Uddrag af årsrapporten, herunder figurer, tabeller og citater, er tilladt med tydelig kildeangivelse. Skrifter, der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til denne publikation, bedes tilsendt:

Rygestopbasen
WHO-CC
Bispebjerg & Frederiksberg Hospital
Nordre Fasanvej 57
Hovedvejen, Byg. 14, Indgang 5, 2. sal
2000 Frederiksberg

E-mail: info@rygestopbasen.dk
Tlf. +45 3531 6037

Hjemmeside: www.rygestopbasen.dk

ISSN: 1904-7169 (Online version)

Indholdsfortegnelse

Forord	4
Opsummering.....	6
1. Om Rygestopbasen	8
2. Organisering af Rygestopbasen	11
3. Dataindsamling.....	12
4. Resultater	17
Beskrivelse af kurserne.....	18
Beskrivelse af deltagerne	21
Beskrivelse af opfølgningen	27
5. Kvalitetsresultater	29
5.1 Indikatorer og kvalitetsmål.....	29
5.2 Indikatorer 1: Gennemført rygestopkursus	31
5.3 Indikatorer 2: Røgfri ved kursets afslutning.....	36
5.4 Indikatorer 3: Opfølgingsrate	39
5.5 Indikatorer 4: Røgfri efter 6 måneder	42
5.6 Indikatorer 5: Tilfredshed.....	45
6. Perspektivering og anbefalinger.....	48
6.1 Anbefalinger.....	48
7. Bilag.....	49
1 - Spørgeskemaer.....	50
8. Referenceliste.....	55

Forord

Rygestopbasen præsenterer her effekten og omfanget af rygestopbehandlingen i Danmark for året 2014 samt for 2013 med opfølgning i løbet af 2014. Denne rapport kan med fordel anvendes af nationale, regionale og lokale politikere og sundhedsplanlæggere, udbydere af rygestopprogrammer, rygere, og de, som anbefaler/henviser til rygestopprogrammer samt journalister og andre sundhedsinteresserede.

Rygestopbasen er national, gratis og åben for alle indsatser, der tilbyder rygestopbehandling i Danmark. Det gælder både offentlige og private herunder kommuner, sundhedscentre, apoteker, hospitaler, praktiserende læger, tandlæger, jordemødre og alternative behandlere.

Rygestopbasen anvendes også til kvalitetssikring af nye målrettede programkoncepter som fx "Kom & Kvit", "Rygning - Skod det nu" til unge rygere samt "Storrygerpuljen" særligt målrettet storrygere og gravide rygere.

Alle deltagere i Rygestopbasen har givet informeret samtykke til dette. Behandling af Rygestopbasens data er naturligvis godkendt af Videnskabsfaglig Komité. Desuden har Rygestopbasen godkendte tilladelser fra Datatilsynet; en tilladelse til opbevaring af Rygestopbasens data placeret i Region Hovedstaden samt en tilladelse til opbevaring af data til forskningsmæssig brug.

Årsrapporten viser, at i 2013 fik kun 3 ud af 1000 rygere kvalitetssikret rygestopbehandling med personlig kontakt, hvilket er uændret i 2014. Dette skyldes, at kommuner, hospitaler, praktiserende læger, apoteker og andre har lukket ned for rygestopbehandling uden at overveje konsekvenserne. Flere geografiske områder er nu uden kvalitetssikrede tilbud, hvilket har alvorlige sundhedsmæssige og økonomiske konsekvenser både for den enkelte, for sundhedsvæsenet og for samfundet generelt. De sidste to år (2014 og 2013) er rygningen uændret fra året før og er ikke gået ned, som det ellers er set hvert år i over 50 år. Omkring 17 % af danskerne ryger stadig.

I 2014 var 3.971 borgere i rygestopbehandling mod 4.517 i 2013 og 6.130 i 2010. Denne generelle reduktion er i skarp kontrast til Sundhedsstyrelsens anbefalinger på 3 % og de internationale NICE anbefalinger på 5 % af landets rygere, der skal gennemføre rygestopbehandling med personlig kontakt per år. Det er både inhumant og dybt uøkonomisk at reducere behandlingen, som det sker nu.

Derfor er Sundhedsstyrelsens nye indsats med målrettede programkoncepter og systematisk opfølgning meget relevant.

Det danske guldstandardprogram (GSP) blev udviklet i Danmark og efterfølgende kvalitetssikret. GSP er et af de mest effektive rygestopprogrammer i verden. Dette er både vist i forskningsprojekter og i det virkelige liv

via Rygestopbasen. I Danmark kalder vi det bare for standardforløb, men internationalt benævnes det GSP på grund af den overordentlige gode effekt.

En omfattende undersøgelse fra Rygestopbasen konkluderer, at GSP ikke kun er effektiv blandt generelle patienter, men også blandt psykiatriske patienter [1]. Et andet forskningsprojekt påviser ligeledes forbedret effekt af den psykiske tilstand efter rygeophør blandt både psykiatriske og andre patientgrupper [2].

Dette er yderst interessant set i lyset af en række aktuelle forskningsresultater, som påviser udvikling af psykoser blandt rygere sammenlignet med ikke-rygere [3]. Dette står således i kontrast til den hidtil dominerende opfattelse af rygning blandt psykiatriske patienter som en form for selvmedicinering.

Hanne Tønnesen, Formand for styregruppen.

Opsummering

I denne rapport præsenterer Rygestopbasen effekten og omfanget af rygestopbehandling i Danmark for året 2014 samt 2013 med opfølgning i 2014. Opfølgningen af disse programmer strækker sig til efteråret 2014.

Den katastrofale nedgang i rygestopforløb efter kommunalreformen i 2007 ser nu ud til at være stagneret.

Antal deltagere på rygestopkursus	2010	2011	2012	2013	2014
Kommuner	4.370	3.771	4.606	3.852	3.459
Apoteker	1.190	892	571	374	331
Hospitaler	363	161	126	134	92
Praktiserende læger & tandlæger	133	74	2	0	0
Andre private aktører	74	61	64	152	81
Andre	0	0	0	5	8
Totalt	6.130	4.959	5.369	4.517	3.971

Til tallene kommer 10-12 % anonyme deltagere.

Faldet er især sket i kommunerne og på apotekerne, som det ses i tabellen. Hospitalerne lukkede ned for afholdelse af rygestopforløb i 2011 og er forblevet på et uforståeligt lavt niveau.

Rapporten viser samtidig effekten af rygestopbehandlingen i forhold til Rygestopbasens fem indikatorer og kvalitetsmål over tid.

Hver indikator er opgjort for det nationale gennemsnit, for kommunernes samlede indsats og for de enkelte rygestopenheder.

På trods af den fortsatte nedgang i antallet af rygestopforløb er kvaliteten stadig høj. Flere deltagere gennemfører nu deres forløb. Antallet af røgfrie ved forløbets afslutning er faldet, og kvitraten efter 6 måneder er ligeledes faldet. Dog er opfølgingsraten den højeste nogenside, hvilket styrker datakvaliteten. Tilfredsheden med forløbene viser en let faldende tendens gennem de seneste fire år.

Indikator	Mål	2010-11	2011-12	2012-13	2013-14	2014-15
1) Gennemførelse	80 %	57 %	62 %	69 %	70 %	71 %
2) Røgfri ved kursusafslutning	80 %	71 %	66 %	60 %	54 %	59 %
3) Opfølgingsrate	80 %	80 %	81 %	84 %	88 %	-
4) Røgfri efter 6 måneder	50 %	42 %	39 %	40 %	36 %	-
5) Tilfredshed med kurset	90 %	86 %	85 %	83 %	81 %	-

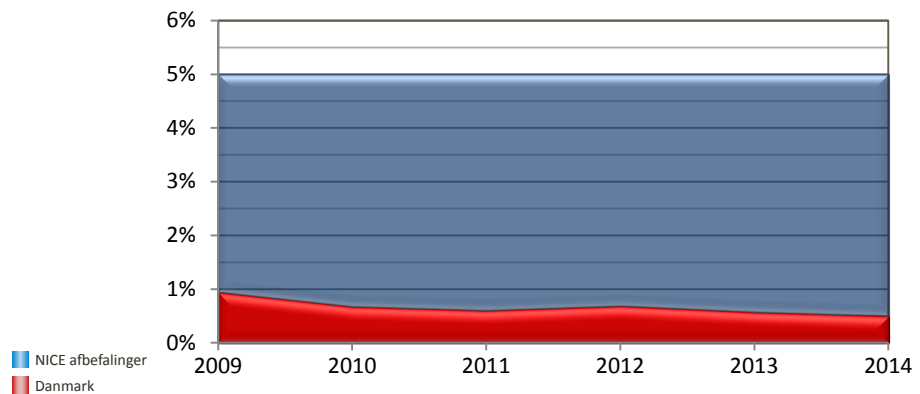
I år opfylder lidt færre rygestopenheder kvalitetsmålene sammenlignet med sidste år. Én enhed opfylder 4 af de 5 kvalitetsmål mod to enheder sidste år. Desuden opfylder tre enheder 3 af de 5 kvalitetsmål i år.

Indikator	Kvalitetsmål	Antal enheder, der har opfyldt kvalitetsmålet
1) Gennemførelse	80 %	18
2) Røgfri ved kursets afslutning	80 %	2
3) Opfølgingsrate	80 %	27
4) Røgfri efter 6 måneder	50 %	3
5) Tilfredshed med kursert	90 %	5

Således modtager kun 3 promille af landets rygere den kvalitetssikrede rygestopbehandling årligt mod de internationalt anbefalede 5 %.

Faldet i deltagere er langt større end det tilsvarende fald i rygning.

På baggrund af denne rapport anbefaler Rygestopbasen, at der hurtigt sættes ind i forhold til at:



- ti til femten-doble rekrutteringen til rygestopbehandling
- øge informationen om den høje effekt af de danske standard rygestopforløb.
- iværksætte kvalitetssikrede rygestopforløb på hospitaler, hos jordemødre, praktiserende læger samt kommuner og andre arenaer, hvor de helt mangler samt opruste eksisterende udbud.

1. Om Rygestopbasen

1.1

FORMÅL

Rygestopbasen er en national database til opfølgning og kvalitetssikring af rygestoptilbud. Den er et gratis tilbud til alle rygestopenheder, der ønsker en ekstern dokumentation og evaluering af deres rygestopaktiviteter. Derudover giver Rygestopbasen en unik mulighed for at sammenligne resultater rygestopenhederne imellem.

Formålet med Rygestopbasen er også at undersøge, hvilke rygestoptilbud, der er mest effektive og forbundet med færrest omkostninger, med henblik på at finde frem til, hvordan vi bedst kan hjælpe rygerne med at blive røgfrie.

Sådan begyndte det

Rygestopbasen begyndte som et forskningsprojekt med dataindsamlingen fra 1. januar 2001 til 2004. Herefter blev Rygestopbasens organisation forankret med repræsentation af Sundhedsstyrelsen, Kommunernes Landsforening, Danske Regioner, Apotekerforeningen, Sund By Netværket og STOPLINIEN. Samtidig blev skemaerne optimeret, og der blev udviklet et internetbaseret elektronisk indtastnings-/afrapporteringsmiljø. Udviklingsfasen varede til udgangen af 2005, og fra 2006 var alle ændringerne implementeret i Rygestopbasen.

1.2

KVALITETSUDVIKLING

Rygestopbasen er et uvurderligt redskab i kvalitetsarbejdet på rygestopområdet. Her er målet at monitorere og vurdere, om resultaterne af rygestoptilbuddene lever op til de fastsatte kvalitetsmål samt at forbedre eller fastholde resultaterne, alt efter om de opfylder målene.

Rygestopbasen er først og fremmest et redskab til kvalitetsudvikling i den enkelte rygestopenhed, men den bruges også til at synliggøre kvaliteten af rygestoptilbuddene overfor borgerne, så de kan træffe et informeret valg om, hvilket rygestoptilbud de vil benytte. Det samme gør sig gældende i forhold til de sundhedsprofessionelle, der rådgiver og henviser rygere til rygestopbehandling.

Kliniske kvalitetsdatabaser

Kliniske kvalitetsdatabaser bruges til at vurdere kvaliteten af sundhedsvæsenets indsats overfor specifikke patientgrupper, med udgangspunkt i det enkelte patientforløb.

Rygestopbasen har i sin etableringsfase medvirket til at skabe konsensus om kvalitetsmål og indikatorer, således at man i dag kan måle forbedringer eller forværringer i kvaliteten af behandlingen.

Rygestopkurser bliver udbudt af en bred vifte af aktører, og der er flere modeller for, hvordan man sammensætter det bedste rygestoptilbud til den enkelte ryger. Derfor er det også vigtigt at sikre sig, at de tildelte ressourcer bruges så hensigtsmæssigt som muligt. Før Rygestopbasen var der ingen systematisk måde at vurdere effekten af de mange aktiviteter på - hverken nationalt eller internationalt.

I dag kan alle rygestopbehandlinger dokumenteres og evalueres, inklusiv programmer målrettet unge, storrygere, gravide, nye fleksible behandlinger og alternative behandlinger.

Rygning er stadig den mest belastende enkeltstående risikofaktor for folkesundheden i Danmark. Omkring 14.000 danskere dør hvert år som en konsekvens af rygning. Det svarer til ca. en fjerdedel af alle dødsfald [4].

Alvorlighed

Rygning forårsager udvikling af de hyppigste kroniske sygdomme som fx KOL, hjertekarsygdomme og kræft og medfører en fordobling af operationskomplikationer. Omkring halvdelen af alle rygere dør som konsekvens af rygerelaterede sygdomme. Dertil kommer, at rygere i gennemsnit lever både ca. 7 år kortere og har dårligt selvvurderet helbred i cirka 10 år mere (af deres kortere levetid) end ikke-rygere.

Omfang

Antallet af rygestopforløb med personlig kontakt er faldet drastisk efter kommunalreformen [5].

17 % af alle danskere over 15 år ryger dagligt i både 2012, 2013 og 2014 [6], hvilket svarer til mere end 790.000 danskere [7]. Blandt hospitalspatienter er der forholdsvis flere rygere.

Eksempel: I en kommune med 50.000 indbyggere vil der være ca. 8.500 rygere. For at opfylde de internationale anbefalinger på 5 % skal 425 rygere per år modtage et rygestopforløb med personlig kontakt i deres kommune.

Økonomi

For samfundet beløber de årlige totale omkostninger ved rygning sig til i alt ca. 27 mia. kr. svarende til 4.800 kr. for hver dansker per år [8]. I denne beregning er der dog ikke taget højde for fx ekstra udgifter til flere operationskomplikationer hos rygere, eller at staten hvert år har en indtægt fra salg af tobaksvarer. Indtægten beløb sig i 2013 til 8,4 mia. kr., og i 2014 skønnes beløbet til omtrent 7,1 mia kr., hvilket således dækker godt en fjerdedel af omkostningerne [9].

Det koster i gennemsnit ca. 1.000 kr. per ryger at afholde et dansk standard rygestopforløb (GSP), hvor hver 3. ryger forbliver kontinuerligt røgfri.

Behandling

Rygestoptilbud henvender sig til rygere, der ønsker hjælp til at holde op med at ryge, heriblandt rygere med rygerelaterede sygdomme. Rygestopbasen registrerer alle former for rygestopbehandling til fx:

- rygere, der endnu ikke har pådraget sig kliniske rygerelaterede livsstilssygdomme, men hvor vedvarende rygning kan medføre disse lidelser
- patienter med rygerelaterede sygdomme som fx KOL, hjertekarsygdomme og lungecancer, hvor vedvarende rygestop forbedrer helbredstilstanden
- operations-, astma- og diabetespatienter, hvor rygning øger risikoen for komplikationer, og rygestop effektivt nedsætter denne risiko
- gravide rygere og rygere med børn, børnebørn eller andre familiedemedlemmer, der er særligt udsat ved passiv rygning

- ny evidens har påvist tydelig forbedring af den mentale sundhed efter rygestop. Bl.a. nedsættes angst-, depression- og stresssymptomer gennemsnitligt med ca. 1/3.

YDERLIGERE INFORMATION

På Rygestopbasens hjemmeside (www.rygestopbasen.dk) kan du læse mere om Rygestopbasen og se flere resultater.

2. Organisering af Rygestopbasen

2.1

HVEM STÅR BAG RYGESTOPBASEN

Rygestopbasens sekretariat indgår i WHO Collaborating Centre for Evidence-Based Health Promotion in Hospitals and Health Services på Bispebjerg & Frederiksberg Hospital.

Rygestopbasens drift og udvikling er finansieret af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og Bispebjerg & Frederiksberg Hospital samt Region Hovedstaden.

Styregruppen består af (2014):

- Hanne Tønnesen, WHO-CC, Bispebjerg Hospital (formand)
- Astrid Blom, Sundhedsstyrelsen
- Camilla Neuper Kjeldal, Apotekerforeningen
- Birthe Søndergaard, Apotekerforeningen
- Nina Gath, Kommunernes Landsforening
- Birgitte Harbo, Danske Regioner
- Torben Evald, Nordsjællands Hospital.

Brugergruppen består af (2014):

- Marianne Viskum, Sund By Netværket
- Lise Søndergaard, Ålborg Sygehus
- Beate Simonsen, Københavns Kommune & STOPLINIEN
- Camilla Neuper Kjeldal, Apotekerforeningen
- Birgit Bøtker, Hedensted Kommune
- Niels Fibæk Bertel, Rygestopbasens sekretariat, WHO-CC.

3. Dataindsamling

3.1

HVILKE RYGESTOPPROGRAMMER REGISTRERES

Rygestopbasen bliver benyttet af rygestopenheder fra hele landet.

I Rygestopbasen defineres en rygestopenhed som enhver, der tilbyder et systemiseret rygestopprogram. Det kan både være offentlige og private udbydere, det kan være institutioner, eller det kan være enkeltpersoner. De tilmeldte enheder er primært kommuner og apoteker. Derudover er der også tilmeldt enheder på sygehuse og jordemoderklinikker, praktiserende læger, sundhedscentre, tandlæger og andre private aktører. Gennem Rygestopbasen er det fx muligt for alternative behandlere at måle resultatet af deres rygestopprogrammer op mod andre behandlere.

Med denne brede vifte af rygestopudbydere er der også stor variation i de rygestopprogrammer, der bliver registreret i Rygestopbasen.

Langt de fleste rygestopprogrammer, der registreres i Rygestopbasen, er dog det, vi betegner som standardforløb, hvilket svarer til det internationale Gold Standard Program (GSP).

Det er dog vigtigt at pointere, at vi i det følgende anvender begrebet rygestopkursus om enhver form for rygestopintervention. Det kan fx både være et hold eller et individuelt forløb, og det kan strække sig over én eller flere mødegange eller behandlinger.

Hvad kræver det at være med Når en rygestopenhed tilmelder sig Rygestopbasen, forpligter enheden sig til at:

- benytte Rygestopbasens standardskemaer
- registrere samtlige aktiviteter via Rygestopbasens tastselv-miljø
- følge op telefonisk på alle deres deltagers rygestatus 6 måneder efter deltagerens rygestop.

3.2

DATAINDSAMLING

Data til Rygestopbasen bliver indsamlet via fire overskuelige spørgeskemaer. Skemaerne bliver udfyldt i rygestopenhederne enten online eller i papirversion, der senere bliver indtastet via Rygestopbasens tastselv-miljø på internettet. Skemaerne kan ses i bilag 1, og tastselv-miljøet gør det enkelt at overskue dataindsamlingen.

Vi anbefaler, at data om et rygestopforløb indtastes umiddelbart efter kursets afslutning, men det er aldrig for sent at indrapportere data til Rygestopbasen. Hvis man vil gøre brug af tastselv-miljøets automatiske opfølgingsliste, skal skemaerne dog tages ind senest 5 måneder efter deltagerens rygestopdag.

