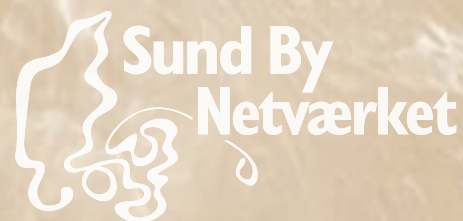


Tobaksforebyggelse i kommunerne – kom godt fra start!

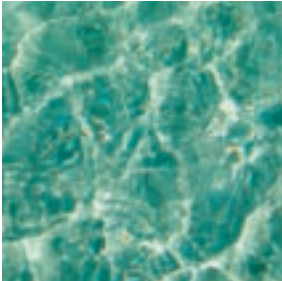
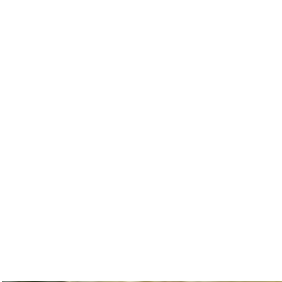
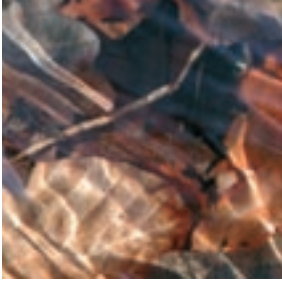
Rapport fra konference afholdt den 8. juni 2006



The background of the entire page is a close-up, high-angle photograph of water ripples. The water is a light, warm brownish-gold color, and the ripples create a complex, organic pattern of light and dark lines across the surface. The lighting is soft, highlighting the texture of the water.

Tobaksforebyggelse i kommunerne – kom godt fra start!

Rapport fra konference afholdt den 8. juni 2006



**Tobaksforebyggelse i kommunerne
– kom godt fra start!**
Konferencerapport

Udgivet af: Sund By Netværket, 2006

Sund By Netværkets tobakssekretariat:
Folkesundhed København
Sjællandsgade 40
2200 København N
Tlf.: 35 30 45 26

Tekst: Andreas Christensen, Line-by-Line

Grafisk design og fotos: Michala Clante Bendixen

Tryk: PE offset

ISBN: 87-89863-54-2

Indhold

Forord af Kirsten Lee	5
Kommunernes nye rolle i tobaksforebyggelsen af Peter Kjærsgaard Pedersen	6
Rygning er den største forebyggelige faktor af Charlotta Pisinger	8
Rygere koster kommunen penge af Susanne Reindahl Rasmussen	11
Hvor står tobaksforebyggelsen i dag? af Jørgen Falk	14
Vejen til god tobaksforebyggelse i kommunen af Poul Tværmose	18
Kommunen skal omstilles til forebyggelse af Annemarie Knigge	20
10 millioner til kommunale rygeprojekter af Bjarke Thorsteinsson	22
SESSIONER:	
Borgerrettet forebyggelse	24
Patientrettet forebyggelse	28
Tobaksforebyggelse til børn og unge	32

Forord

Rygning er den forebyggelige enkeltfaktor, der har størst negativ indflydelse på folkesundheden i Danmark, og tobaksområdet har derfor en helt afgørende placering i forebyggelsen – både den borgerrettede og den patientrettede. Derfor er det et godt udgangspunkt for det fremtidige sundhedsarbejde i kommunerne, at tobaksforebyggelsen er det forebyggelsesområde, der er mest veludbygget herhjemme.

Gennem de seneste 10-15 år er der blevet udviklet en lang række metoder, uddannelser, koncepter, samarbejdsrelationer, organiseringer mv., som skaber et solidt fundament for tobaksforebyggelsen på nationalt niveau.

Med strukturreformen får kommunerne en ny og central rolle på forebyggelsesområdet. Derfor er udfordringen nu at sikre, at de hidtidige erfaringer og strukturer kan bruges af kommunerne, når de store opgaver på sundhedsområdet skal løftes fra 2007.

Denne rapport refererer indlæggene fra en konference, som Sund By Netværket holdt i juni 2006. Konferencen var et led i arbejdet med at støtte kommunerne i den nye sundhedsopgave, og den belyste kommunernes udfordringer og handlemuligheder i forhold til tobaksforebyggelse.

En af styrkerne ved det hidtidige tobaksforebyggende arbejde har været den tætte koordinering og det tværfaglige arbejde. Rapporten afspejler, at der i dag findes en meget bred vifte af indsatser.

Konferencen er kommet i stand gennem et samarbejde mellem Sund By Netværket og mange af de centrale aktører på området, og uden økonomisk støtte fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet havde konferencen ikke fundet sted.

Det kom som en positiv overraskelse på konferencen, at der som et led i en statslig pulje på 10 millioner kroner til støtte for kommunale modelprojekter på tobaksområdet bliver afsat 1 million til en arbejdsgruppe under Sund By Netværket. En af arbejdsgruppens opgaver bliver i samarbejde med Sundhedsstyrelsen at give faglig rådgivning til kommunerne.

Hurtigt efter sommerferien vil Sund By Netværket derfor arrangere workshops for de kommuner, der ønsker at søge om midler til at gennemføre et modelprojekt om tobaksforebyggelse.

Tak til KL, Sundhedsstyrelsen, Netværket af forebyggende sygehuse i Danmark og Kræftens Bekæmpelse, som medvirkede til planlægningen af konferencen.

Sund By Netværket ønsker kommunerne held og lykke med det nye arbejde.