Registreringsskemaet

For hvert kursus der bliver afholdt, skal instruktøren udfylde ét registreringsskema, uanset om det er et individuelt eller et gruppeforløb. Registreringsskemaet indeholder informationer om den behandling, rygerne har fået. Der er fx spørgsmål om start-, slut- og rygestopdato, målgruppe, type af rygestoptilbud, metode, holdstørrelse og antal mødegange.

Basisskemaet

På første mødegang udfylder hver deltager et basisskema med oplysninger om fx deres rygehistorik, nikotinafhængighed (vha. Fagerströms score), sociale og demografiske baggrundsoplysninger samt om de giver tilladelse til, at de må kontaktes senere.

Opfølgningsskemaet

Den tilmeldte rygestopenhed er ansvarlig for, at alle deltagere, der er begyndt på et forløb, bliver kontaktet telefonisk for at følge op på deres rygestatus. Opfølgningen skal ske 6 måneder efter den planlagte rygestopdag. Deltagere, der på basisskemaet har frabedt sig at blive kontaktet igen, skal naturligvis ikke ringes op. Rygestopenheden behøver ikke selv kontakte deltagerne, men kan fx benytte sig af STOPLINIEN, der tilbyder opfølgning og rådgivning af deltagerne.

Skemaet indeholder oplysninger om deltagerens rygestatus, tilfredshed med kurset og brug af rygetrangsreducerende medicin.

Skemaet årsag til manglende opfølgning

Hvis det ikke er muligt at følge op på en deltager, skal skemaet "Årsag til manglende opfølgning" udfyldes i stedet for opfølgningsskemaet.

Når en deltager uden held er forsøgt kontaktet fire gange på forskellige tidspunkter af dagen (heraf mindst ét opkald efter kl. 17.00), kan forløbet afsluttes ved at udfylde dette skema.

3.3

DÆKNINGSGRAD

Rygestopbasens dækningsgrad kan ikke opgøres helt systematisk, da der ikke eksisterer nogen valid datakilde, der beskriver, hvor mange rygestopudbydere, der findes.

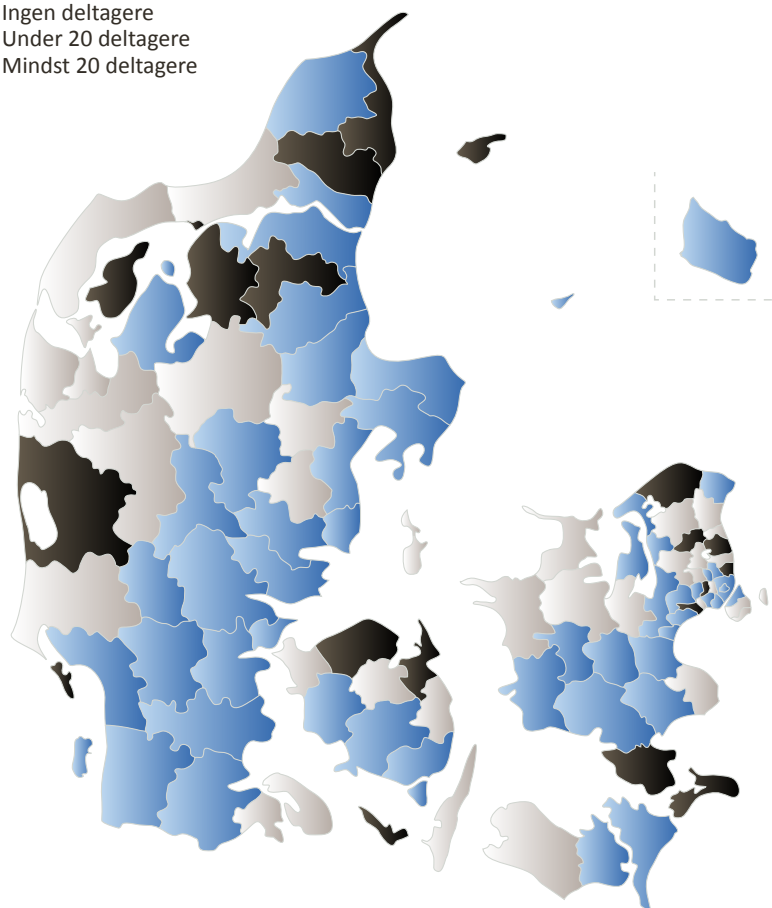
Vi skønner dog ud fra kursusbeskrivelser og hjemmesider med videre, at 80-90 % af alle rygestopenheder, der tilbyder systematiseret rygestopbehandling med personlig kontakt, er tilmeldt Rygestopbasen.

I 2014 blev der indrapporteret data fra et kommunalt tilbud fra 80 af de 98 kommuner, mens der blev leveret data fra mindst ét apotek i 21 kommuner. Derudover er der leveret data fra hospitaler, praktiserende læger og andre private udbydere til Rygestopbasen.

Det store kort på næste side viser de kommuner, der via én eller flere offentlige eller private rygestopudbydere i 2014 har registreret deltagere i Rygestopbasen.

På Rygestopbasens hjemmeside (www.rygestopbasen.dk) kan man se et mere detaljeret kort med en oversigt over, hvilke rygestopenheder, der er tilmeldt i de enkelte kommuner.

■ Ingen deltagere
 ■ Under 20 deltagere
 ■ Mindst 20 deltagere



Kommentar: Det store kort viser Rygestopbasens dækning i 2014. Data er leveret fra én eller flere offentlige eller private rygestopudbydere.

De 18 sorte kommuner har ikke leveret data til Rygestopbasen, de hvide kommuner har leveret data fra mindre end 20 deltagere, mens de mørkeblå kommuner har leveret data fra mindst 20 deltagere.

Sorte områder på landkortet

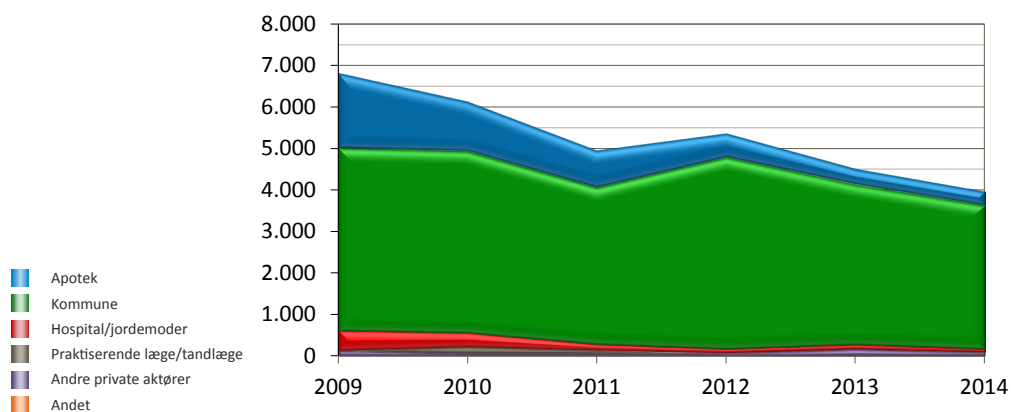
I 2014 blev der indrapporteret data til Rygestopbasen fra 80 kommuner mod 76 kommuner i 2013. De 4 nye kommuner i 2014 er henholdsvis Brøndby, Rødovre, Skanderborg og Halsnæs Kommune. Følgende 18 kommuner indrapporterede ikke data i 2014:

Allerød	Kerteminde	Vordingborg
Brønderslev	Læsø	Ærø
Fanø	Morsø	
Frederikshavn	Nordfyn	
Gentofte	Rebild	
Glostrup	Ringkøbing-Skjern	
Gribskov	Rudersdal	
Ishøj	Vesthimmerland	

3.4 AKTIVITETSNIVEAU

Udbydere

Kommunerne er i dag den dominerende arena for afholdelse af rygestopkurser. I flere tilfælde har kommunerne aftale med private aktører, som f.eks. apotekerne, om at varetage opgaven.



Kommentar: Antal deltagere fordelt på udbydere. I 2014 deltog 98 % af deltagerne på et kursus på apoteker, hospitaler/jordemødre eller kommuner/regioner mod 97 % i 2013. I 2012 var andelen 99 %.

3.5 DATAKOMPLETHED

Vi har opgjort, hvor stor en del af spørgsmålene på de indrapporterede spørgeskemaer, der er blevet udfyldt. Opgørelsen viser, at datakompletheden er meget høj.

Skema	Procent udfyldt
Registrering	100 %
Basis	98 %
Opfølgning	98 %

3.6 DATAVALIDITET

For at sikre datakvaliteten bliver der anvendt valideringstjek i tastemiljøets indtastningsflade. Dette sikrer, at der f.eks. ikke kan tages datoer ind, der ikke eksisterer. Derudover forhindrer valideringsreglerne, at man kan afslutte en registrering, så længe der er obligatoriske felter, som ikke er udfyldt.

Desuden foretager vi manuelle tjek af f.eks. kronologien i kursernes startdato, rygestopdato og slutdato, således at et kursus startdato ikke ligger efter slutdatoen.

Derudover kontrollerer vi CPR-numre, hvor der ikke er datovalideringsregler indlagt, hvorfor det er muligt at taste en ikke eksisterende fødselsdato ind.

3.7 DATAGRUNDLAG

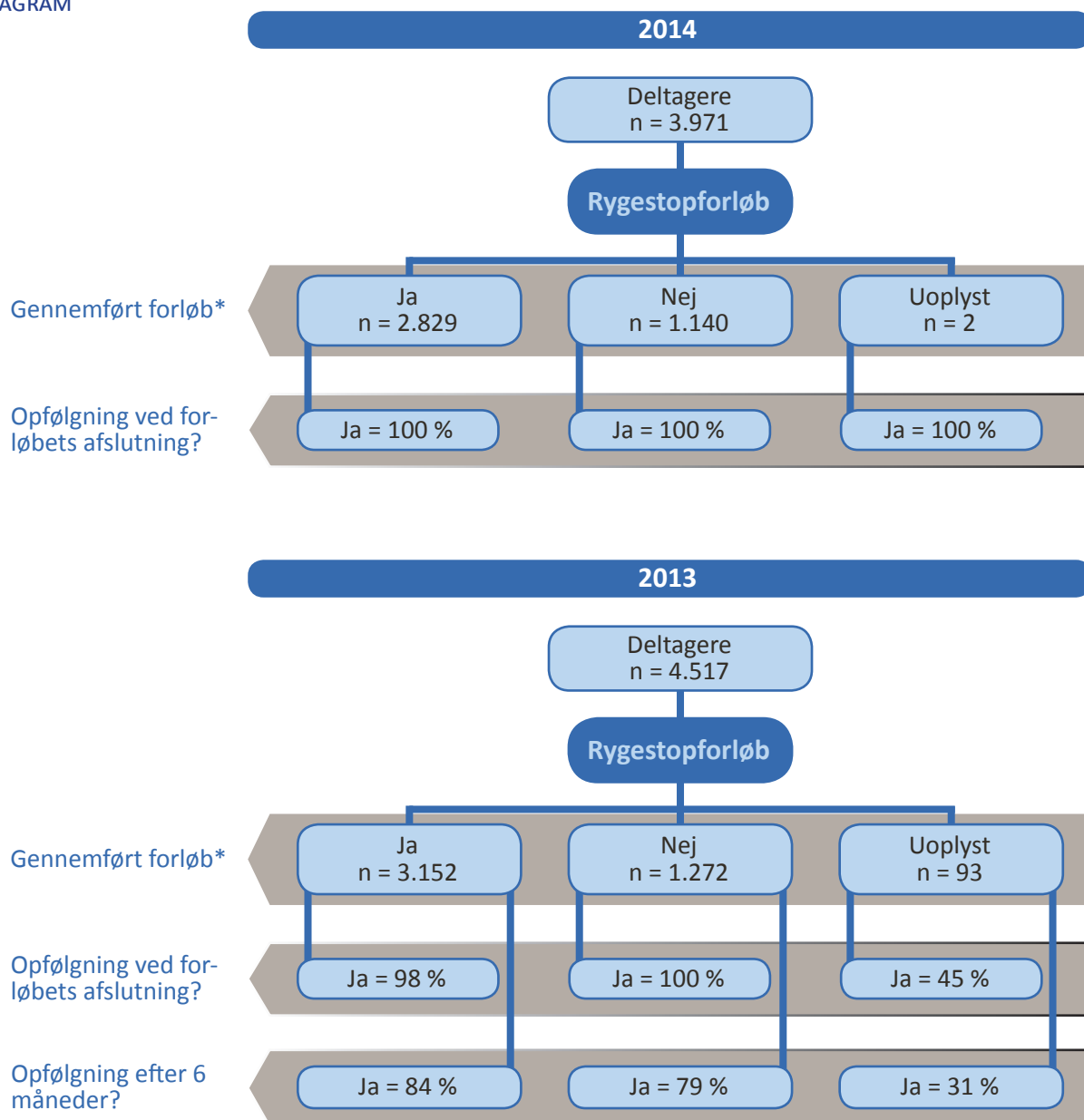
Data til denne rapport er trukket i uge 16 i 2015. Kun kurser og deltagere, der er indrapporteret på dette tidspunkt, indgår. Årets data sammenlignes med de tidligere 5 år. I alt indgår 31.762 deltagere i perioden 2009-2014. Årsinddelingerne i rapporten er foretaget på baggrund af det år, deltagerne har påbegyndt deres rygestopkursus.

4. Resultater

Resultatet af et rygestopforløb påvirkes af mange kendte faktorer, såkaldte prognostiske faktorer. De følgende resultater dækker perioden 2014 samt 2013 med opfølgning i 2014. I 2014 deltog 3.971 rygere på et rygestopforløb. Af disse rygere er ca. 7 % registreret som anonyme deltagere og indgår derfor ikke i de følgende resultater.

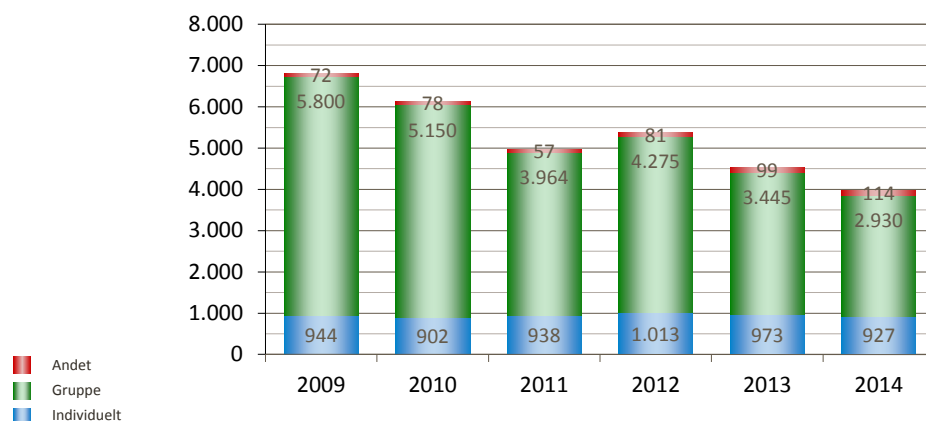
I resultatafsnittet er der hovedsageligt anvendt diagrammer til at vise antal, frekvenser og fordelinger af de prognostiske faktorer.

4.1 FLOW-DIAGRAM



* En deltager har gennemført et forløb, når han/hun har været til stede minimum 75 % af de planlagte mødegange.

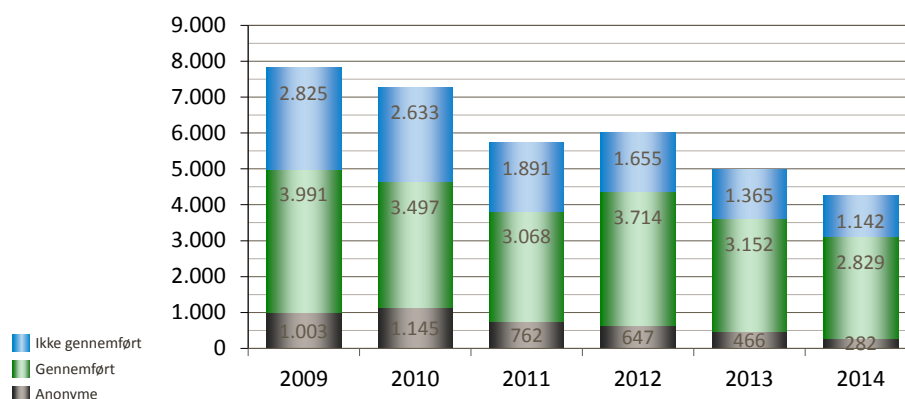
4.2 DELTAGERE FORDELT PÅ KURSUSTYPE



Deltagere fordelt på kursustype.

Kommentar: Antallet af deltagere med individuelt forløb har været relativt stabilt over tiden. Det er primært gruppeforløbene, som er reduceret til ca. halvdelen i perioden 2009-2014. Det gennemsnitlige antal af deltagere på et gruppekursus har svinget. Der var i gennemsnit 3 deltagere i 2012-13 mod 8-9 i årene før. I 2014 er gennemsnitsantallet igen steget til 7 deltagere.

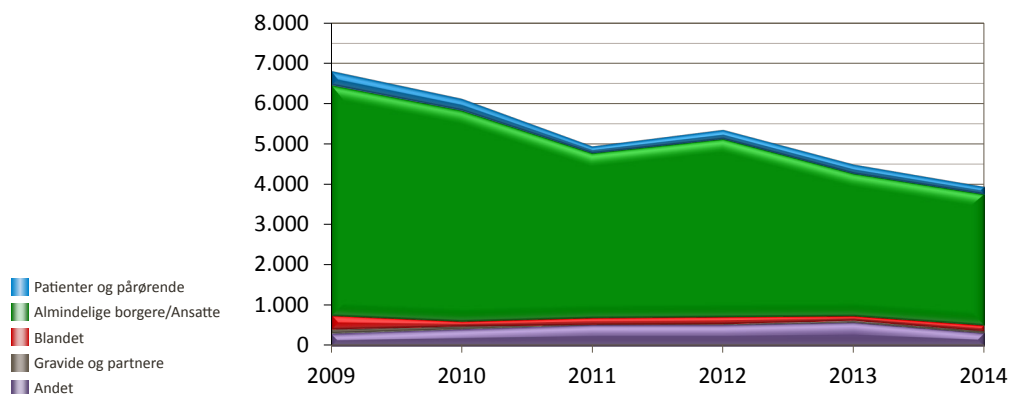
4.3 DELTAGERE PÅ RYGESTOPKURSUS



Deltagere på rygestopkursus.

Kommentar: En deltager har gennemført et standardforløb, når han/hun har deltaget i minimum 75 % af kursets mødegange svarende til 4 ud af 5 møder på et GSP forløb. For at gennemføre et Kom & Kvit-forløb skal en deltager være til stede ved minimum 4 møder, ud af i alt 8 tilbudte samt et indledende møde. I 2014 udgjorde andelen af deltagere 58 % af det antal deltagere, der fik et rygestoptilbud i 2009. Gennemførelsen er steget støt, selvom det samlede antal deltagere er faldet over tid. Gennemførelsen er øget fra 60 % til 71 % fra 2009-2014. Det kan skyldes, at kun de mest motiverede rygere deltager på rygestopforløb i dag. Anonyme deltagere er deltagere, der har været på kursus, men hvor der ikke er blevet registreret et basisskema i Rygestopbasen. I perioden 2009-2014 er andelen af anonyme deltagere faldet fra 16 % til 7 %.