Kirsten Lee

Formand for Sund By Netværket

Kommunernes nye rolle i tobaksforebyggelsen

Indlæg ved PETER KJÆRSGAARD PEDERSEN, kontorchef i Kontoret for Social- og Sundhedspolitik, KL

Tobaksforebyggelsen er en væsentlig del af kommunernes kommende forebyggelsesopgave, og kommunen bør arbejde tæt sammen med de praktiserende læger og regionen. Samtidig skal kommunen udnytte sine eksisterende sundhedsordninger også til tobaksforebyggelse.

KL har i sit “Program for folkesundhed. 7 forslag til bedre forebyggelse” understreget, at den borgerrettede og patientrettede forebyggelse er en opgave, som kommunerne meget gerne vil tage på sig, og som helt relevant ligger i kommunerne, fastslog Peter Kjærsgaard Pedersen.

På den anden side, påpegede han, er der fra statens side samlet set kun givet 200 millioner kroner til den borgerrettede forebyggelse i kommunerne, og til den patientrettede forebyggelse er der ikke afsat penge fra centralt hold.

– Derfor skal forventningerne sættes rigtigt. Der er simpelthen grænser for, hvad vi kan gøre med de midler, vi har fået. Og specielt i forhold til den patientrettede forebyggelse må vi se i øjnene, at det ikke er noget, man vil kunne bygge op fra den 1. januar 2007. Det vil være noget, kommunerne skal udvikle gradvist.

Kommuner skal formulere sundhedspolitikker

KL opfordrer kommunerne til at formulere en sundhedspolitik og har udarbejdet en vejledning om, hvordan en sådan kan udformes. Peter Kjærsgaard Pedersen konstaterede, at to tredjedele af kommunerne allerede har gjort dette eller er i gang med det.

– Den kommunale sundhedspolitik skal sikre, at kommunens begrænsede ressourcer bliver brugt der, hvor man ved, at indsatsen har en effekt. Desuden kan politikken bruges til at prioritere indsatserne. Sundhedspolitikken kan altså være et redskab til en effektiv forebyggelsesindsats, mente Peter Kjærsgaard Pedersen.

Behov for bedre evidens

På forebyggelsesområdet mangler der generelt viden om, hvilke indsatser der virker, sagde Peter Kjærsgaard Pedersen videre. Derfor ønsker KL, at forskning i forebyggelsesmetoder skal prioriteres højt.

– Man vil være nødt til at sætte nogle tiltag i gang på et grundlag, hvor vores viden ikke er fuldt optimal. Derfor er det vigtigt, at man gennem en forskning i tæt samspil med praksis forbedrer evidensen for, hvor det er bedst at sætte ind.

Peter Kjærsgaard Pedersen nævnte, at der inden for rygestop er god evidens for, hvilke metoder der virker. Derfor har kommunerne også gode forudsætninger at bygge på, og det vil så være muligt for dem at arbejde videre med områder, hvor der efter hans opfattelse er mindre klar evidens.

Tæt samarbejde med lægerne og regionen

Et andet hovedsynspunkt for KL er, at kommunerne er nødt til at have et meget tæt samarbejde med andre aktører. Det gælder først og fremmest de praktiserende læger og regionerne.

– De praktiserende læger vil have en utrolig vigtig rolle i forhold til kommunerne. Hvis vi bygger nogle forebyggelses-tilbud op på et sundhedscenter, og de praktiserende læger ikke er opmærksomme på tilbuddet og derfor ikke visiterer til det, står vi med et alvorligt problem.

– Som udgangspunkt kan man ikke forpligte de praktiserende læger, men på baggrund af sundhedsaftalerne med regionen kan man indgå aftaler med lægerne, så man sikrer, at der bliver en stærk trekant af regionen, den praktiserende læge og kommunen, sagde Peter Kjærsgaard Pedersen.

I forhold til regionerne skal man gennem de obligatoriske sundhedsaftaler beskrive, hvordan man i fællesskab vil løfte opgaven med den patientrettede forebyggelse. Da de nye kommuner mange steder endnu ikke er bemandede, vil den første forebyggelsesaftale ikke blive det endelige bud på, hvordan området skal organiseres, sagde Peter Kjærsgaard Pedersen.

– Den første aftale vil være et første forsøg og måske i nogle tilfælde et famlende forsøg på at få beskrevet disse ting. Men konceptet er rigtig godt, fordi det giver mulighed for at få et tæt samarbejde med de andre aktører i sundhedsvæsenet. Hvis tobakken ikke kommer ind i den første runde af aftaler, fordi man ikke har kunnet overskue det på det tidspunkt, så kommer der senere en ny mulighed for at tænke det ind.

Eksisterende sundhedsordninger skal tilpasses

Kommunerne har allerede i dag en række berøringsflader til borgerne, hvor man også forebygger – det gælder blandt andet sundhedsplejerskerne, hjemme-sygeplejen og de forebyggende hjemmebesøg. Med kommunernes begrænsede ressourcer vil forebyggelsesopgaverne nødvendigvis skulle tænkes ind også i de eksisterende ordninger, som KL derfor ønsker evalueret, sagde Peter Kjærsgaard Pedersen.

– Vores synspunkt er, at det er naturligt, at man kigger på de eksisterende opgaver og ser på, hvordan man kan få dem til at spille sammen med de nye opgaver.

– Som den primære indgang til den offentlige sektor har kommunen tæt kontakt til borgerne, hvilket den kan udnytte i forhold til forebyggelsesopgaven. Samtidig er kommunen selv en stor arbejdsplads, hvor man kan tage forebyggelses-temaer op.

Peter Kjærsgaard Pedersen foreslog, at man arbejder sammen med de lokale arbejdspladser, og lagde også vægt på rygestoptilbud på de nye sundhedscentre.

Endelig nævnte han de udsatte borgere, som man fx kan nå gennem boligsociale tilbud og væresteder.