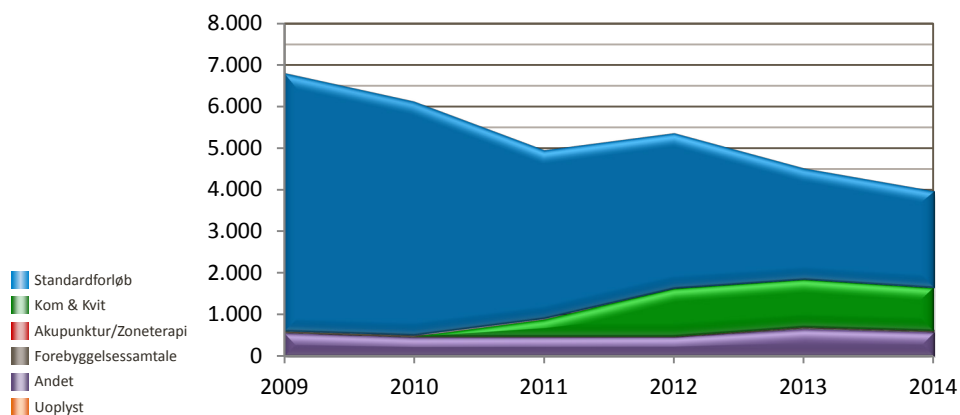
4.4 MÅLGRUPPE



Deltagere fordelt på målgruppe.

Kommentar: Gennem de seneste tre år er det sket et markant fald i antallet af almindelige borgere og ansatte, der har været på et rygestopforløb. De øvrige grupper har været stabilt lave siden 2009 efter den store reduktion i 2007-08, hvor kommunalreformen blev indført.

4.5 BEHANDLINGSMETODE

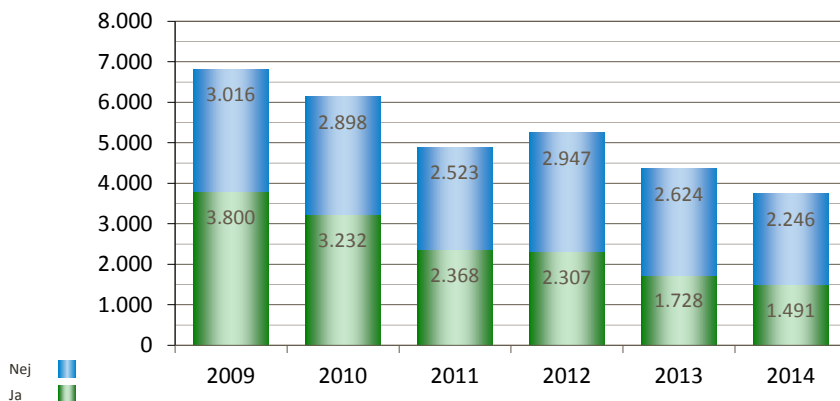


Deltagere fordelt på behandlingsmetode.

Kommentar: Standardforløb har 5 møder fordelt på 6 uger. Det er kursusforløb afholdt efter metoden beskrevet af Kræftens Bekæmpelse.

Det blev muligt at registrere behandlingsmetoden Kom & Kvit i Rygestopbasen den 29. november 2011 (med mulighed for at tilbage-registrere). Her tilbydes hver deltager minimum 8 valgfrie møder samt et introduktionsmøde. Som det fremgår af grafen, er der stort set ingen alternative behandlere, der anvender Rygestopbasen, selvom de også kan anvende den gratis.

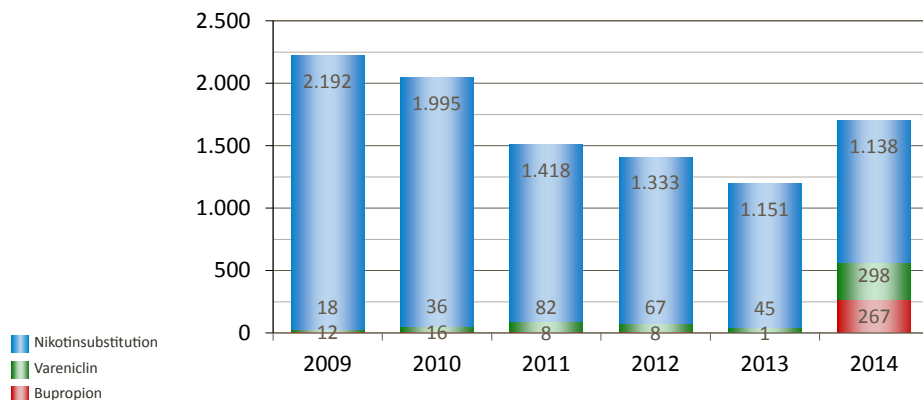
4.6 TILBAGEFALDSFOREBYGGELSE



Deltagere på kurser, hvor der er planlagt tilbagefaldsforebyggelse som en del af kurset.

Kommentar: Tilbagefaldsforebyggelse bliver for langt størstedelens vedkommende (85-94 %) afholdt som telefonopkald eller møder. Andelen med planlagt tilbagefaldsforebyggelse er faldet gennem perioden fra 56 % til 40 %, men over årene er andelen af deltagere, for hvem der er planlagt tilbagefaldsforebyggelse, faldet.

4.7 GRATIS RYGETRANGSREDUCE- RENDE MEDICIN

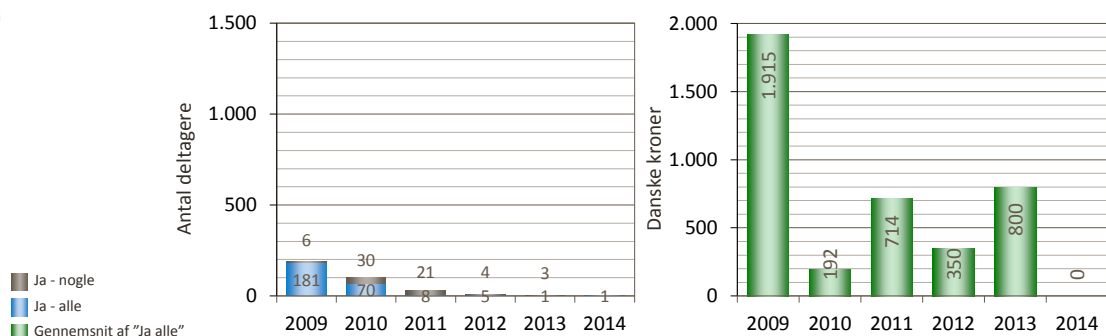


Deltagere, der har fået udleveret gratis nikotinsubstitution og anden rygetrangsreducerende medicin.

Kommentar: Både andelen og antallet af deltagere, der har fået udleveret gratis nikotinsubstitution og anden rygetrangsreducerende medicin, er steget i 2014 efter flere års fald i perioden 2009-2013. Stigningen omfatter bupropion på 9 % og vareniclin på 10 %.

4.8

BRUGERBETALING



Deltagere, der selv har betalt for deres rygestopkursus, og det beløb de har betalt.

Kommentar: Betaling dækker alene de udgifter, deltagerne har haft til kurset og ikke af nikotinsubstitution eller anden rygetrangsreducerende medicin.

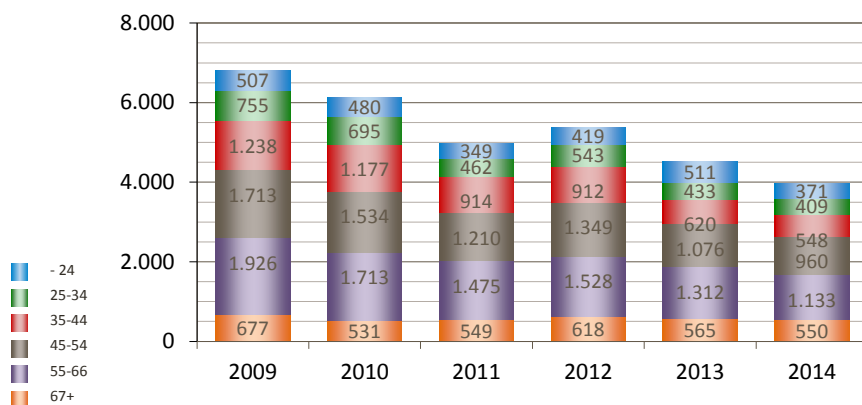
I 2009 betalte 2,3 % af deltagerne selv for deres rygestopforløb med en relativ høj gennemsnitspris. Den høje selvbetalning foregik hovedsageligt hos andre private aktører end apotekerne. I 2012 til 2014 var der stort set ingen selvbetalere (0,2 %; 0,1 %), og gennemsnitsprisen faldt markant til næsten 0 kr. i 2014.

Hvis andre private aktører end apoteker tages ud af beregningerne, ændres gennemsnitsprisen en del, så den i 2009 var den højeste med 239 kroner per betalende deltager og i 2010 den laveste med 134 kr. I 2014 har ingen deltagere betalt for deres rygestopkursus.

BESKRIVELSE AF DELTAGERNE

4.9

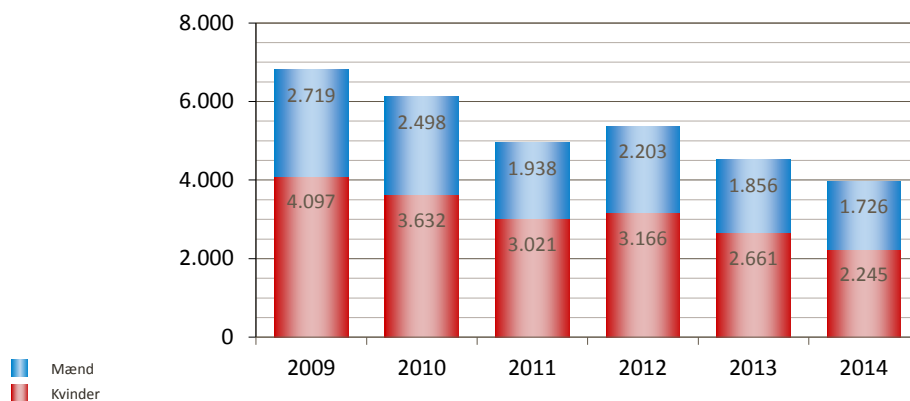
ALDER



Deltagernes alder ved rygestopforløbets start.

Kommentar: Fordelingen af de forskellige aldersgrupper over årene er stort set uændret. I 2014 udgjorde andelen af de yngste rygere (under 25 år) 9 % og i 2013 10 %. I denne periode er der også kommet øget politisk fokus på denne gruppes rygevaner, herunder projekt "Skod det nu" målrettet unge.

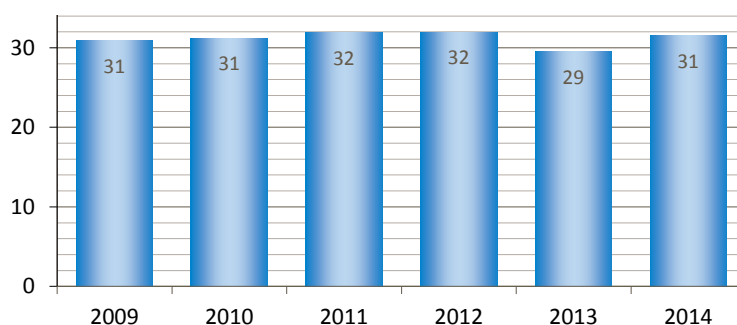
4.10 KØN



Deltagere fordelt på køn.

Kommentar: Andelen af kvinder, der har deltaget på et rygestopkursus, har alle år ligget på ca. 60 %.

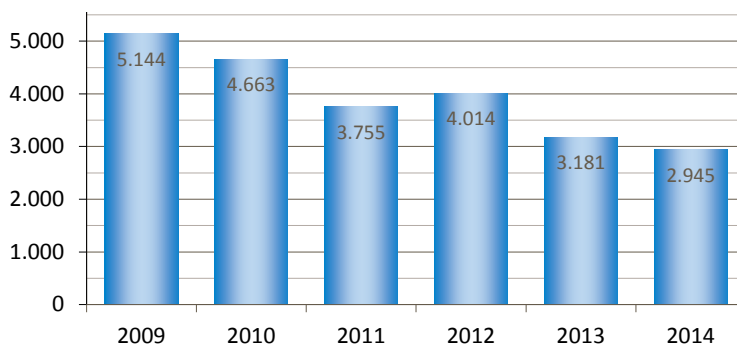
4.11 PAKKEÅR



Deltagernes gennemsnitlige antal pakkeår.

Kommentar: Pakkeår viser deltagernes samlede rygning, indtil de begynder rygestopkurset. Det er beregnet på baggrund af, hvor mange cigaretter en deltager ryger dagligt og antal rygeår. Et pakkeår svarer til at ryge 1 pakke cigaretter dagligt i ét år. Har en deltager fx røget 2 pakker cigaretter dagligt i ét år, svarer det til 2 pakkeår. Der har kun været mindre udsving i perioden 2009-2014.

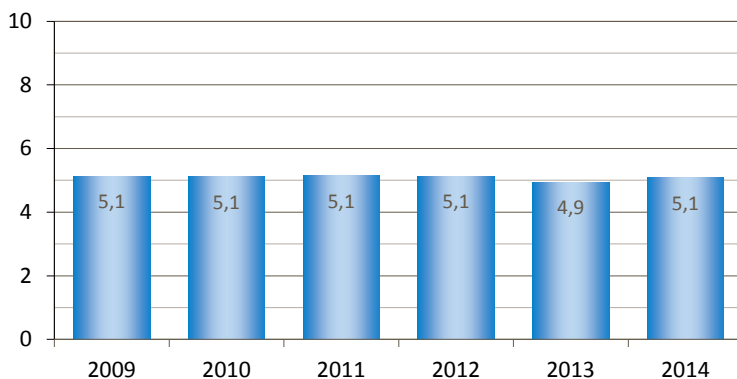
4.12 STORRYGERE



Storrygere på kursus.

Kommentar: Storrygere er her defineret som deltagere, der ryger mindst 15 gram tobak dagligt. Hovedparten af deltagere er storrygere. På trods af at der er sket et stort fald i det samlede antal deltagere over tid, har andelen af storrygere ligget på 70-76 % i hele perioden 2009-2014. I 2013 var andelen på 70 %, hvor den i 2014 lå på 74 % svarende til 2.945 storrygende deltagere.

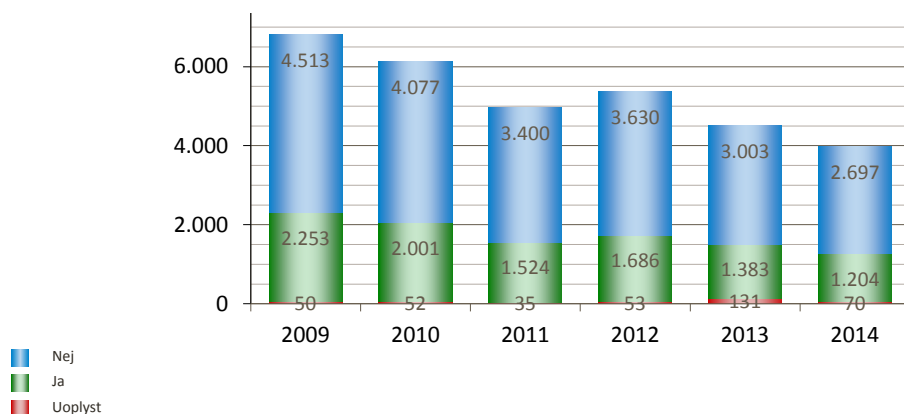
4.13 NIKOTINAFHÆNGIGHED (FAGERSTRÖMS SCORE)



Deltagernes gennemsnitlige nikotinafhængighed.

Kommentar: Fagerströms score er et udtryk for nikotinafhængighed bedømt på en skala fra 0-10, hvor 0 er ingen nikotinafhængighed, og 10 er meget høj nikotinafhængighed. Nikotinafhængigheden har stort set ikke ændret sig i perioden 2009-2014.

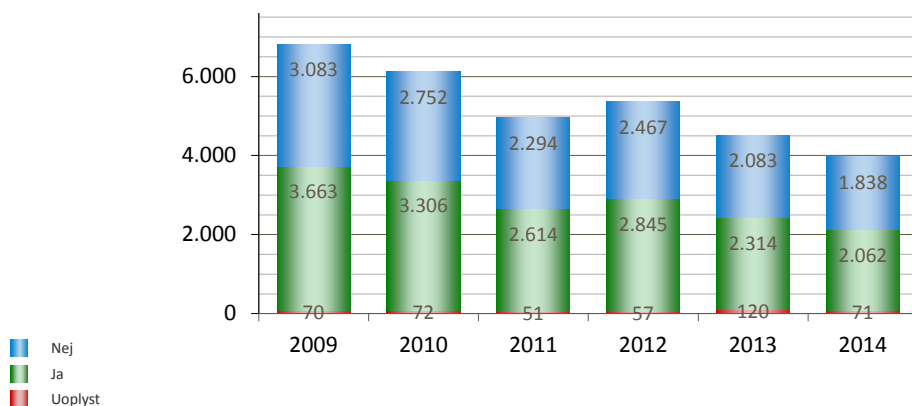
4.14 BOR MED RYGER



Deltagere, der bor sammen med en ryger.

Kommentar: Andelen har svinget mellem 30-33 % over tid med en let faldende tendens. I 2014 var andelen 30 %.

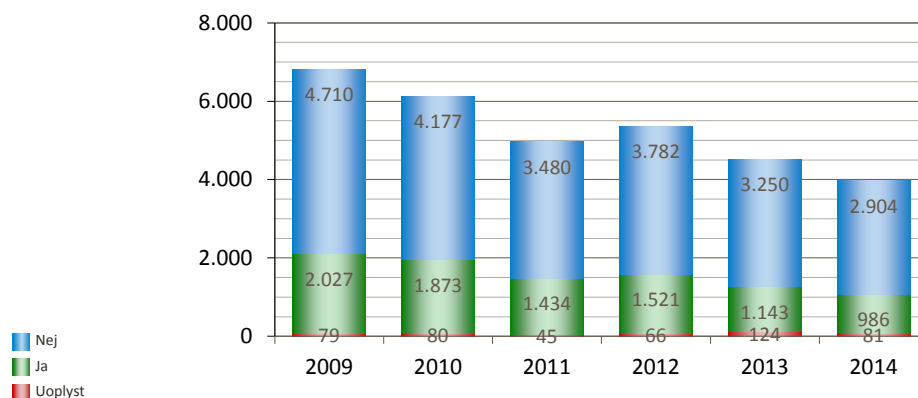
4.15 BOR MED VOKSNE



Deltagere, der bor sammen med mindst én voksen over 18 år.

Kommentar: Her har der kun været mindre variation over tid mellem 54 % i 2009 og 51 % i 2013. I 2014 lå andelen på 52 %.

4.16 BOR MED BØRN

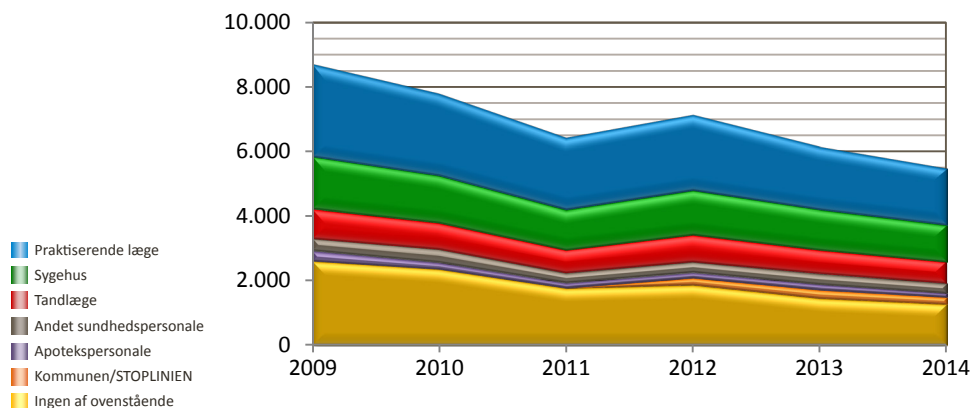


Deltagere, der bor sammen med mindst ét barn under 18 år.