Rygning er den største forebyggelige risikofaktor

Indlæg ved læge, ph.d. CHARLOTTA PISINGER,
formand for Dansk Selskab for Tobaksforskning



Storrygere lever 10 år kortere end ikkerygere, og rygning koster hvert år 13.000 danskere livet. Rygning er årsag til en lang række sygdomme, som også rammer passivrygerne.

Rygning er stadig den største forebyggelige risikofaktor, selvom der igennem de seneste 5-10 år er kommet mere fokus på fysisk aktivitet og kost. Det er stadig rygningen, der slår flest mennesker ihjel. På trods heraf svarer 92% af rygerne i undersøgelser, at “den gennemsnitlige ryger er mere udsat for at blive syg end jeg”.

Det fortalte Charlotta Pisinger i en gennemgang af rygningens skadevirkninger. Hun supplerede med andre myter blandt rygere, fx at motion modvirker det meste af rygningens skadevirkning (52%), eller at årsagen til lungekræft især er genetisk (36%).

4.000 kemiske stoffer i røgen

– Forbrændingen i en cigaret frigør omkring 4.000 kemiske stoffer, partikler og gasser. Af gasserne er den mest kendte kulilte, og så er der andre som formaldehyd, hyrazin og nitroser gasser. Kulilten skaber iltmangel – de andre stoffer er allergifremkaldende, lokalirriterende og nedbryder lungevævet, sagde Charlotta Pisinger.

– I partiklerne, det man også kalder tjære, er der stoffer som kviksølv, DDT og nitrosaminer. Hvis nogen puttede det i vores madvarer, så ville madvarerne øjeblikkelig blive fjernet fra hylden. Man må end ikke tilsætte disse stoffer til rengøringsartikler, men det er tilsyneladende helt i orden, at de findes i cigaretter, for der findes ingen lovgivning om, hvad tobak må indeholde. Det, som man blandt andet er meget bange for i tjæren, er de 43 kræftfremkaldende stoffer.

Mister 10 leveår

En engelsk undersøgelse har fulgt næsten 35.000 personer gennem 50 år, startende i 1951. Undersøgelsen har påvist, at ikkerygere lever cirka 10 år længere end rygere. I 70-års-alderen lever 81% af alle ikkerygerne stadig, mens det kun gælder for 58% af rygerne.

Undersøgelsen har også vist, at holder man op med at ryge som 30-årig, så får man 10 år forærende i forhold til dem, der bliver ved med at ryge. Hvis man holder op som 40-årig får man 9, som 50-årig 6 år, og selv hvis man holder op ved de tres får man 3 ekstra leveår.

– Noget tilsvarende er også blevet vist med danske data, hvor man har fulgt 30.000 danskere i op til tredive år. Storrygerne mister 9 år, og smårygere mellem 6 og 7 år, fremgik det af Charlotta Pisingers indlæg.

Årligt 13.000 tobaksdødsfald

Hvert år dør der herhjemme cirka 13.000 af rygerelaterede sygdomme. Cirka 5.500 af dem dør af hjerte-kar-sygdomme, 4.000 af cancer og 3.500 dør af KOL.

– Så kan man tænke “Herregud, man dør lidt tidligere, så slipper man for et par år på plejehjem” – men det er desværre for de midaldrende, at dødeligheden er størst. Blandt kvinder dør der omkring 50% flere midaldrende i Danmark i forhold til Sverige og Norge. For de danske mænd er den tilsvarende overdødelighed omkring 25-30 %, oplyste Charlotta Pisinger.

Blodprop i hjertet slår også mange rygere ihjel. De rammes ti år tidligere og har højere dødelighed end ikkerygere, når de har en blodprop. For et par år siden var der årligt godt 3.000 rygere, som fik en blodprop i hjertet.

– Rygning er desuden årsag til cirka en tredjedel af alle kræfttilfælde. Hvis man er storryger og ryger over 15 cigaretter om dagen, er ens risiko for kræft fire gange større end aldrigrygerens, fortalte Charlotta Pisinger.

– For brystkræft har man for nylig påvist, at risikoen for at få sygdommen er 27% højere for aldrigrygende kvinder, der er passivrygere, sammenlignet med aldrigrygere, der ikke er udsat for passiv rygning. Rygende kvinders overrisiko er 46%.

Kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) er en udbredt sygdom med 300.000 tilfælde herhjemme. Sygdommen er årsag til cirka 3.000 årlige dødsfald, og 85% af alle tilfælde skyldes rygning.

Sværere at blive gravid

Rygning skader også fertiliteten, fortalte Charlotta Pisinger.

– Sætter man den månedlige sandsynlighed for graviditet til 100% for en kvinde, der er ikkeryger, og som **ikke** har været udsat for rygning som foster, viser det sig, at en ikkeryger, der **har** været udsat for rygning som foster, kun har 79% sandsynlighed for graviditet, en ryger har 67% sandsynlighed, mens en ryger, der **også** har været udsat for røg som foster, kun har 53% sandsynlighed for graviditet.

– Selvom man får kunstig befrugtning, er chancen for graviditet stadig kun halvt så stor, hvis man er i den sidste gruppe, sagde Charlotta Pisinger.

Hun supplerede med at nævne noget af alt det andet, som rygning forårsager eller forværrer: impotens, grå stær, psoriasis, inkontinens, mavesår, skjoldbrusk-

kirtelsygdom, forværret astma, knoglebrud, leukæmi, misdannelser hos foster, ældning af hud, parodontose, moderkageløsning, foreliggende moderkage, halsbetændelse (børn), mellemørebetændelse (børn) osv.