Kommentar: I 2014 og 2013 boede 25 % af deltagerne på rygestopkursus sammen med mindst et barn mod 28 % i 2012. Faldet har været jævnt fordelt over årene.

Omvendt er der sket en stigning i andelen af aleneboende rygere, der kommer i behandling (dette kan ikke læses af figuren). Fra 2009 til 2012 er andelen af aleneboende rygere steget fra 31 % til 33 %. I 2013 og 2014 steg andelen yderligere til henholdsvis 35 % og 36 %.

4.17 OPFORDRET TIL RYGEOPHØR



Deltagere, der er blevet opfordret til rygeophør af sundhedspersonale.

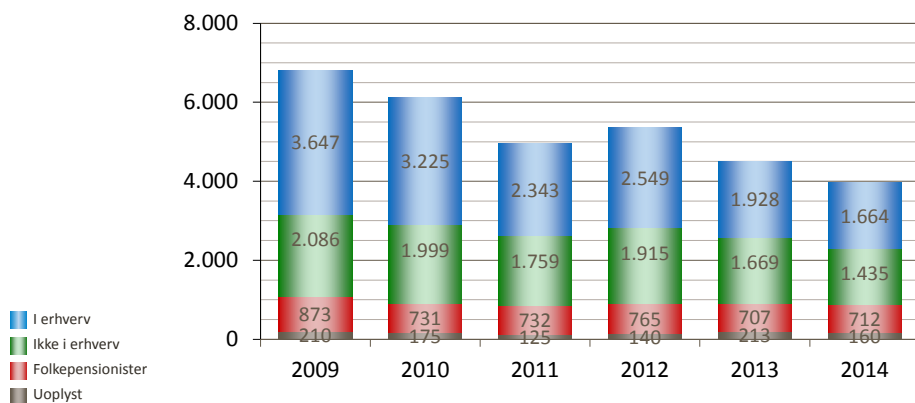
Kommentar: Deltagerne kan sætte flere krydser på dette spørgsmål, da de kan være blevet opfordret af flere. Trods et drastisk fald i antallet af afholdte kurser på sygehus, har man fastholdt opfordringen til rygerne om at holde op med at ryge. Andelen af deltagere, der afkrydser, at de er blevet opfordret af jordemoder, læge eller plejepersonale på sygehusene, har ligget på mellem 28 % og 29 % i årene 2013 og 2014. I perioden 2009-2012 lå andelen på mellem 24 % og 26 %.

Andelen af deltagere, der er blevet opfordret af deres praktiserende læge, er steget fra 41-42 % i 2009-2010 til 43-45 % i 2011-2014. I 2014 lå andelen på 44 %.

Muligheden for at sætte kryds ved kommunen/STOPLINIEN blev tilføjet den 29. november 2011.

4.18

ERHVERVSMÆSSIG STILLING



Deltagere fordelt på erhvervsmæssig stilling.

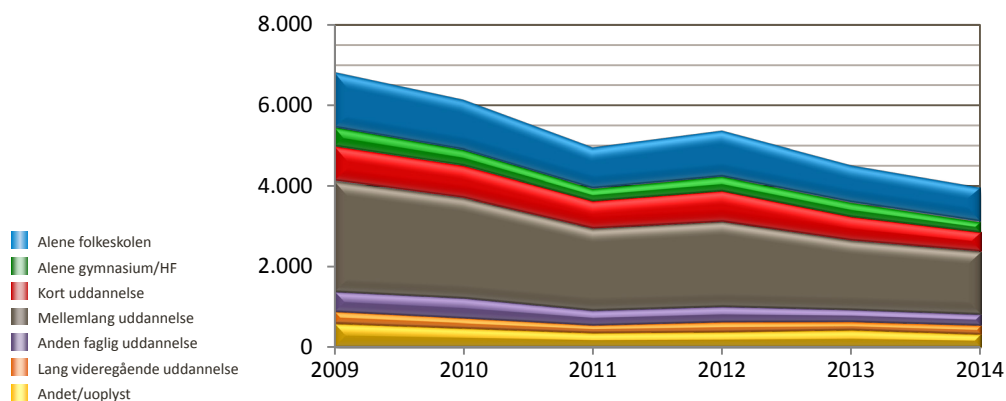
Kommentar: Resultaterne viser klart, at en større og større andel uden for arbejdsmarkedet kommer i behandling. I 2013 og 2014 lå andelen på henholdsvis 45 % og 46 % mod 38 % i 2009.

Samtidig er antallet af deltagere på arbejdsmarkedet faldet markant efter Rygelovens indførelse d. 15. august 2007. Senere har dette fokus været aftagende.

For en definition af "I erhverv" og "Ikke i erhverv" henvises til spørgsmål 8 på basisskemaet i bilag 1.

4.19

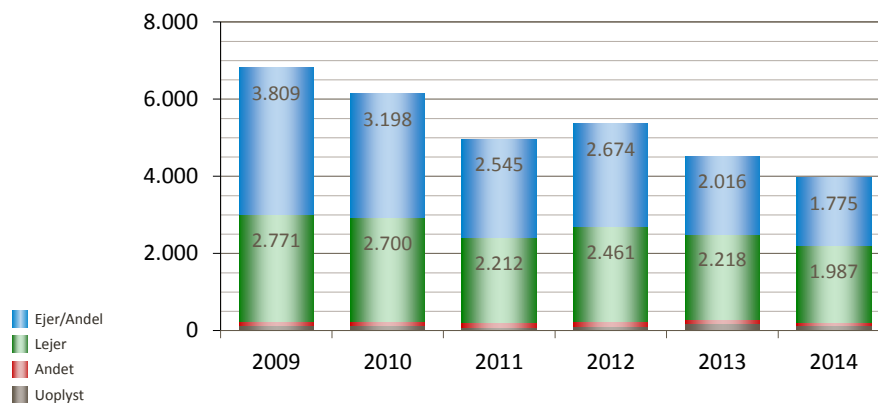
UDDANNELSE



Deltagere fordelt på højeste fuldførte uddannelse.

Kommentar: Der er ikke de store ændringer i deltagernes uddannelsesniveau over tid. Andelen med alene folkeskole er 20 % i 2009 og 21 % i 2014, mens andelen med mellemlang uddannelse er 40 % i 2009, 38 % i 2013 og 39 % i 2014.

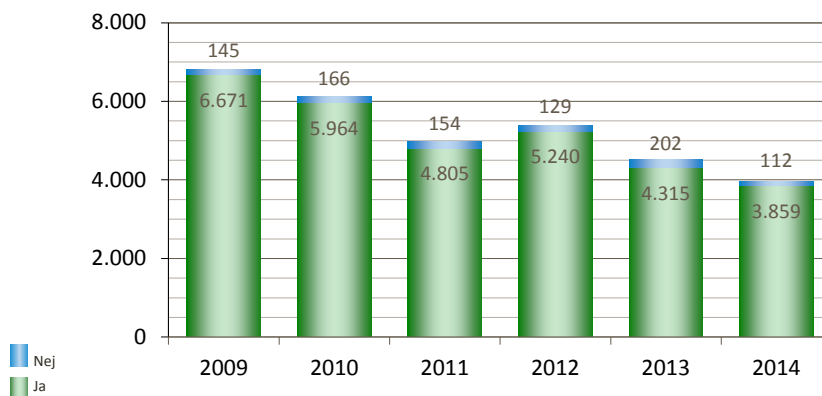
4.20 BOLIGFORM



Deltagere fordelt på boligform.

Kommentar: Over årene er der sket et fald i andelen af deltagere, der bor i ejer/andel i forhold til lejebolig. I 2009 boede 56 % i ejer/andel mod 50 % i 2012 og 45 % i 2013 og 2014. Omvendt steg lejere fra 41 % i 2009 til 50 % i 2014.

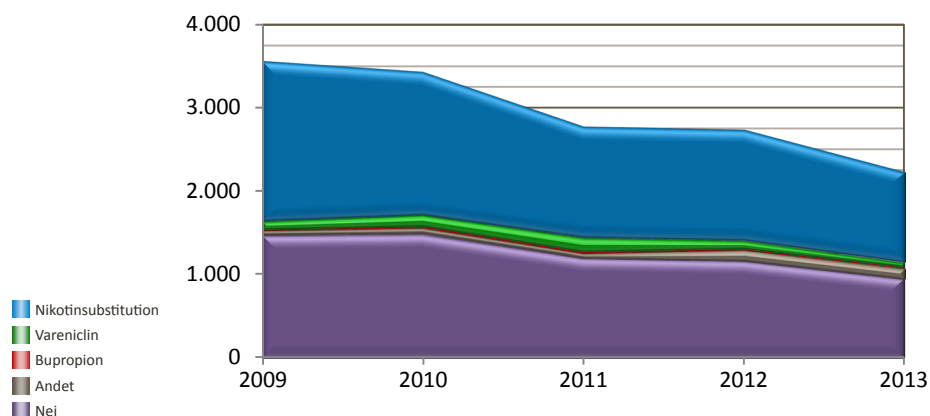
4.21 EFTERFØLGENDE KONTAKT



Deltagere, der siger ja til at blive kontaktet efter 6 måneder.

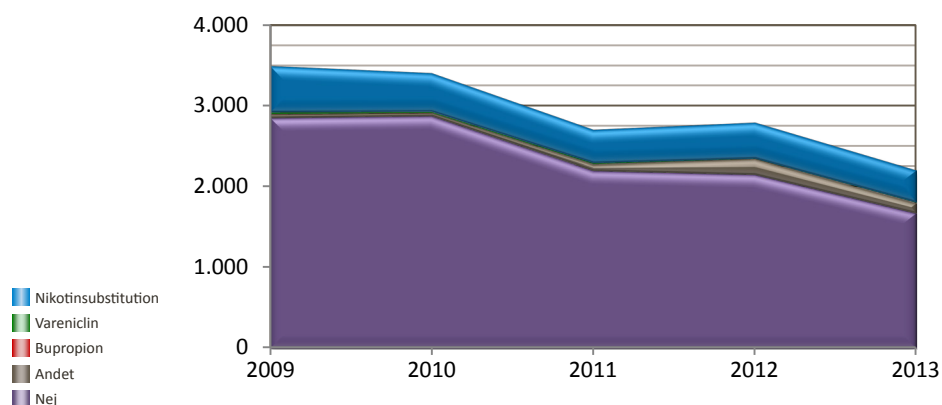
Kommentar: Størstedelen af deltagerne vil gerne kontaktes efter 6 måneder med henblik på telefonisk opfølgning. Kun 2,1-2,4 % takker i perioden 2009-2012 nej. I 2013 steg andelen til 4,5 %, imens den i 2014 faldt til 2,8 %.

4.22

RYGETRANGSREDUCERENDE
MEDICIN EFTER RYGESTOP

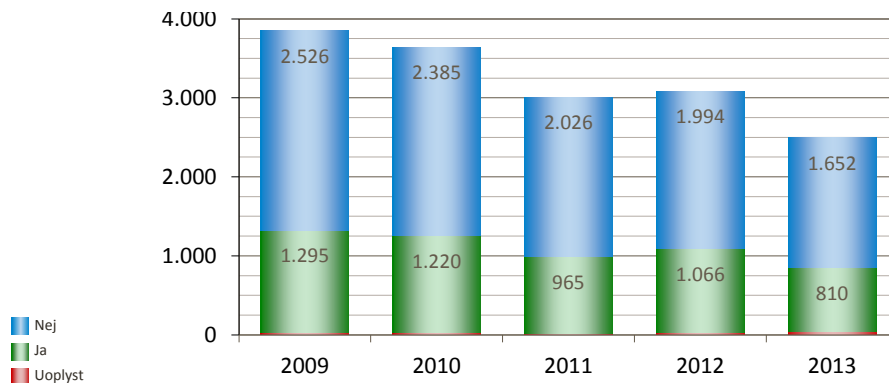
Deltagere, der har brugt rygetrangsreducerende medicin i de første 6 måneder efter deres rygestop. **Kommentar:** Nikotinsubstitution er det mest anvendte hjælpemiddel. Ca. 50 % (48-54 %) af deltagerne har anvendt nikotinsubstitution i en kortere eller længere periode inden for de første 6 måneder efter deres rygestop i perioden 2009-2014. 41-43 % har ikke brugt nogen form for medicin, mens de resterende 5-10 % fordeler sig på vareniclin, bupropion eller andet. Over alle år har mellem 6-12 % valgt ikke at svare på spørgsmålet. Andelen var lavest i 2010 (6 %) og højest i 2012 og 2013 (12 %). Resultatet er beregnet på baggrund af de deltagere, der har valgt at besvare spørgsmålet.

4.23

RYGETRANGSREDUCERENDE
MEDICIN EFTER 6 MÅNEDER

Deltagere, der har brugt rygetrangsreducerende medicin ved 6 månedersopfølgningen. **Kommentar:** Andelen, der brugte nikotinsubstitution ved 6 månedersopfølgningen, har i perioden 2009-2014 ligget på ca. 15 % (14-16 %). 77-85 % anvendte på dette tidspunkt ingen hjælpemidler. Over alle år har mellem 4-10 % valgt ikke at besvare spørgsmålet. Andelen var lavest i 2009 og højest i 2012. Resultatet er beregnet på baggrund af de deltagere, der har valgt at besvare spørgsmålet.

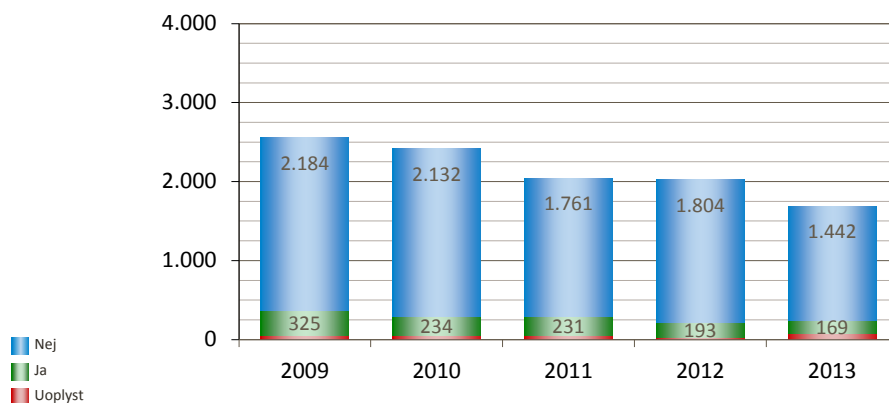
4.24 RØGFRI EFTER 6 MÅNEDER



Deltagere, der har været vedvarende røgfri ved 6 månedersopfølgningen.

Kommentar: I 2014 udgjorde andelen 33 %. Andelen af deltagere, der har været vedvarende røgfri efter 6 måneder, har alle år ligget mellem 32-35 % (2009-2014). Andelen var højest i 2012 med 35 %.

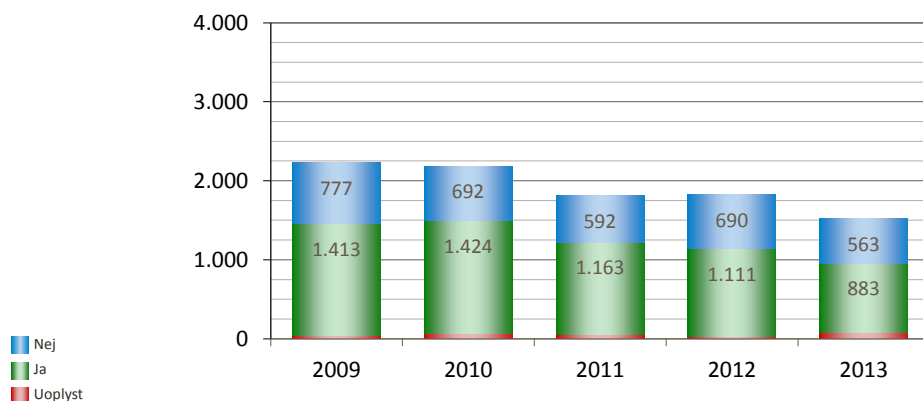
4.25 RØGFRI DE SENESTE 14 DAGE



Deltagere, der har været røgfri de seneste 14 dage inden 6 månedersopfølgningen. Kun deltagere, der ikke har været vedvarende røgfri i 6 måneder, indgår her.

Kommentar: I 2014 var andelen 12 %. Andelen af deltagere, der har været røgfri de seneste 14 dage inden 6 månedersopfølgningen, har over årene (2009-2014) ligget mellem 10-13 %. Andelen var højest i 2009, hvor den var 13 %.

4.26 NYT RYGESTOPTILBUD



Deltagere, der er interesserede i et nyt rygestoptilbud.

Kommentar: Andelen af de deltagere, der røg ved 6 månedersopfølgningen, og som er interesseret i et nyt rygestoptilbud, har i hele perioden (2009-2014) ligget mellem 62-67 %. I 2014 var andelen 62 %, hvilket er det laveste siden 2012.

5. Kvalitetsresultater

5.1

INDIKATORER OG KVALITETSMÅL Rygestopbasen har fem indikatorer (se tabel nedenfor). For hver indikator er der opstillet et kvalitetsmål. Målet er, at alle rygestoptilbud skal leve op til disse kvalitetsmål.

Indikatormålingerne er i denne rapport opgjort som rangstillingsdiagrammer. For hver indikator er kvalitetsmålet og landsgennemsnittet markeret.

Rygestopbasens indikatorer I nedenstående tabel ses en oversigt over rygestopbasens fem indikatorer og de tilhørende kvalitetsmål.

Rygestopbasens fem indikatorer	Kvalitetsmål
1 Gennemført rygestopkursus Andel af deltagere, der har gennemført et rygestopkursus. En deltager har gennemført et forløb, når han/hun har deltaget i minimum 75 % af kursusgangene.	80 %
2 Røgfri ved kursets afslutning Andel af deltagere, der har gennemført kurset, som er røgfrie ved kursets afslutning.	80 %
3 Opfølgingsrate Andel af deltagere, der har gennemført kurset, hvor instruktøren (eller en anden) har fulgt op eller forsøgt at følge op efter 6 måneder.	80 %
4 Røgfri efter 6 måneder Andel af deltagere, der har gennemført kurset, som fortsat er røgfrie efter 6 måneder.	50 %
5 Tilfredshed Andel af deltagere, der har gennemført kurset, som er tilfredse med kurset. Deltagere, der har svaret 4-5 (på en skala fra 1-5), anses som tilfredse med kurset.	90 %

Inklusion

Resultaterne for hver af de fem indikatorer er opgjort for de kommuner/rygestopenheder, der afholdt aktiviteter i 2013 med opfølgning i 2014 og kun for kommuner/rygestopenheder, der opfylder inklusionskriterierne for den enkelte indikator. Kriterierne er ikke ens for de 5 indikatorer, og de er derfor beskrevet sammen med præsentationen af resultaterne for den enkelte indikator.

Sådan læses kortene

Under resultaterne for hver indikator bliver der præsenteret et danmarkskort. Kortet er opdelt i kommuner, og hver kommune har en farve afhængig af indrapportering i forhold til den givne indikator.

- Sorte kommuner har ikke leveret data til Rygestopbasen i 2013
- Hvide kommuner har ikke leveret tilstrækkeligt med data til at opfylde inklusionskriterierne
- Blå kommuner har leveret tilstrækkeligt med data til at fremstå med deres egne data
- Grønne kommuner er ligesom de blå kommuner, men de opfylder

desuden kvalitetsmålet for den pågældende indikator.

Sådan læses graferne

Under hver indikator er der opstillet en graf med landsresultaterne af det respektive kvalitetsmål over de seneste fem år. Den grønne stiplede linje på grafen angiver kvalitetsmålet. Blå søjler angiver landsgennemsnit, der ikke opfylder kvalitetsmålet. Grønne søjler angiver landsgennemsnit, der opfylder kvalitetsmålet.

Sådan læses rangstillingsdiagrammer

På rangstillingsdiagrammerne er kvalitetsmålet markeret med grøn baggrund. Hvis en kommune/rygestopenhed opfylder kvalitetsmålet, ligger deres resultat således i det grønne område af diagrammet.

Den røde linje angiver landsgennemsnittet. Alle data indgår i landsgennemsnittet, også data fra de kommuner, der ikke opfylder inklusionskriterierne. De stiplede røde linjer angiver usikkerheden for landsgennemsnittet illustreret ved 95 % konfidensintervallet.

Resultatet for de enkelte kommuner eller rygestopenheder er markeret med en blå prik. Usikkerheden (95 % konfidensintervallet) er markeret ved en streg gennem prikken. Konfidensintervallet bruges til at sige noget om den statistiske usikkerhed ved resultatet. Jo større konfidensintervallet er, jo bredere er strengen, og jo mere usikkert er resultatet. Når der indberettes mange deltagere fra en enhed, stiger sikkerheden på resultatet, hvilket ses ved, at konfidensintervallet bliver smallere.

Kommuner opgøres som geografiske områder

Det er vigtigt at understrege, at resultaterne på kommuneplan er opgjort for kommunerne som **geografisk område**.

Et kommuneresultat skal således læses som en samling af alle de aktiviteter, der er indrapporteret for et geografisk afgrænset område og ikke som resultatet af en kommunal indsats.

Et kommuneresultat kan således indeholde data fra fx både apoteker, den kommunale indsats og alternative behandlere.

Antal kommuner der indgår i analyserne

På den følgende figur er der opgjort hvor mange geografiske kommuner, der indgår i analyserne for de 5 indikatorer over de seneste 5 år.

Blå søjler angiver det antal kommuner, der opfylder inklusionskriterierne for den pågældende indikator og derfor indgår i beregningerne. De hvide søjler angiver det antal kommuner, der har leveret data, men som ikke opfylder inklusionskriterierne og derfor ikke indgår i analyserne.

De sorte kommuner, som ikke har leveret data til Rygestopbasen i de pågældende år, fremgår ikke af figuren.

5.2

INDIKATORER 1: GENNEMFØRT RYGESTOPKURSUS

Indikator 1 er en opgørelse over den andel af deltagere, der har gennemført et rygestopkursus. En deltager har gennemført et forløb, når han/hun har været til stede ved minimum 75 % af de planlagte kursusgange.

Kvalitetsmål

Kvalitetsmålet er, at 80 % af deltagerne skal gennemføre kurset.

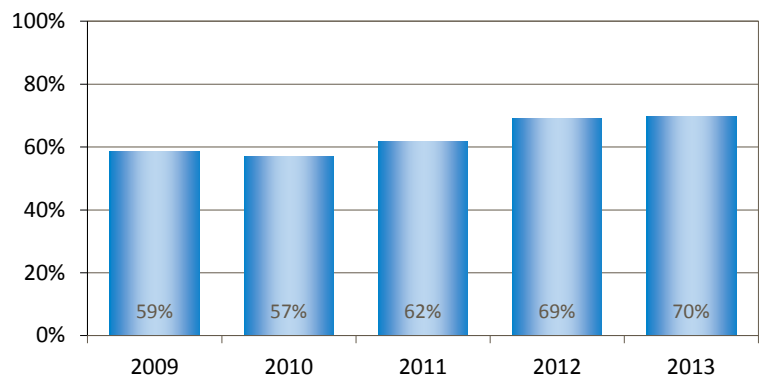
Inklusionskriterier

Mindst 20 deltagere skal have afleveret et basisskema.

Beregningsmetode

Hvis instruktøren ikke har udfyldt, hvor mange gange en deltager har været til stede, eller hvis det planlagte antal møder ikke er opgivet, opgøres deltageren, som om han/hun ikke har gennemført rygestopforløbet.

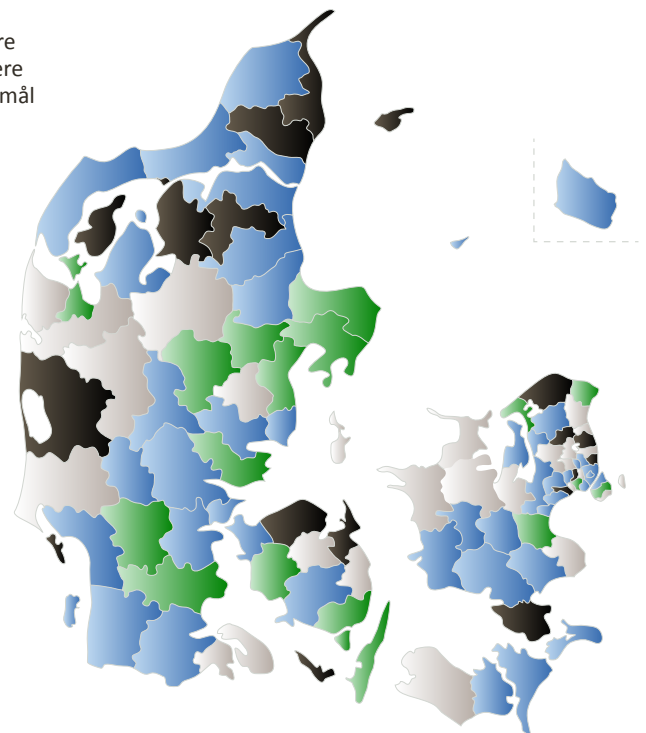
Lands gennemsnit



Kommentar: På landsplan gennemførte 70 % af deltagerne deres rygestopforløb i 2013. Denne andel har over de seneste 5 år ligget på 57-70 %.

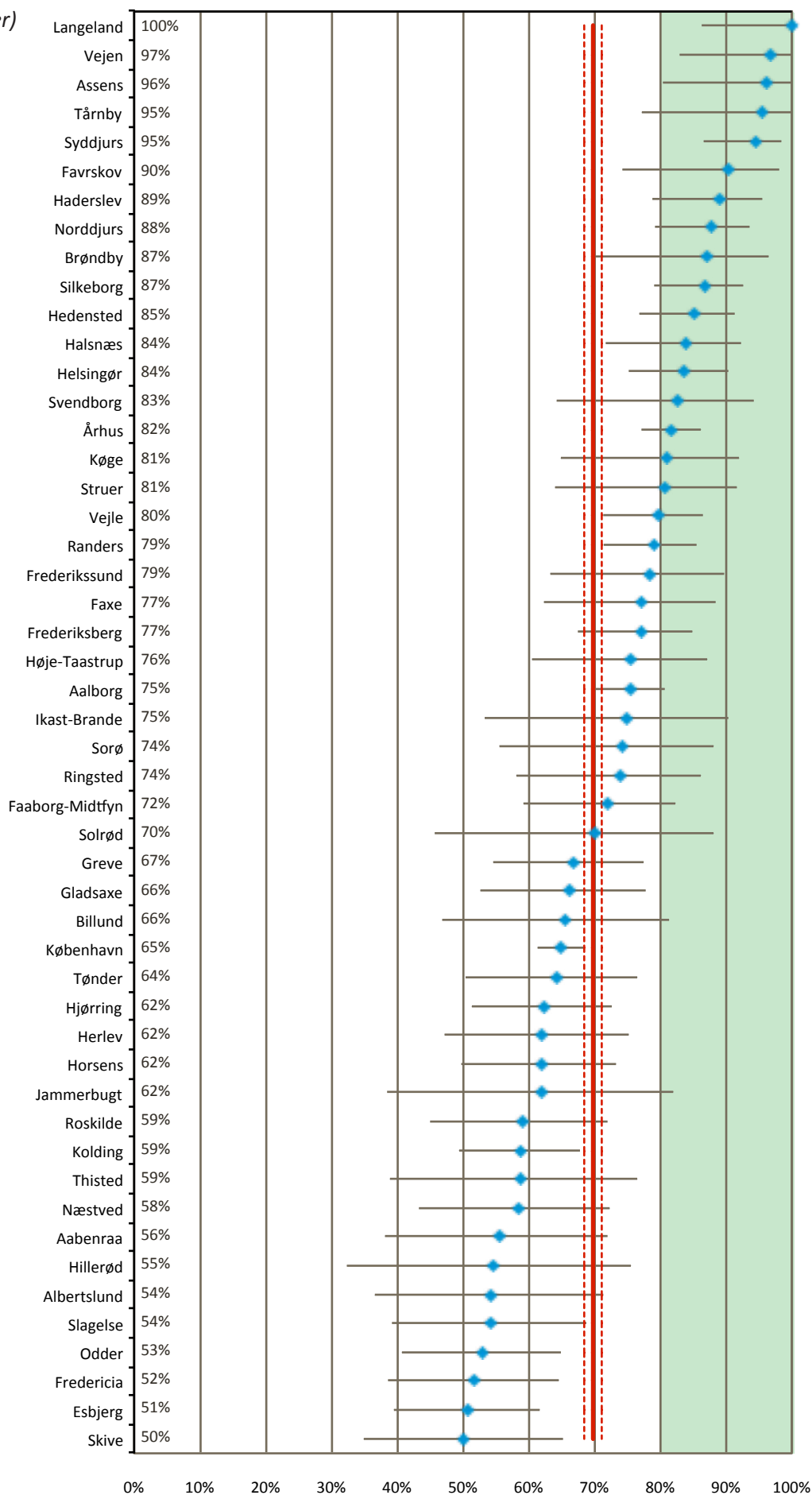
Danmarkskort

- Ingen deltagere
- Under 20 deltagere
- Mindst 20 deltagere
- Opfylder kvalitetsmål

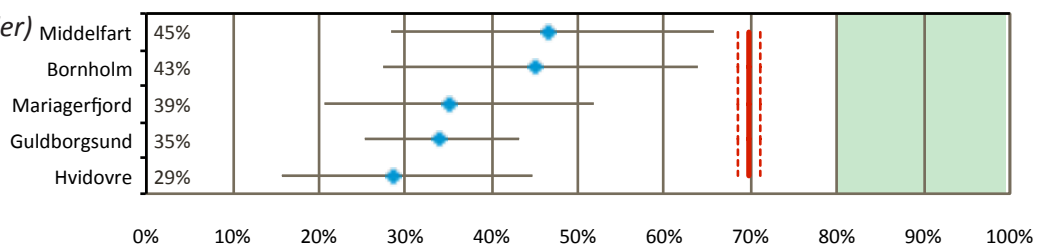


Kommentar: Indikator 1 - Gennemført rygestopkursus. 55 kommuner (geografiske områder) indgår i analysen.

Indikator 1:
Kommuner
(geografiske områder)

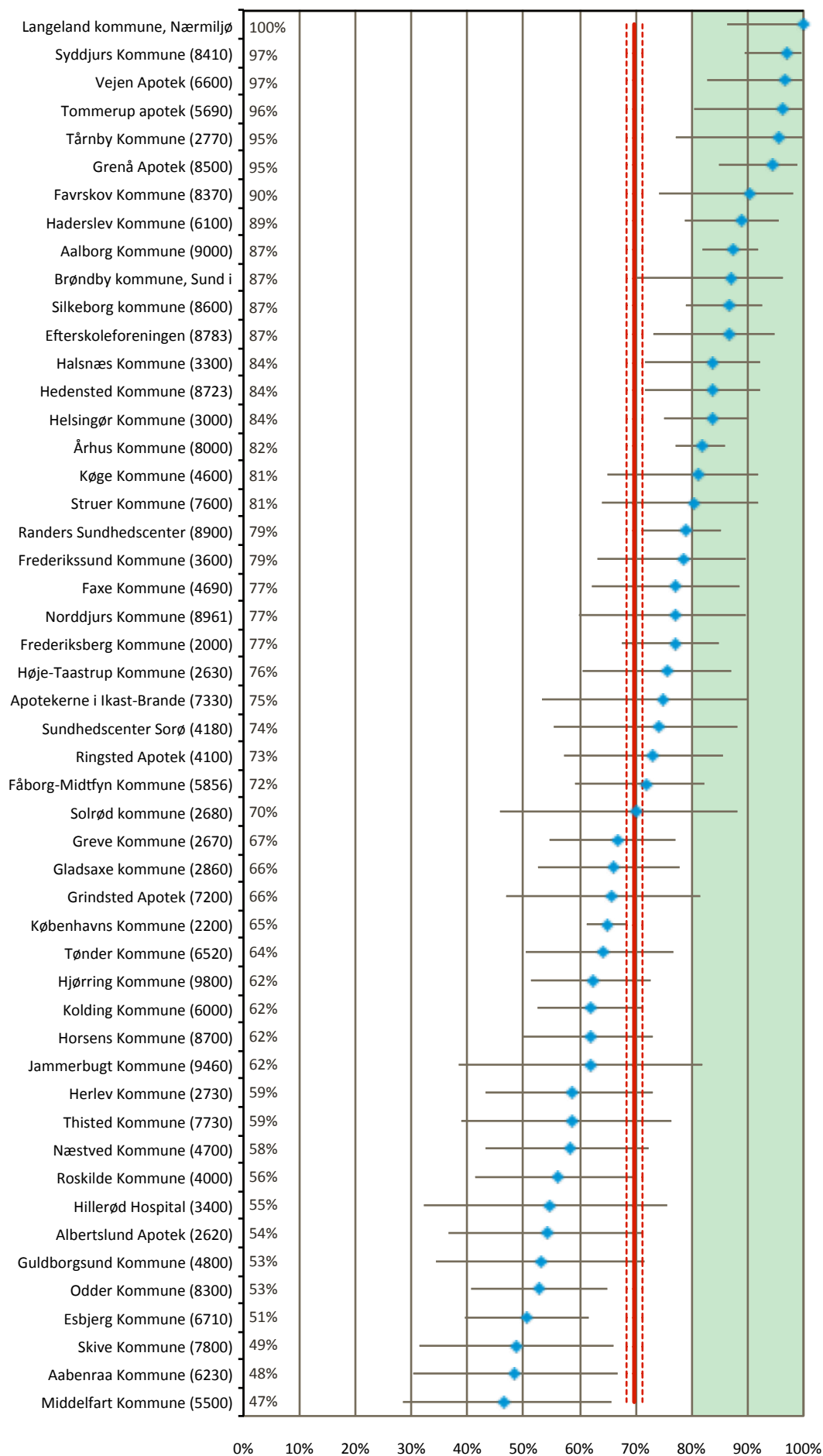


Indikator 1:
Kommuner - fortsat
(geografiske områder)

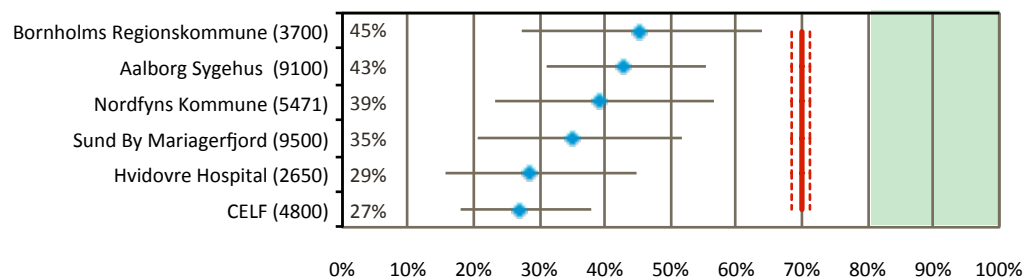


Kommentar: 55 kommuner indgår i analysen. 17 af disse (31 %) opfylder kvalitetsmålet, og 29 (53 %) ligger over landsgennemsnittet. I år opfylder flere kommuner kvalitetsmål 1 end sidste år, hvor dette gjaldt for 10 af 64 (16 %) kommuner.

Indikator 1:
Rygestopenheder



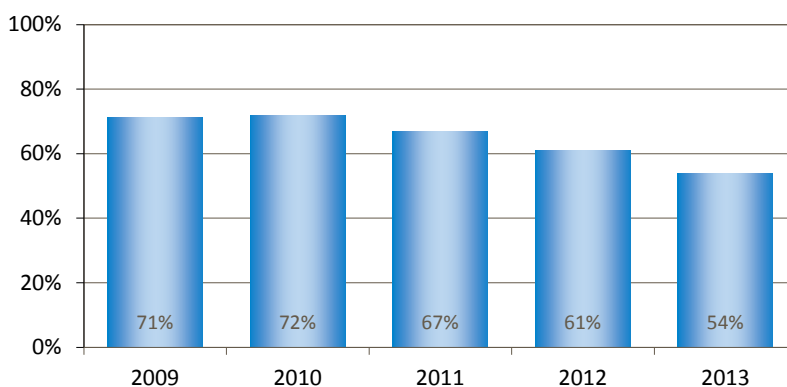
Indikator 1:
Rygestopenheder
- fortsat



Kommentar: 56 rygestopenheder indgår i analysen. 18 af disse (32 %) opfylder kvalitetsmålet, og 29 (52 %) ligger over landsgennemsnittet. Enhederne er angivet med navn og postnummer.

5.3 INDIKATORER 2: RØGFRI VED KURSETS AFSLUTNING	Indikator 2 er en opgørelse over den andel af deltagere, der er røgfrie ved kursets afslutning.
Kvalitetsmål	Kvalitetsmålet er, at 80 % af deltagerne, der har gennemført forløbet, skal være røgfri ved kursets afslutning.
Inklusionskriterier	Mindst 20 deltagere skal have gennemført deres rygestopforløb.
Beregningsmetode	Hvis instruktøren ikke har udfyldt, om en deltager var røgfri, eller hvis der er svaret "Ved ikke", opgøres deltageren, som om han/hun ikke var røgfri ved kursets afslutning.

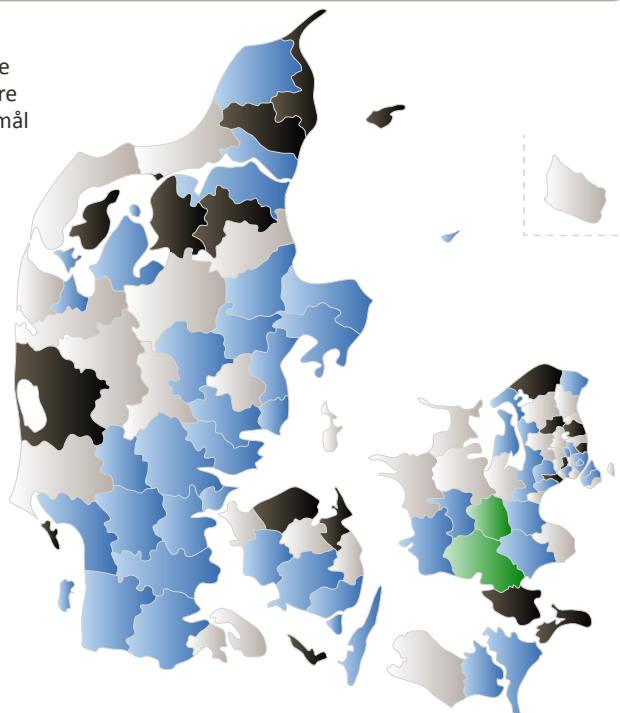
Lands gennemsnit



Kommentar: På landsplan var 54 % af deltagerne røgfrie ved kursets afslutning i 2013, hvilket er et betydeligt fald sammenlignet med de seneste 4 år, hvor andelen har ligget på 61-72 %.