Passiv rygning gør omgivelserne syge

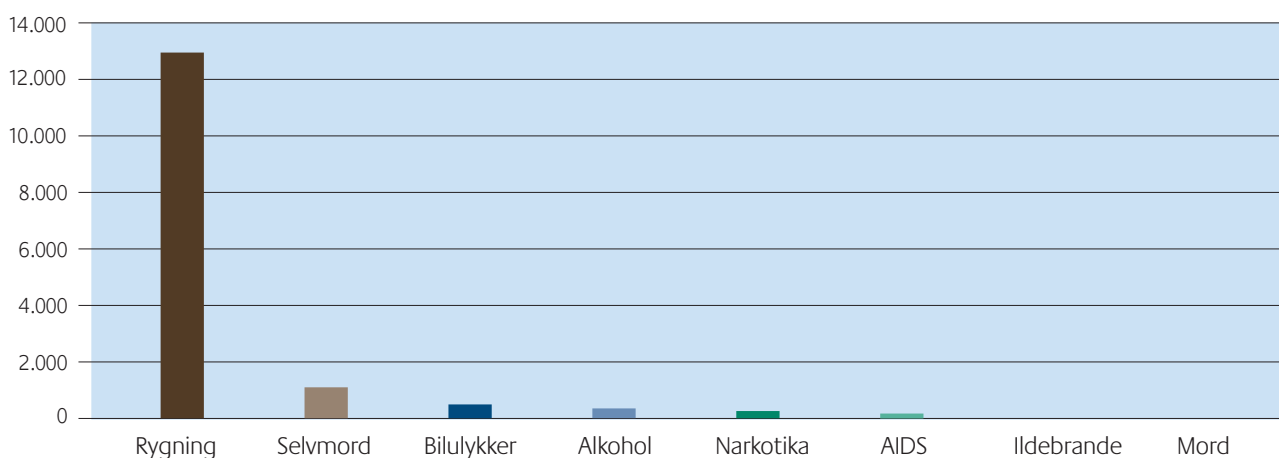
Børn, der udsættes for passiv rygning som fostre, har op til dobbelt så stor risiko for at dø ved fødslen, primært fordi de fødes for små og for tidligt. Og de har også op til dobbelt så stor risiko for at dø i deres første leveår. 30-40% af alle tilfælde af vuggedød kunne undgås, hvis kvinder ikke røg under og efter graviditeten.

Som større har børnene, der udsættes for passiv rygning, cirka 30% større risiko for at forsømme skolen på grund af lungesygdom. Og jo flere rygere, der er i barnets hjem, desto flere sygedage har de, og desto mere kontakt til læge. Astmabørn har fx firedoblet risiko for sygemelding fra skole, hvis der er to rygere i hjemmet, fortalte Charlotta Pisinger.

– Passiv rygning skader også voksne. Der er en stærkt dokumenteret sammenhæng mellem passiv rygning og lungekræft, blodprop i hjertet og hjernen og kroniske luftvejssymptomer, mens der er en moderat dokumenteret sammenhæng mellem passiv rygning og nedsat lungefunktion, kræft i næsehulen og livmoderhalskræft.

Vigtigste årsag til for tidlig død

Rygning er altså meget dødeligt, hvilket Charlotta Pisinger illustrerede med figuren herunder, der sammenligner antal dødsfald på grund af rygning med dødsfald af andre årsager.



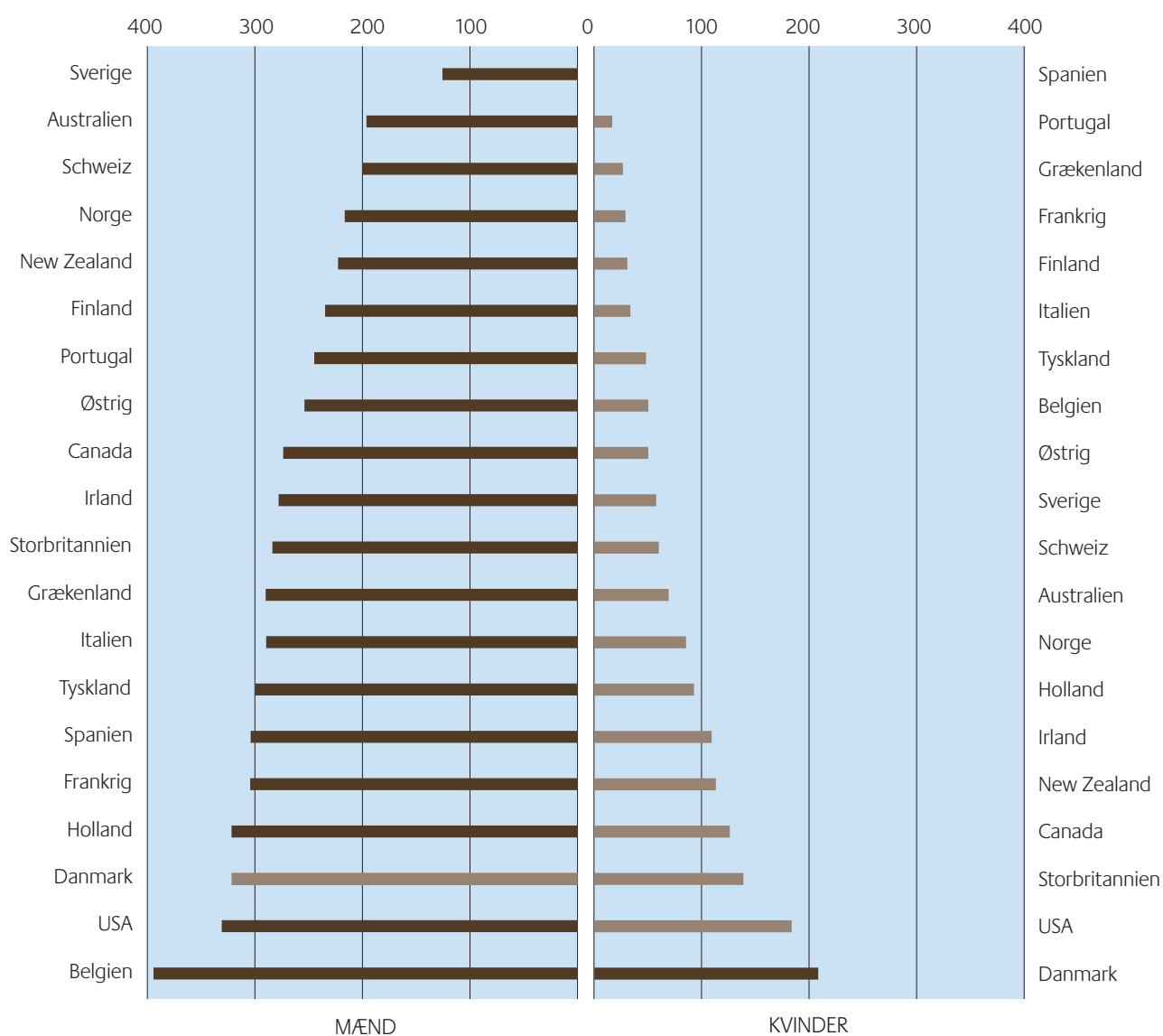
FIGUR 1: Antal årlige dødsfald i Danmark – unaturlig/for tidlig død
Kilde: Dødsårsagsregisteret