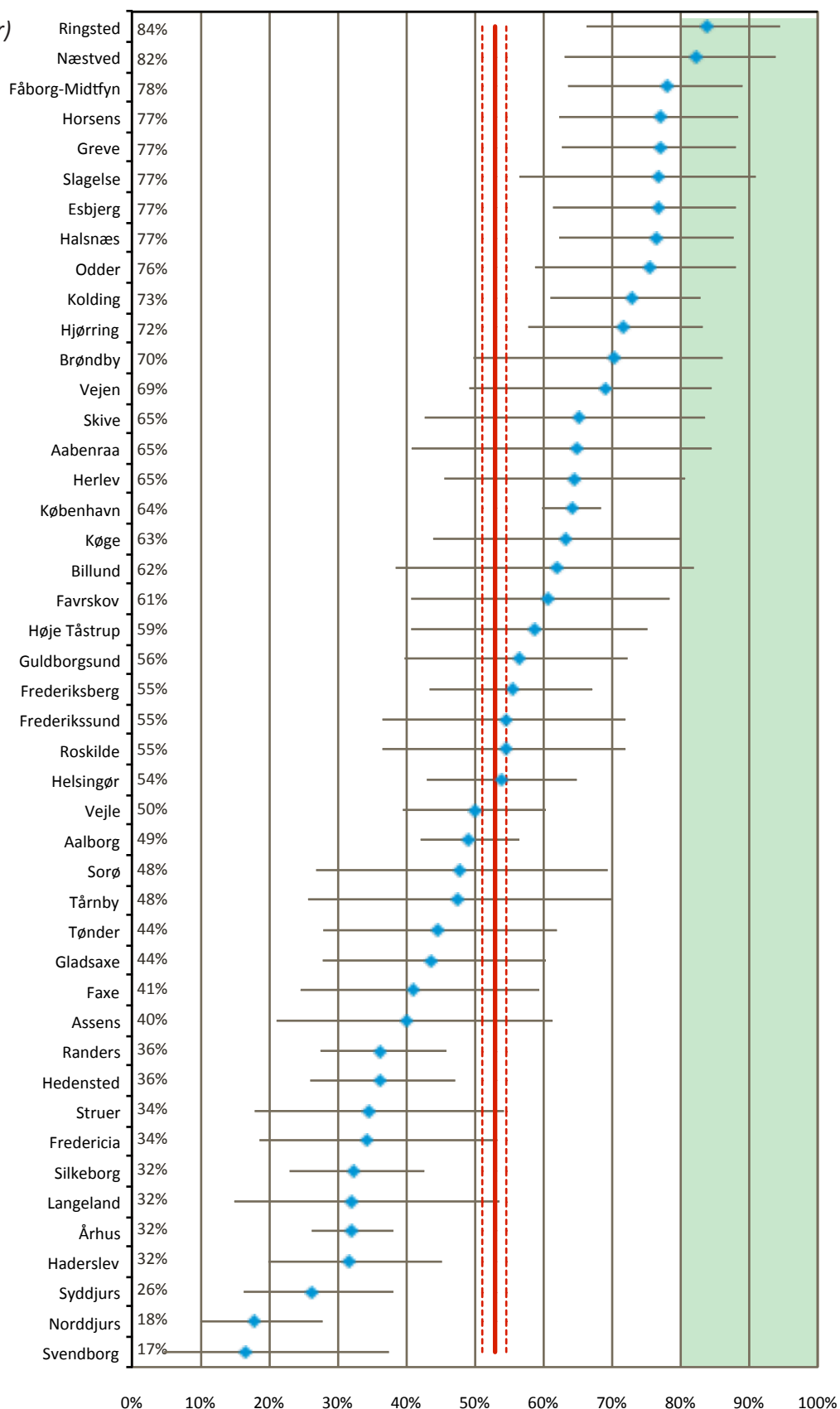
Danmarkskort

- Ingen deltagere
- Under 20 deltagere
- Mindst 20 deltagere
- Opfylder kvalitetsmål



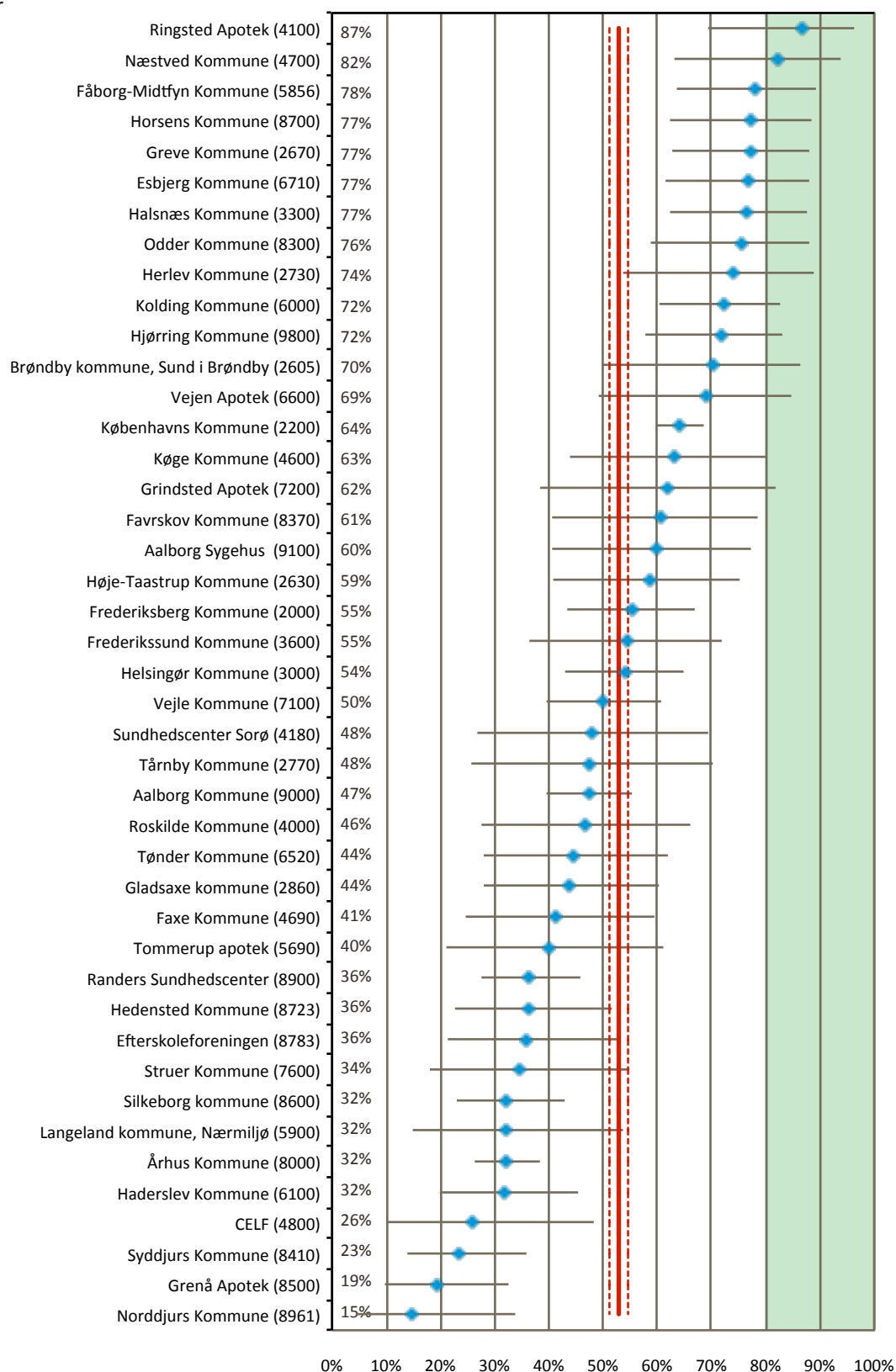
Kommentar: Indikator 2 - Røgfri ved kursets afslutning. 45 kommuner indgår i analysen.

Indikator 2:
Kommuner
(geografiske områder)



Kommentar: 45 kommuner indgår i analysen. 2 af disse (4 %) opfylder kvalitetsmålet, og 26 (58 %) ligger over landsgennemsnittet. Der er sket et fald i andelen af kommuner, der i år opfylder kvalitetsmål 2 i forhold til sidste år, hvor dette gjaldt for 9 af 52 (17 %) kommuner.

Indikator 2:
Rygestopenheder



Kommentar: 43 rygestopenheder indgår i analysen. 2 af disse (5 %) opfylder kvalitetsmålet, og 22 (51 %) ligger over landsgennemsnittet. Enhederne er angivet med navn og postnummer. Færre enheder opfylder kvalitetsmålet sammenlignet med sidste år. Samtidig er landsgennemsnittet højere end sidste år.

5.4

INDIKATORER 3: OPFØLGNINGS- RATE

Indikator 3 er en opgørelse over den andel af deltagere, som instruktøren (eller en anden) har fulgt op eller forsøgt at følge op efter 6 måneder.

Kvalitetsmål

Kvalitetsmålet er, at 80 % af de deltagere, der har gennemført forløbet, bliver forsøgt kontaktet efter 6 måneder.

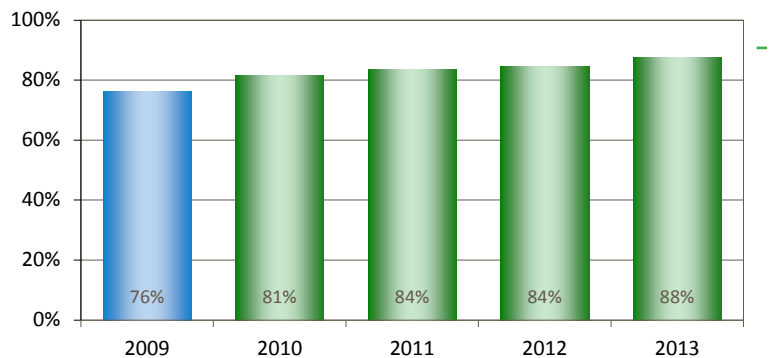
Inklusionskriterier

Forsøgt at kontakte mindst 50 % af de deltagere, der har gennemført. Desuden skal der være fulgt op på mindst 20 deltagere (valid opfølgning).

Beregningsmetode

Deltagere med en valid opfølgning (tidsintervallet 6 måneder +/- 1 måned) samt deltagere, hvor skemaet "Årsag til manglende opfølgning" er udfyldt, tæller med i opfølgingsraten.

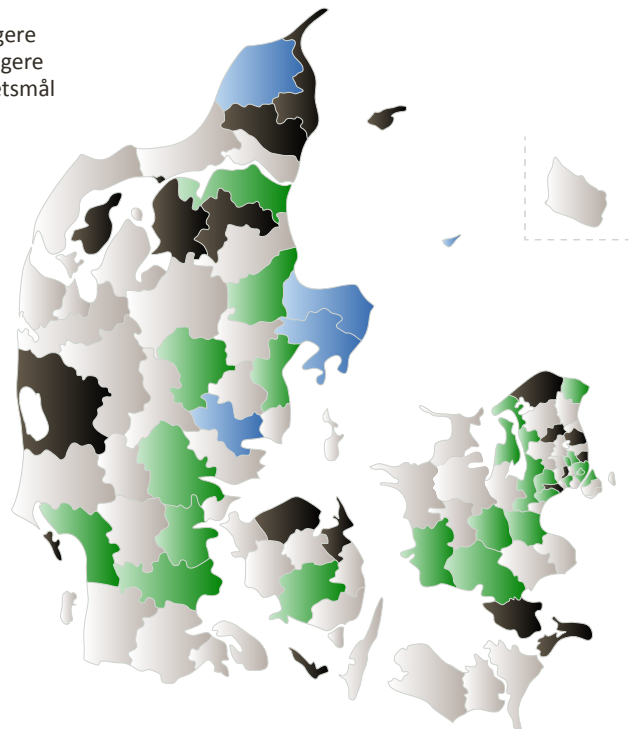
Lands gennemsnit



Kommentar: På landsplan var 88 % af deltagerne forsøgt kontaktet efter 6 måneder i 2013. Denne andel er steget over de seneste år, og landsgennemsnittet ligger nu for fjerde år i træk over kvalitetsmålet på 80 %.

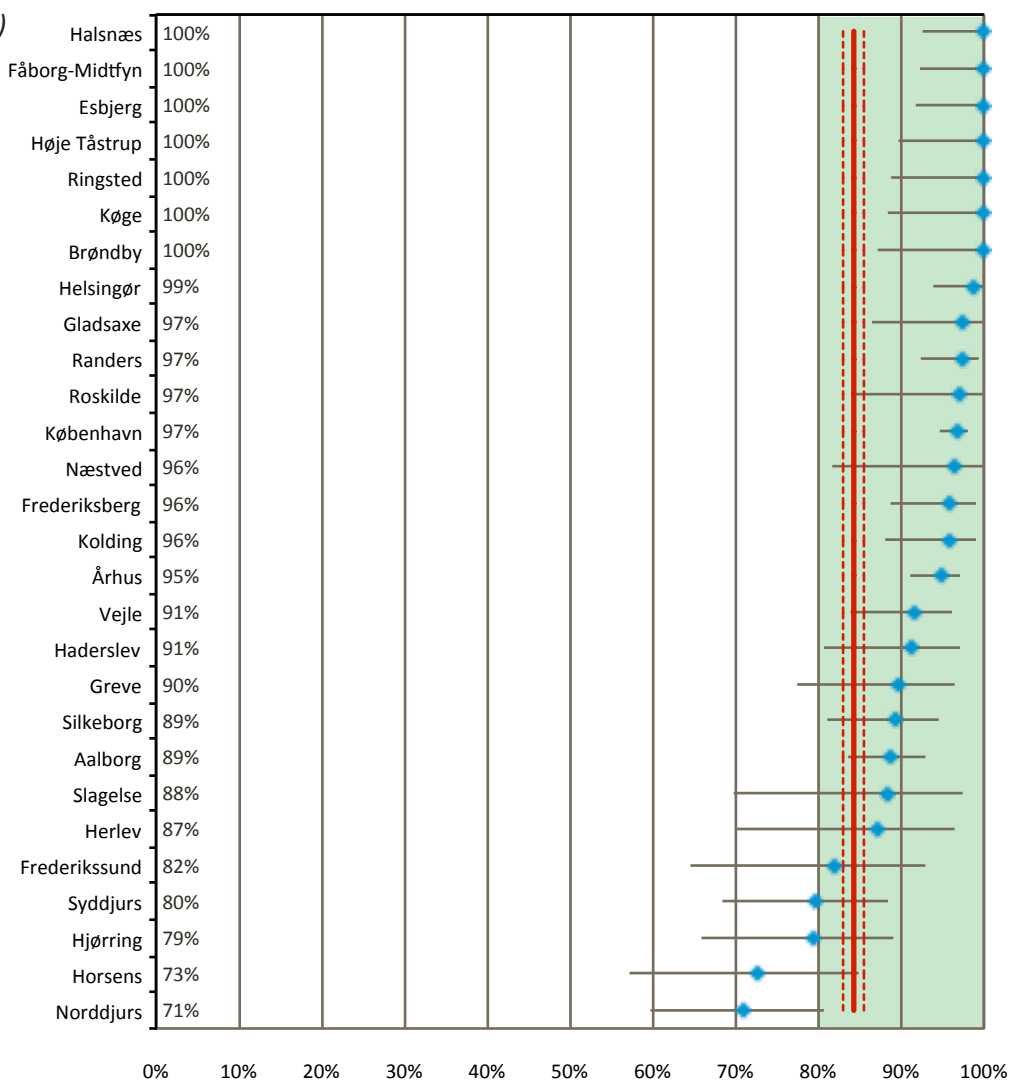
Danmarkskort

- Ingen deltagere
- Under 20 deltagere
- Mindst 20 deltagere
- Opfylder kvalitetsmål



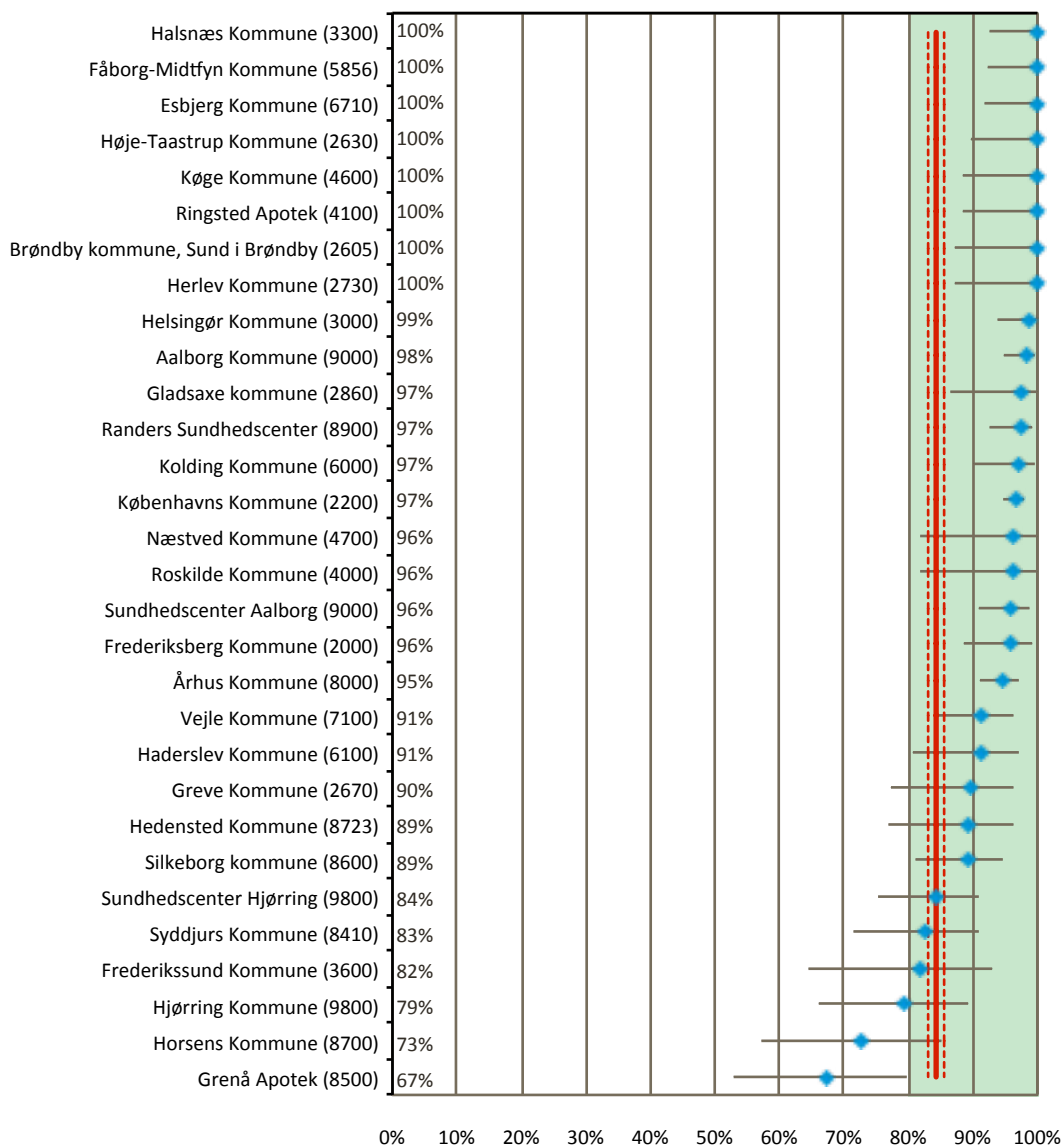
Kommentar: Indikator 3 - Opfølgingsrate. 28 kommuner indgår i analysen.