Danmark værst i EU

Charlotta Pisinger nævnte også en europæisk rapport (The health status of the European Union, European Commission, 2003), som gennemgår helbredsstatusen i de enkelte EU-lande. Rapporten ser blandt andet på potentielle helbredsforbedringer og nævner fjorten punkter, hvor man kan forbedre helbredstilstanden i landene.

– Danmark er det land, der har flest arbejds punkter i rapporten. På seks områder fremtræder vi som det land, der har de værste vaner. Og problemerne gælder i de fleste tilfælde kvinderne, påpegede Charlotta Pisinger.

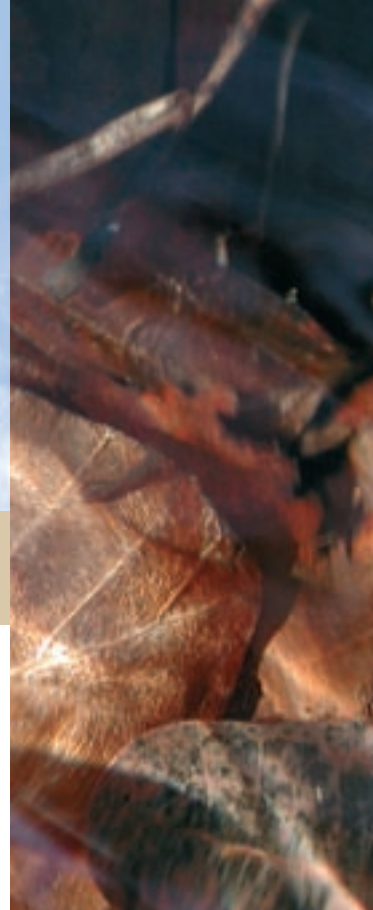
– Hvis man sammenligner Danmark med andre vestlige lande i forhold til tobaksrelaterede dødsfald (figur 2), kan man se, at de danske kvinder ligger i bunden. Det er dem, der har de fleste tobaksrelaterede dødsfald i hele den vestlige verden, og de danske mænd ligger på en tredjeplads.



FIGUR 2: Antal tobaksrelaterede dødsfald pr. 10.000, 1996-2000 (Vesteuropa, Canada, USA, Australien og New Zealand, 35-74 årige)
Kilde: Statens Institut for Folkesundhed

Rygere koster kommunen penge

Indlæg ved MPH, ph.d. SUSANNE REINDAHL RASMUSSEN, projektleder på DSI Institut for Sundhedsvæsen



Selvom rygere, der lægger tobakken på hylden, lever længere og dermed belaster sundhedsvæsenet mere som gamle, er de billigere for samfundet end de rygere, der fortsætter med at ryge og derfor lever kortere.

Tobaksrygning koster hvert år Danmark lidt over 27 milliarder kroner, hvilket dækker over direkte omkostninger på 11 milliarder og et produktionstab på 16 milliarder (2006-priser).

Det fremgår af beregninger, som projektleder Susanne Reindahl Rasmussen fremlagde. Beregningerne er baseret på hendes ph.d.-afhandling fra 2005, som bygger på tal fra 1999.

Susanne Reindahl Rasmussen har efterfølgende beregnet, hvor meget rygningen koster den enkelte kommune. Opgjort i 2006-kroner kan en kommune med 30.000 indbyggere således forvente, at tobaksrygning koster kommunen 13,6 millioner kroner årligt.

Tre typer af omkostninger

En samfundsøkonomisk analyse som den, Susanne Reindahl Rasmussen har benyttet, omfatter tre elementer: direkte omkostninger, produktionstab og u håndgribelige omkostninger.

- **De direkte omkostninger** er værdisætninger af de ressourcer, som bruges i sundhedssektoren og eventuelt også i socialektoren, og i nogle tilfælde medtager man også patienternes tidsforbrug i relation til behandling på sygehuset.

- **Produktionstab** er tab, som samfundet lider, fordi patienter for tidligt er gået fra arbejdsmarkedet på grund af kortvarig, langvarig eller permanent sygdom.

- **De u håndgribelige omkostninger** omfatter de omkostninger, som patienten har som følge af sygdommen på grund af fx usikkerhed og smerter eller pårørendes savn. De er svære at gøre op og medtages derfor sjældent i analyser af denne slags og altså heller ikke i Susanne Reindahl Rasmussens afhandling.