Indikator 3:
Kommuner
(geografiske områder)



Kommentar: 28 kommuner indgår i analysen. 24 af disse (86 %) opfylder kvalitetsmålet, og 23 (82 %) ligger over landsgennemsnittet. I år er andelen af kommuner, der opfylder kvalitetsmål 3, faldet i forhold til sidste år, hvor dette gjaldt for 32 af 35 (91 %) kommuner.

Indikator 3:
Rygestopenheder



Kommentar: 30 rygestopenheder indgår i analysen. 27 af disse (90 %) opfylder kvalitetsmålet, og 24 (80 %) ligger over landsgennemsnittet. Enhederne er angivet med navn og postnummer.

5.5

INDIKATORER 4: RØGFRI EFTER 6 MÅNEDER

Indikator 4 er en opgørelse over den andel af deltagere, der fortsat er røgfrie efter 6 måneder.

Kvalitetsmål

Kvalitetsmålet er, at 50 % af deltagerne, der har gennemført forløbet, fortsat skal være røgfrie efter 6 måneder.

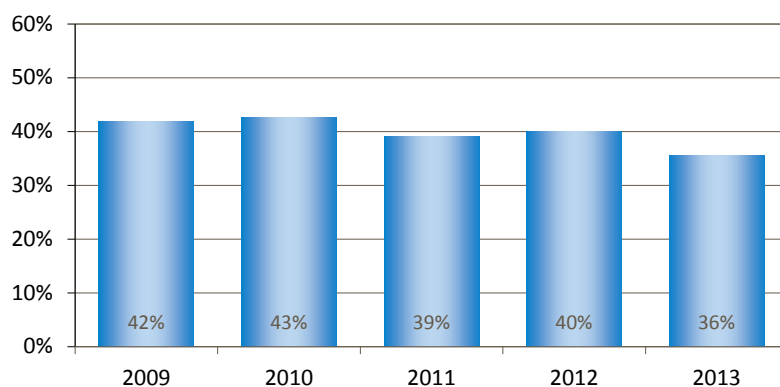
Inklusionskriterier

Forsøgt at kontakte mindst 50 % af de deltagere, der har gennemført. Desuden skal der være fulgt op på mindst 20 deltagere (valid opfølgning).

Beregningsmetode

Deltagere, der ikke har svaret på, om han/hun var røgfri, opgøres som rygere. Da der ikke er forskel på gruppen af deltagere med og uden opfølgning, er rygestopraten alene baseret på deltagere med en valid opfølgning.

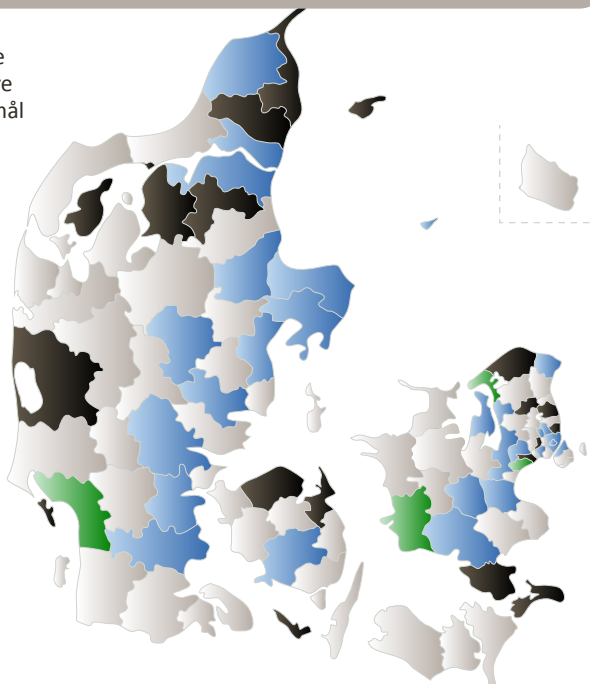
Lands gennemsnit



Kommentar: På landsplan var rygestopraten 36 % efter 6 måneder i 2013, hvilket er det laveste niveau siden 2009. Andelen har i perioden 2009-2013 ligget mellem 36 % og 43 %.

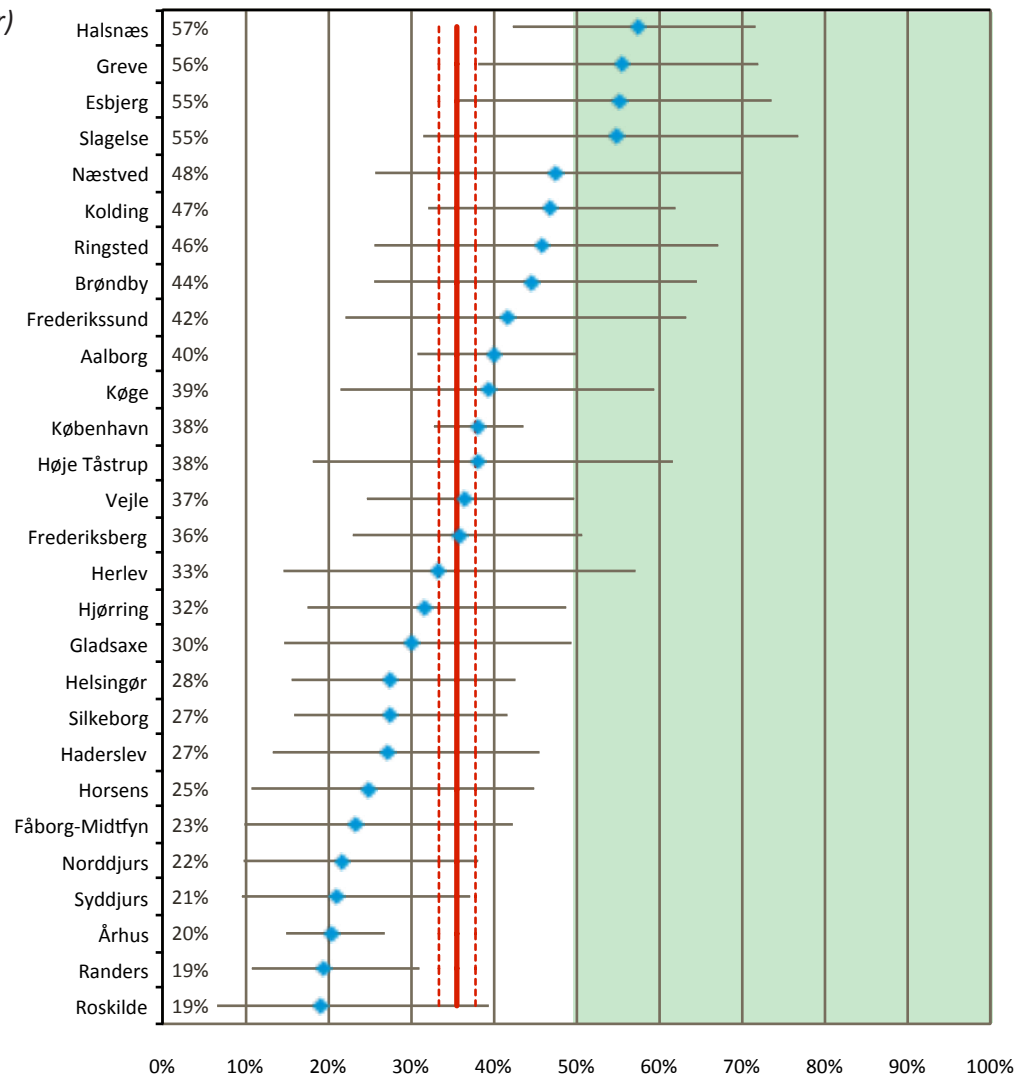
Danmarkskort

- Ingen deltagere
- Under 20 deltagere
- Mindst 20 deltagere
- Opfylder kvalitetsmål



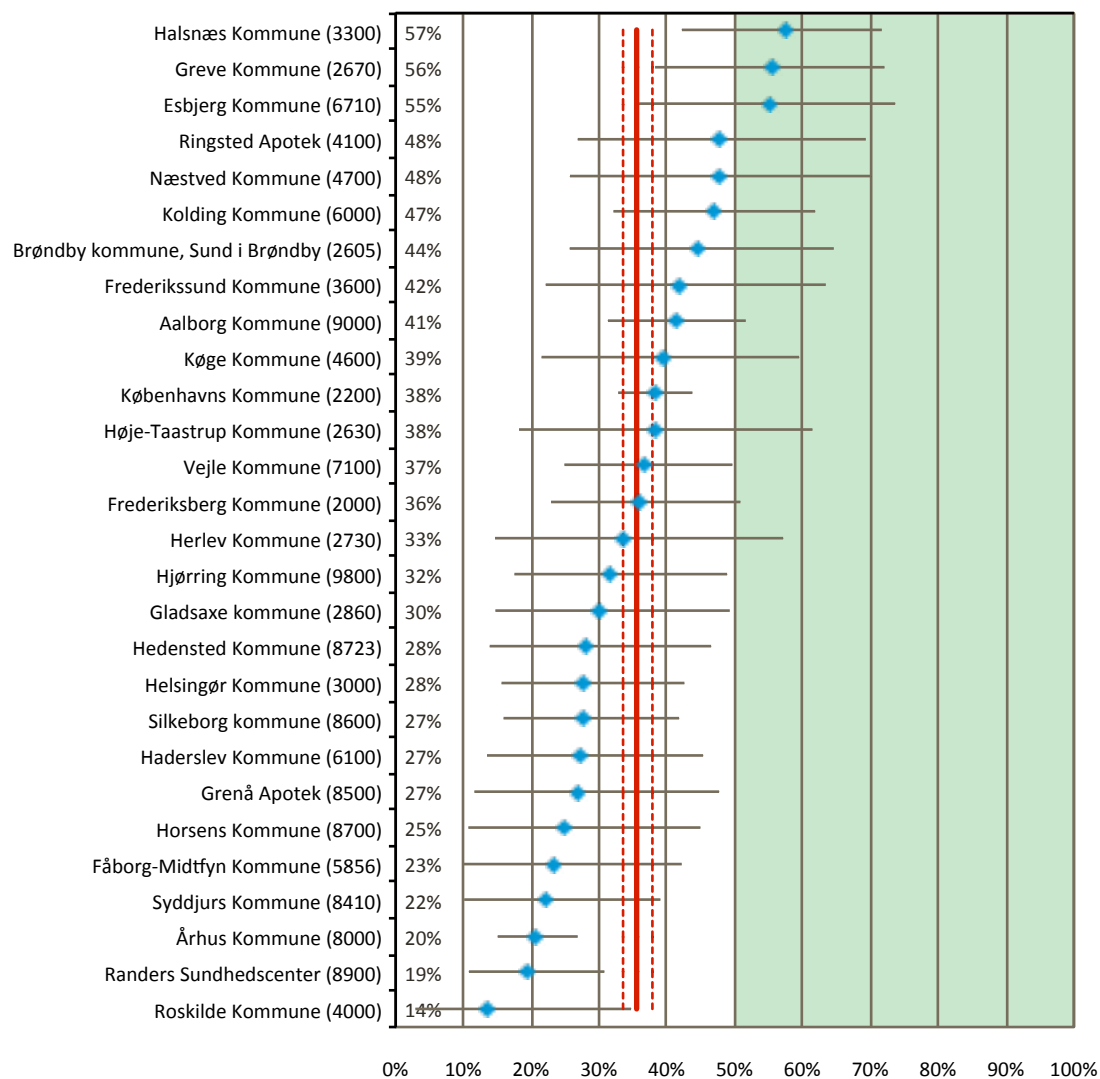
Kommentar: Indikator 4 - Røgfri efter 6 måneder. 28 kommuner indgår i analysen.

Indikator 4:
Kommuner
(geografiske områder)



Kommentar: 28 kommuner indgår i analysen. 4 af disse (14 %) opfylder kvalitetsmålet, og 15 (54 %) ligger over landsgennemsnittet. I år opfylder færre kommuner kvalitetsmål 4 end sidste år, hvor dette gjaldt for 9 af 35 (26 %) kommuner.

Indikator 4:
Rygestopenheder



Kommentar: 28 rygestopenheder indgår i analysen. 3 af disse (11 %) opfylder kvalitetsmålet, og 14 (50 %) ligger over landsgennemsnittet. Enhederne er angivet med navn og postnummer.

5.6

INDIKATORER 5: TILFREDSHED

Indikator 5 er en opgørelse over den andel af deltagere, der er tilfredse med kurset.

Kvalitetsmål

Kvalitetsmålet er, at 90 % af deltagerne, der har gennemført forløbet, skal være tilfredse med kurset.

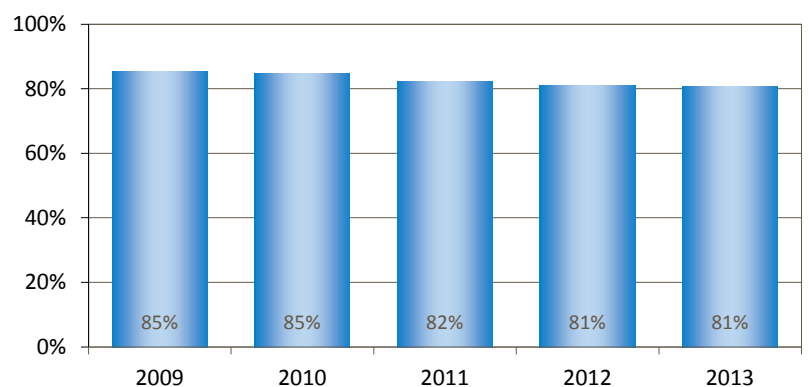
Inklusionskriterier

Forsøgt at kontakte mindst 50 % af de deltagere, der har gennemført. Desuden skal der være fulgt op på mindst 20 deltagere (valid opfølgning).

Beregningsmetode

Hvis en deltager ikke har besvaret, hvorvidt han/hun var tilfreds med kurset som helhed, opgøres deltageren, som om han/hun ikke har været tilfreds. Deltagere, der har svaret 4-5 (på en skala fra 1-5), anses som værende tilfredse med kurset.

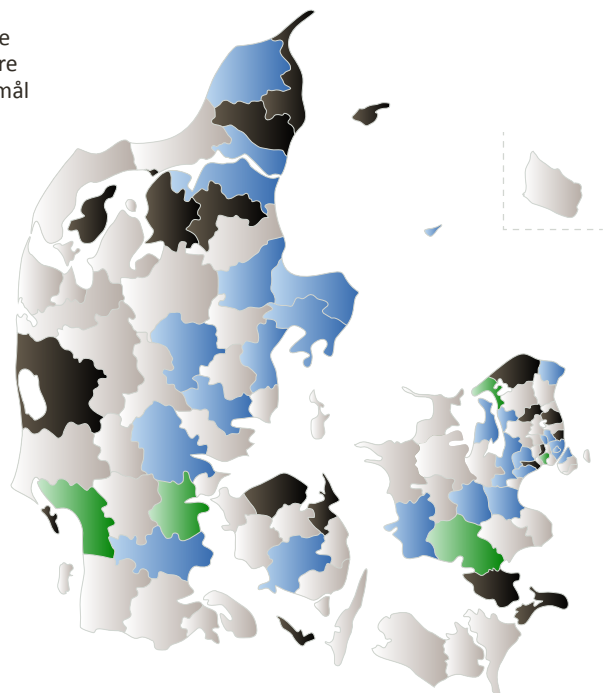
Lands gennemsnit



Kommentar: På landsplan var 81 % af deltagerne tilfredse med deres rygestopforløb i 2013. Denne andel har over de seneste 5 år ligget på 81-85 %.

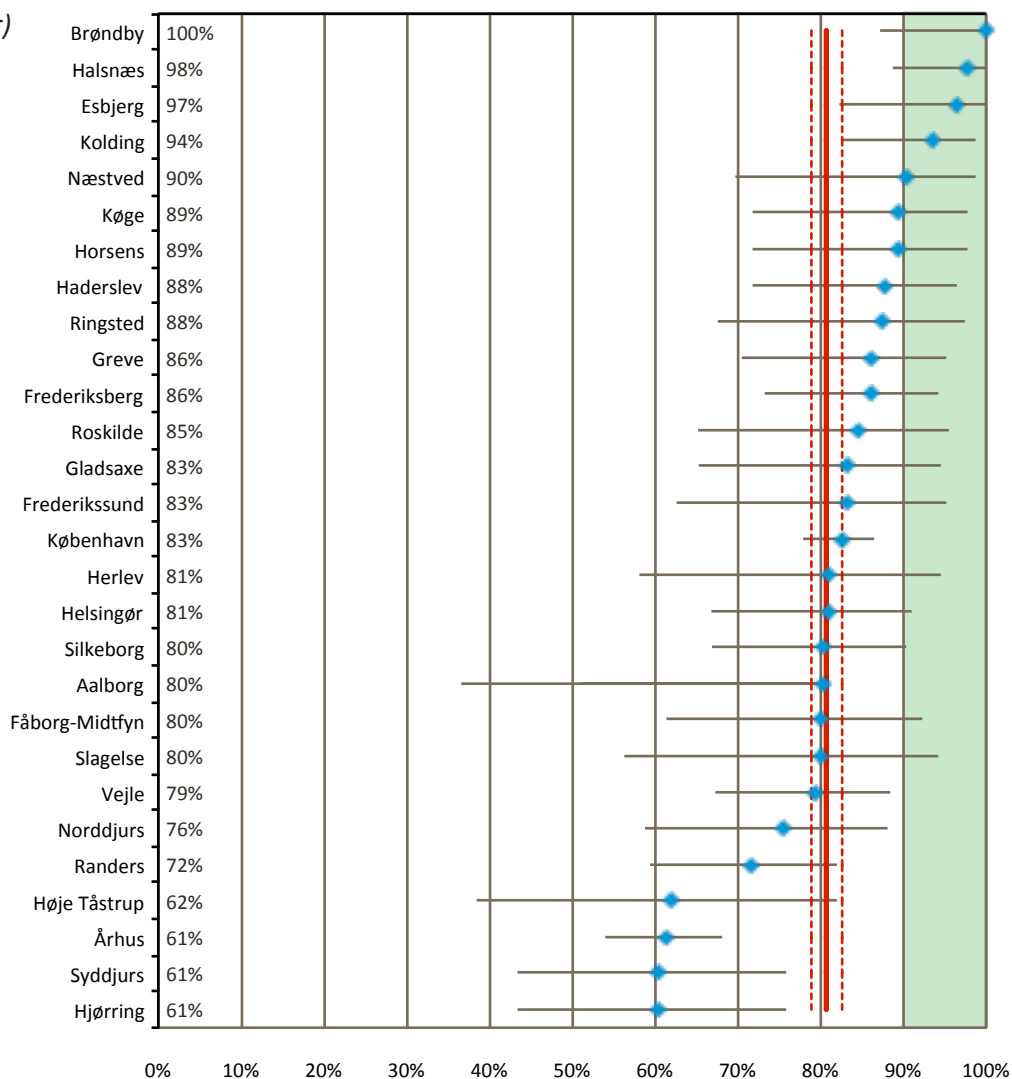
Danmarkskort

- Ingen deltagere
- Under 20 deltagere
- Mindst 20 deltagere
- Opfylder kvalitetsmål