Sygdomsomkostninger sammenholdes med sygdomsrisiko

Til brug for beregningerne af de kommunale omkostninger har Susanne Reindahl Rasmussen gennemført en såkaldt cost-of-illness-analyse, hvor omkostningerne er beregnet for fire sygdomsgrupper: kræft, hjerte-kar-sygdomme, luftvejssygdomme og gruppen "øvrige sygdomme" – for 35-89-årige mænd og kvinder. Grænsen er sat ved 35 år, fordi man ikke kan se en tobaksrelateret dødelighed før 35-års-alderen.

Denne beregning sammenholdes med beregninger af den relative risiko for dødsfald i forhold til andelen af rygere.



De direkte omkostninger

Susanne Reindahl Rasmussen viste, hvilke direkte omkostninger, der indgår i undersøgelsen:

Direkte omkostninger, som indgår:

■ Primærsektoren:

- Konsultationer ved alment praktiserende læge
- Fysioterapeutbehandling
- Medicin

■ Sekundærsektoren:

- Udskrivninger fra hospital (somatisk)
- Skadestuebehandling og ambulans behandling (somatisk).

Direkte omkostninger, som ikke indgår:

■ Primærsektoren:

- Konsultationer ved speciallæge og en række andre behandlere, fx tandlæger og fodterapeuter
- Hjemmeplejen
- Genoptræning
- Hjælpemidler.

– Når disse omkostninger ikke indgår, skyldes det, at der ikke findes kommunale registre over, hvad folk er blevet behandlet for i forhold til den givne diagnose. Indtil sådanne tal bliver tilgængelige, er det yderst svært at foretage beregningen, sagde Susanne Reindahl Rasmussen.

Produktionstab

I ph.d.-afhandlingen, hvor de sundhedsøkonomiske omkostninger er opgjort, er produktionstabet også medtaget, og her er omkostningerne opgjort ved hjælp af humankapitalmetoden, hvor omkostningerne ved kortvarigt og langvarigt samt permanent arbejdsop-hør opgøres på basis af oplysninger om:

- sygefraværdsdage
- rehabilitering
- førtidspension
- dødsfald.

– Der er ikke tale om en opgørelse af, hvad der er udbetalt i form af dagpenge eller førtidspension –man beregner i stedet, hvad folk ville have kunnet producere, hvis de havde kunnet forventes at arbejde.

Den enkelte kommunes omkostninger

De 13,6 millioner kroner, som tobakken koster kommunen, dækker 12,8 millioner til indlæggelser og ambulans behandling og 0,8 millioner til alment praktiserende læger og fysioterapi.

Forudsætningerne for disse tal er at:

- Der er 30.000 indbyggere i kommunen
- Antallet af 35-89-årige er knap 17.000
- 30% af DRG- og DAGS-taksterne indgår som kommunale byrder
- det samme gør 10% af grundtaksten til alment praktiserende læge og fysioterapeut
- Fordelingen af omkostninger mht. alder, køn og sygdomsgrupper og for rygerproportioner mht. alder og køn røgmængde er den samme som i 1999.

– Der er altså ikke medtaget omkostninger til speciallæge, tandlæge, fodterapi og den del, som kommunerne skal betale af genoptræning på sygehusene. Tallet må derfor anses for at være et minimumstal, understregede Susanne Reindahl Rasmussen.

Kan det betale sig at forebygge?

– Vi ved, at sundhedsvæsenets omkostninger stiger med borgernes alder, og man kan derfor spørge, om det overhovedet kan betale sig at forebygge. For folk, der ikke ryger, lever jo længere og bliver måske derfor en større økonomisk byrde for samfundet, sagde Susanne Reindahl Rasmussen.

For at afklare det spørgsmål har Susanne Reindahl Rasmussen i sin ph.d.-afhandling foretaget beregninger af sundhedsomkostningerne opgjort over et helt livsforløb, hvilket betyder, at der er taget hensyn til rygeres og ikkerygeres forskellige levetid. På den baggrund er det fx beregnet, at **de direkte livstidssundhedsomkostninger** for en moderat rygende kvinde (der ryger 15-24 cigaretter/dag) er cirka 230.000 kr., mens omkostningerne for den, der holder op som 35-årig, er 139.000 kr. Det tilsvarende **produktionstab** for rygeren er 508.000 kr., mens det for eksrygeren er 346.000 kr. (1999-priser).

Samfundet kan altså forvente at spare cirka 91.000 kr. i direkte livstidssundhedsomkostninger, hvis en moderat rygende kvinde bliver eksryger som 35-årig, mens besparelsen i produktionstab opgjort over et livsforløb kan forventes at ligge på omkring 162.000 kr.

– Rygere koster gennemsnitlig mere end eksrygere over et livsforløb uanset alder, køn, dagligt tobaksforbrug, direkte omkostninger/produktionstab og sygdomsgruppe – dette er konklusionen på ph.d.-afhandlingen. Resultatet påvirkes i nogen grad af de tilgrundliggende antagelser om relative risikoværdier. Men det er kun, hvis man antager, at der ikke er nogen forhøjet risiko grundet rygning i gruppen af ”øvrige sygdomme”, at der ikke er en besparelse, sagde Susanne Reindahl Rasmussen og tilføjede:

– Beregningen forudsætter blandt andet, at rygeophøret er permanent, og det ved man jo, at det i mange tilfælde ikke er. Hvis man kunne tage hensyn til det, ville besparelsen være mindre.

Kommunens besparelse

De forventede besparelser på de direkte livstidssundhedsomkostninger (indlæggelser, ambulante behandling, alment praktiserende læge og fysioterapi) kan også beregnes for den enkelte kommune. Fx vil kommunens besparelse for en moderat rygende mand, som holder op med at ryge som 35-årig være 28.400 kr. Hvis der derimod er tale om moderat rygende mænd, som bliver eksrygere som 50-årige, henholdsvis 65-årige, er de forventelige besparelser på 12.800 kr. henholdsvis 3.700 kr.

– Det betyder jo ikke, at man kun skal sætte ind over for de 35-årige. Folk, der holder op med at ryge, har et bedre liv i vente, og der er altså besparelser at hente, uanset hvornår de holder op, understregede Susanne Reindahl Rasmussen.

Hvor står tobaksforebyggelsen i dag?

Indlæg ved JØRGEN FALK,
informationskonsulent i Sundhedsstyrelsen

Der er sket et drastisk fald i andelen af rygere gennem de seneste 50 år, men til gengæld er den sociale ulighed i rygning steget markant. Selvom Danmark halter efter en række lande i tobaksforebyggelsen, ligger der en række effektive redskaber klar til kommunerne, når de overtager ansvaret for forebyggelsen.

Jørgen Falk indledte med at give et kort historisk rids over, hvad man herhjemme har gjort inden for tobaksforebyggelse i løbet af de seneste 50 år. Det var først i 1950'erne, at man blev klar over, at der var en entydig sammenhæng mellem sygdom og rygning.

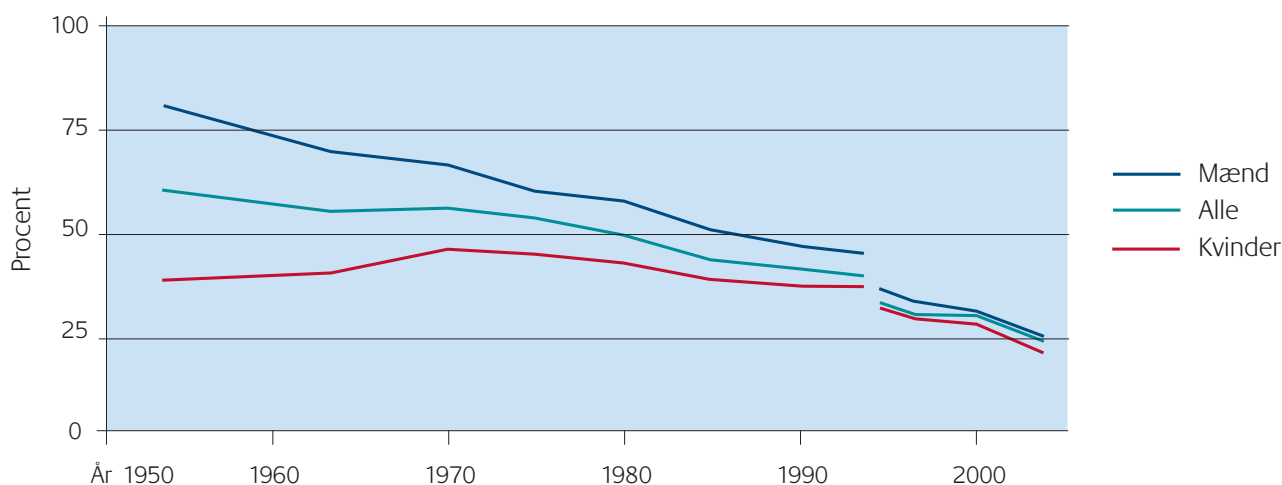
I 1. fase (1960-1985) lå fokus på forebyggelse af rygestart blandt børn og unge. I 2. fase (1986-1994) blev Tobaksskaderådet oprettet, og man koncentrerede indsatsen om forebyggelse af rygestart – med inddragelse af røgfri miljøer. Samtidig spirede interessen for at arbejde med rygestop.

Ved indgangen til 3. fase (1995-2005) havde Middellevetidsrapporten netop peget på, at tobakken var den store dræber, og at man måtte gøre noget ved det. Fokus kom primært til at ligge på rygestop – men der var også øget fokus på røgfri miljøer. Endelig tager vi nu i 2006 fat på 4. fase, som vil fokusere på røgfri miljøer (lovforslag til efteråret) – samt rygestop og rygestart, sagde Jørgen Falk.

Halvering af rygerandelen på 50 år

Andelen af rygere er faldet drastisk siden 1950'erne, som det fremgår af figur 3.

I 1953 var næsten 80% af mændene rygere – nu gælder det kun for knap 28% af mændene. Kvindernes andel steg frem til ca. 1977, men er faktisk faldet siden da. Dog viser Sundhedsstyrelsens tal, at vi fra 2004-2005 for første gang igen har en lille stigning, hvis der ikke blot er tale om en statistisk tilfældighed, påpegede Jørgen Falk.



FIGUR 3: Andelen af dagligrygere 1953-2005

– Siden midten af 1970'erne er det samlede tobaksforbrug pr. indbygger faldet. Hvis faldet skulle have afspejlet det fald, der har været i andelen af rygere, burde det have været på 50%, men det ligger kun et sted i mellem 25-30%. Det skyldes, at mange rygere er begyndt at ryge mere, efter at der er kommet alle disse light-cigaretter.

Større social ulighed i rygning

– I 1970 var der i forhold til rygeandel ingen forskel i forhold til uddannelse eller social status – men det er der sandelig blevet. I dag er der dobbelt så mange rygere i gruppen af ufaglærte som blandt højere funktionærer, og der er tre gange så mange storrygere blandt de ufaglærte, fastslog Jørgen Falk.

– Når man ved, at risikoen i høj grad hænger sammen med det daglige forbrug, så er der jo en kolossal ophobning i de svageste grupper, som vi må forsøge at gøre noget ved.