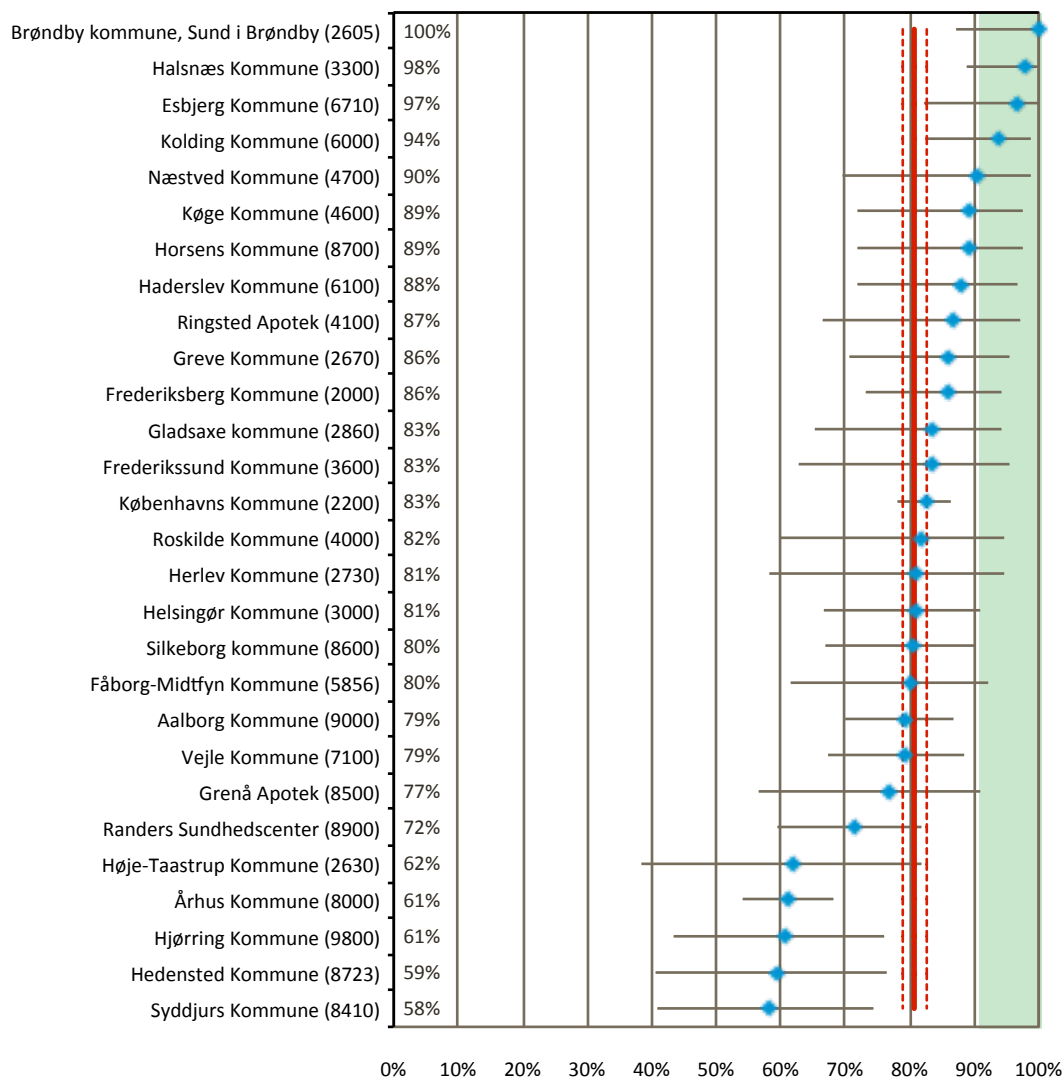
Kommentar: Indikator 5 - Tilfredshed. 28 kommuner indgår i analysen.

Indikator 5:
Kommuner
(geografiske områder)



Kommentar: 28 kommuner indgår i analysen. 5 af disse (18 %) opfylder kvalitetsmålet, og 17 (61 %) ligger over landsgennemsnittet. I år opfylder færre kommuner kvalitetsmål 5 end sidste år, hvor dette gjaldt for 11 af 35 (31 %) kommuner.

Indikator 5:
Rygestopenheder



Kommentar: 28 rygestopenheder indgår i analysen. 5 af disse (18 %) opfylder kvalitetsmålet, og 17 (61 %) ligger over landsgennemsnittet. Enhederne er angivet med navn og postnummer.

6. Perspektivering og anbefalinger

Rygning er stadig et stort problem i Danmark, hvor ca. 21 % af danskerne over 15 år ryger, og 17 % ryger dagligt. De nye initiativer fra Sundhedsstyrelsen er godt på vej. I mange kommuner arbejdes med målrettede programmer for unge, socialt udsatte, for storrygere og for gravide. Der er et stort behov for disse indsatser samt for mange andre aktiviteter, da kun 0,3 % af rygere i Danmark deltager i et rygestopforløb med personlig kontakt gennem et år.

Internationale evidensbaserede retningslinjer fra NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) anbefaler, at 5 % af landets rygere hvert år deltager. I Danmark er anbefalingerne fra Sundhedsstyrelsen på 3 % og bør derfor ti til femten-dobles. Der er ingen tvivl om, at der straks må åbnes mere for rygere til de forskellige tilbud om rygestopbehandling. Her er det især kommunerne, som er hovedaktører, men hospitaler, arbejdspladser og andre bør også gøre en stor indsats med etableringen af nye rygestoptilbud.

Flere kommuner kvalitetssikrer deres indsats på rygestopområdet. Nu følger 80 kommuner op på indsatsen. Det er håbet, at de sidste 18 kommuner også kan anvende denne rapport som inspiration til at komme i gang med at planlægge, aftale og iværksætte de nødvendige tiltag.

Vores egen nye forskning viser, at det danske standardprogram også har en overordentlig god effekt blandt storrygere, gravide rygere, ældre rygere samt psykiatriske patienter, der ryger. Nye initiativer bør derfor løbende sammenlignes med standardprogrammet.

6.1 ANBEFALINGER

På baggrund af denne rapport anbefaler Rygestopbasen:

- at alle rygere har let adgang til kvalitets sikrede rygestoptilbud, således at der ikke længere er sorte kommuner på danmarkskortet uden rygestoptilbud
- at ti til femten-doble rekrutteringen af rygere til rygestopbehandlingen, således at andelen af rygere, der kommer på kursus, øges til 3-5 % fra de nuværende 0,3 %
- at både rygestopinstruktører, sundhedspersonale og rygere bliver informeret om den høje effekt af det danske standardprogram; på tværs af patient- og befolkningsgrupper.

Rygestopintervention er et meget gevinstgivende område uanset, hvordan det måles. WHO's nye rapport om sundhedsøkonomi har vist, at det er meget givende at investere både i rygestop og forebyggelse af rygestart. Høsten er langt større end investeringen. Samtidig er det også en gevinst for den enkelte i form af flere leveår med høj livskvalitet. I Europa mistes hvert eneste år 17,4 millioner gode leveår pga. rygning - og her er Danmark ansvarlig for en alt for stor andel pga. vores høje rygefrekvens [10].

7. Bilag

1 - Spørgeskemaer

1 - Spørgeskemaer

RYGESTOPBASEN

03.10.2012

Registreringsskema - rygestoptilbud

Dette skema udfyldes af instruktøren

1. Rygestopenhed _____ Nr. [][][][]

2. Kursus _____ Nr. [][][][]

3. Instruktør(er) (navn): _____

4. Kursusstart (dato): [][][] [][][] 20 [][][]
Dag Md. Ar

5. Kursusafslutning (dato): [][][] [][][] 20 [][][]
Dag Md. Ar

6. Planlagt rygestop (dato): Nej Ja - den [][][] [][][] 20 [][][]
Dag Md. Ar

7. Målgruppe:
Sæt kryds i én af kasserne

- Kun patienter (+ pårørende)
- Kun ansatte (arbejdspladstilbud)
- "Almindelige borgere"
- Blandet
- Kun gravide (+ partnere)
- Andet (anfør): _____
Fx unge, projektdeltagere

8a. Type af rygestoptilbud:
Sæt kryds i én af kasserne

- Individuelt forløb
- Gruppeforløb
- Andet (anfør): _____
Fx forebyggelsessamtaler, lynkursus, individuelt telefonisk

b. Metode (sæt kryds i én af kasserne):

- Standardforløb
- Kom & Kvit
- Akupunktur
- Zoneterapi
- Forebyggelsessamtale
- Andet: _____

c. Er der anvendt supplerende former for kontakt (sæt gerne flere krydser):

- Nej
- Ja - per brev/email
- Ja - SMS
- Ja - personlig telefonisk henvendelse
- Ja - IVR (Interactive Voice Response)
- Ja - Andet: _____
- Nej
- Ja - per brev
- Ja - telefonisk
- Ja - møde
- Ja - andet: _____

9. Er der planlagt tilbagefaldsforebyggelse efter kursets afslutning?

10. Holdstørrelse:
Skal også udfyldes ved individuelle forløb

Punkt 10 og 11 skal ikke udfyldes hvis der er tale om et Kom & Kvit forløb

Antal deltagere tilmeldt: [][][][]
Antal deltager på kurset: [][][][]

11. Antal mødegange:
(uden tilbagefaldsforebyggelse)

Planlagt: [][][]
Reelt afholdt: [][][]

12. Kursets varighed per kursusgang i minutter (konfrontationstid):

Ikke kursets samlede varighed, men varighed i gennemsnit per mødegang:
Samlet varighed / Antal møder

Planlagt: [][][][][]
Reelt afholdt: [][][][][]

13. Udleveres der gratis nikotinsubstitution eller anden rygetrangsreducerende medicin? (Direkte/via værdikupon)

- Nej, ingen
- Ja nikotinsubstitution: Enkelte prøver, Ja til [][][] uger, Andet: _____
- Ja vareniclin: Enkelte prøver, Ja til [][][] uger, Andet: _____
- Ja bupropion: Enkelte prøver, Ja til [][][] uger, Andet: _____
- Ja andet: _____ Enkelte prøver, Ja til [][][] uger, Andet: _____

14. Betaler deltagere selv for deltagelse?

- Nej
- Ja alle, beløb [][][][][] kr. per deltager
- Ja [][][] deltager, á [][][][][] kr. per deltager

Basisskema for deltagere i rygestopaktiviteter

Det grå felt udfyldes af instruktøren

Røgfri ved kursets afslutning: Nej
 Ja
 Ved ikke

Antal gange fremmødt:

Rygestopenhed (nr.):

Kursusnr.:

Deltageren har givet informeret samtykke til at data må registreres i Rygestopbasens database Nej Ja

Brug venligst blokbogstaver:

CPR-nr: -

Fornavn: _____ Mellempnavn: _____ Efternavn: _____

Privatadresse: _____ Postnr: _____ By: _____

Tlf.: _____ Mobiltf: _____

1. Hvor mange år har du røget? år

2. Bor du sammen med en ryger? Nej Ja

3. Bor du sammen med voksne (over 18 år)? Nej Ja

4. Bor du sammen med børn (under 18 år)? Nej Ja

5. Nikotinafhængighed (Fagerstrøms score):

Sæt kryds ved én besvarelse for hvert spørgsmål og tæl point sammen nederst.

a. Hvor lang tid går der, fra du vågner, til du ryger dagens første cigaret?

	Point
<input type="checkbox"/> Under 5 minutter:	3
<input type="checkbox"/> 6-30 minutter:	2
<input type="checkbox"/> 31-60 minutter:	1
<input type="checkbox"/> Over 60 minutter:	0

b. Har du svært ved at lade være med at ryge, hvor det er forbudt?

Ja: 1
 Nej: 0

c. Hvilken cigaret er sværest at undvære?

Den om morgenen: 1
 En anden: 0

d. Hvor meget ryger du i løbet af et døgn?

Omregn til gram tobak efter tabellen

Husk at udfylde disse felter

<input type="text"/> <input type="text"/>	cigaretter
<input type="text"/> <input type="text"/>	cerutter
<input type="text"/> <input type="text"/>	cigarer
<input type="text"/> <input type="text"/>	pibestop
<input type="text"/> <input type="text"/>	snus/skrå

1 cigaret = 1 gram
1 cerut = 3 gram
1 cigar = 4 gram
1 pibe = 3 gram
1 snus* = 10 gram

<input type="checkbox"/> 0-10 gram:	0
<input type="checkbox"/> 11-20 gram:	1
<input type="checkbox"/> 21-30 gram:	2
<input type="checkbox"/> Over 30 gram:	3

e. Ryger du mere først på dagen end resten af dagen?

Ja: 1
 Nej: 0

f. Ryger du, når du er syg eller sengeliggende?

Ja: 1
 Nej: 0

Læg de markerede tal sammen og skriv summen her:

* Nikotinindholdet i 1 gram snus svarer til indholdet i 10 cigaretter

Udfyld venligst også næste side!

Basisskema (bagside)

6. Hvor mange gange har du inden for de seneste 10 år været røgfri i mindst 14 dage?

- Ingen
 1-3 gange
 Mere end 3 gange

Hvis du har været røgfri, hvad var da din længste røgfri periode?

 måneder
 og

 uger

7. Har nogle af følgende personer opfordret dig til rygeophør inden for det seneste år?

Sæt gerne flere krydser

- Praktiserende læge
 Læge på sygehus
 Plejepersonale på sygehus
 Jordemoder
 Tandlæge
 Andet sundhedspersonale
 Apotekspersonale
 Kommune / STOPLINIEN
 Ingen af ovenstående

8. Hvad er din erhvervsmæssige stilling?

Sæt kryds i én af kasserne

I erhverv:

- Selvstændig erhvervsdrivende (inkl. medhjælpende ægtefælle)
 Funktionær eller tjenestemand
 Faglært arbejder
 Specialarbejder eller ufaglært arbejder
 Lærling/elev
 Anden beskæftigelse

Ikke i erhverv:

- Hjemmegående (husmoder)
 Førtidspensionist
 Pensionist (folkepension mv.)
 På efterløn/overgangsydelse
 Arbejdsløs/i aktivering
 På kontanthjælp
 Studerende, skoleelev
 På orlov (barselsorlov, uddannelsesorlov mv.)
 Andet: _____

9. Hvad er din højeste fuldførte uddannelse?

Sæt kryds i én af kasserne

- Folkeskole
 Gymnasium, HF (inkl. HH, HTX)
 Et eller flere kortere kurser (specialarbejderkurser, arbejdsmarkedskurser mv.)
 Faglært inden for håndværk, handel, kontor mv. (lærling- eller EFG-uddannelse)
 Anden faglig uddannelse
 Kort videregående uddannelse, under 3 år (fx laborant, datamatiker, jordbrugsteknolog, tandplejer)
 Mellemlang videregående uddannelse, 3-4 år (fx folkeskolelærer, journalist, socialrådgiver, fysioterapeut)
 Lang videregående uddannelse, mere end 4 år (fx civilingenør, cand.mag., læge, psykolog)
 Andet: _____

10. Bor du i:

- Ejerbolig
 Andelsbolig
 Lejebolig
 Andet: _____

11. Må instruktøren eller en ekstern konsulent kontakte dig senere for at høre, hvordan det går?

Nej Ja

Skemaet afleveres til instruktøren. Tak for hjælpen!

Opfølgningsskema for deltagere i rygestopaktiviteter

Det grå felt udfyldes af instruktøren

Dette skema dækker dit rygestopforløb med

Rygestopenhed (nr.):

planlagt rygestopdato: 20

Kursusnr.:

(Er der ikke planlagt en rygestopdato bruges dato for kursusafslutning)

Navn: _____

1. Dette skema er udfyldt den 20

2. Har du været røgfri lige siden ovennævnte tilbud hos os?

 Nej Ja

3. På en skala fra 1-5 hvor 1 er dårligst og 5 er bedst:

- | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Hvor tilfreds var du med rygestopinstruktørens indsats? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Hvor tilfreds var du med gruppens måde at fungere på? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Hvor tilfreds var du med tidspunktet på dagen hvor kurset blev holdt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Hvor tilfreds var du med rygestopkurset som helhed? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4. Hvor mange uger har du brugt følgende efter rygestoppet? Og hvad har det kostet?

- | | | | | |
|---|----------------------|------|----------------------|----------|
| Nikotinerstatning | <input type="text"/> | uger | <input type="text"/> | kr i alt |
| Vareniclin | <input type="text"/> | uger | <input type="text"/> | kr i alt |
| Bupropion | <input type="text"/> | uger | <input type="text"/> | kr i alt |
| Snus eller skrå | <input type="text"/> | uger | <input type="text"/> | kr i alt |
| Andet: _____ | <input type="text"/> | uger | <input type="text"/> | kr i alt |
| <input type="checkbox"/> Ingen af ovenstående | | | | |

5. Bruger du aktuelt

- Nikotinerstatning
 Vareniclin
 Bupropion
 Snus eller skrå
 Andet: _____
 Ingen af ovenstående

Spørgsmål 6-8 besvares kun, hvis du har røget efter ovennævnte rygestoptilbud.

6. Har du været røgfri i de seneste 14 dage?

 Nej Ja

7. Hvis du ryger nu, hvor meget ryger du i løbet af et døgn?

Angiv antal

- | | |
|----------------------|------------|
| <input type="text"/> | cigaretter |
| <input type="text"/> | cerutter |
| <input type="text"/> | cigarer |
| <input type="text"/> | pibestop |
| <input type="text"/> | snus/skrå |

8. Er du interesseret i et nyt rygestoptilbud?

 Nej Ja

Årsag til manglende opfølgning af deltagere i rygestopaktiviteter

Dette skema udfyldes af instruktøren

Dette skema dækker rygestopforløb med

planlagt rygestopdato: 20

(Er der ikke planlagt en rygestopdato bruges dato for kursusafslutning)

Rygestopenhed (nr.):

Kursusnr.:

Navn: _____

1. Dette skema er udfyldt den 20

2. Det er ikke lykkedes at få udfyldt et opfølgningsskema for denne deltager fordi:


Sæt kun ét kryds

- | | |
|---|-----------------------------|
| Deltageren ønsker ikke at besvare spørgsmålene | <input type="checkbox"/> Ja |
| Deltageren svarer ikke trods mindst 4 telefonopkald | <input type="checkbox"/> Ja |
| Deltagerens telefonnummer er ukendt | <input type="checkbox"/> Ja |
| Deltageren er død | <input type="checkbox"/> Ja |
| Anden årsag | <input type="checkbox"/> Ja |

Specificer: _____

8. Referenceliste

1. Klinge M. et al. Effectiveness of the Gold Standard Programme for smoking cessation in psychiatric patients. 2015 (under udarbejdelse)
2. Gurillo P, Jauhar S, Murray RM, MacCabe JH. Does tobacco use cause psychosis? Systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry*. 2015 Aug;2(8):718-25.
3. Taylor G, McNeill A, Girling A, Farley A, Lindson-Hawley N, Aveyard P (2014). Change in mental health after smoking cessation: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2014; 348:g1151
4. Juel K, Sørensen J, Brønnum-Hansen Henrik. Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark, Statens Institut for Folkesundhed, 2006.
http://www.si-folkesundhed.dk/upload/risikofaktorer_def.pdf (besøgt d. 11.09.2015)
5. Rasmussen M. et al., *Clin. Health Promot.* 2012;2:26-35
6. Illemann Christensen A, Davidsen M, Ekholm O, Vivian Pedersen P, Juel K. Den Nationale Sundhedsprofil 2014. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. 2014
7. Statistikbanken, Danmarks Statistik, 4. kvartal 2014
8. Danmarks Statistik, 2014
9. Skatteministeriet, Afgifter - provenuet af afgifter og moms 2009-2016
<http://www.skm.dk/skattetal/statistik/provenuoversigter/afgifter-provenuet-af-afgifter-og-moms-2009-2016> (besøgt d. 11.09.2015)
10. World Health Organization, The case for investing in public health, A public health summary report for EPHO 8. 2014.
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/278073/Case-Investing-Public-Health.pdf?ua=1 (besøgt d. 11.09.2015).



Rygestopbasen
WHO-CC
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital
Nordre Fasanvej 57
Hovedvejen Bygn. 14, Indgang 5, 2. sal
2000 Frederiksberg

E-mail: info@rygestopbasen.dk
Tlf. 3531 6037

Hjemmeside: www.rygestopbasen.dk