I forhold til børn og unge viser helt nye undersøgelser, at der blandt de 11-15-årige er færre, der ryger – og det gælder både piger og drenge.

MULD-undersøgelsen, som Kræftens Bekæmpelse og Sundhedsstyrelsen står for, viser tilsvarende, at der er færre dagligrygere blandt de 16-20-årige.

– Men igen kan man se denne stigende sociale forskel, som vil blive et voksende problem, advarede Jørgen Falk.

Mange virksomheder har rygeregler

Jørgen Falk pegede på, at der i forhold til røgfri miljøer er sket en udvikling fra, at 60% af virksomhederne i 2002 havde regler, der begrænser rygning, til, at over 80% i 2005 havde sådanne regler. Ligeledes er andelen af virksomheder med rygeforbud i samme periode tredoblet fra ca. 10% til 30%.

– Det er en positiv udvikling, og den lovpakke, der kommer til november, vil jo yderligere virke stimulerende.

Danmark bagefter i tobaksforebyggelsen

WHO og Verdensbanken har undersøgt tobaksforebyggende initiativer og har opstillet en prioriteret liste over, hvad der virker bedst:

- høje priser/afgifter på tobaksvarer¹
- røgfri arbejdspladser og offentlige steder
- omfattende informationsindsats (kampagner)
– kan bedrives af staten, men også af andre aktører, lokalt som centralt
- forbud mod tobaksreklamer og -sponsorater²
– central beslutning
- markante og direkte advarsler på pakninger³
– central beslutning
- rygeafvænningsstilbud.

Ud fra WHO's og Verdensbankens liste er der for nylig foretaget en rating af forskellige europæiske landes tobaksforebyggelsespolitik. Her får Danmark 45 af 100 point, hvilket placerer os på en 18. plads blandt 30 lande. Her er Danmarks point i undersøgelsen:

- Relativt lave priser på tobak (17 af 30 point)
- Ingen effektiv lovgivning om røgfri miljøer på arbejdspladsen og i det offentlige rum (3 af 22 point)
- Få offentlige midler til kampagner (2 af 15 point)
- Rimeligt effektivt reklameforbud (10 af 13 point)
- Tekst-advarsler på pakningerne (6 af 10 point)
- Rimeligt udbyggede rygestoptilbud (7 af 10 point).

– Ved rygestoptilbud ligger vi på en delt 4. plads ud af de 30 lande. Det er et af de instrumenter, som kommunerne stort set direkte kan overtage og etablere som en af deres væsentligste indsats på dette område, understregede Jørgen Falk.

¹ Betinget af landspolitisk beslutning

² Betinget af landspolitisk beslutning

³ Betinget af landspolitisk beslutning



Redskaber til kommunerne

Jørgen Falk pegede på, at kommunerne har en række effektive metoder til deres rådighed på tobaksområdet.

– Netop på tobaksområdet har vi rigtig god evidens for, hvilke metoder der virker:

- Velbeskrevne og effektive metoder – især inden for rygestop og røgfri miljøer (Sundhedsstyrelsen, Sund By Netværket etc.)
- Mere end 6.000 uddannede rygestoprådgivere
- Udbyggede uddannelsesstilbud inden for rygestop (Kræftens Bekæmpelse)
- Udbygget kvalitetssikringssystem (Rygestop-basen)
- Velfungerende nationalt netværk af tobaksnøglepersoner – Sund By Netværket
- Faglig formidling (fx via StopNyt)
- Udbygget og gratis rådgivningstilbud til borgere (STOP-linien)
- Velfungerende materialer (Sundhedsstyrelsen, Kræftens Bekæmpelse)
- Midler fra staten:
 - 3 millioner kroner til Apotekerforeningen årligt i perioden 2005-2008 til at sørge for, at amternes nedlæggelse ikke kommer til at betyde et voldsomt fald i rygestopaktiviteterne
 - Puljemidler på 10 millioner kroner til kommunerne
 - Støtte til Sund By Netværkets arbejde med tobaksforebyggelse
- Skærpet lovgivning om røgfri miljøer fra april 2007.

De fælles udfordringer

Jørgen Falk gjorde opmærksom på en række udfordringer, som ligger i den næste fase af tobaksforebyggelsen:

- At få udnyttet den eksisterende viden og implementeret den i en kommunal sammenhæng
- At få systematiseret den tobaksforebyggende indsats og få etableret et trekantssamarbejde mellem kommunen, de praktiserende læger og regionen, så der bliver en egentlig tobaks-systematik i arbejdet, der bliver udført i forhold til den patientrettede forebyggelse
- At udvikle tobaksforebyggelsen via dialog og samarbejde mellem aktører på nationalt, regionalt og lokalt niveau – fx i forhold til udsatte grupper, som bliver det næste tiårs store udfordring
- At sikre politisk bevågenhed og bedre økonomi for det tobaksforebyggende arbejde gennem formidling af succeshistorier.

– Og der er ikke ubegrænsede midler til rådighed, så en af opgaverne bliver at sikre, at vores politikere bliver opmærksomme på, at tobaksrygning koster samfundet enorme summer, og at der er store besparelser at hente ved at gøre en indsats, sagde Jørgen Falk.

– Til sidst vil jeg blot slå fast, at tobaksforebyggelse gør en forskel, den virker, og den er lige til at gå till!

Vejen til god tobaksforebyggelse i kommunen

Indlæg ved POUL TVÆRMOSE,
specialkonsulent i Folkesundhed København



Sund By Netværket er ved at lægge sidste hånd på “Ti skridt til god tobaksforebyggelse – den gode kommunale model”, som blandt andet opfordrer kommunerne til at satse meget på at udbrede røgfri miljøer, fordi det er let, billigt og effektivt og ikke kræver stort politisk mod.

Poul Tværmose fortalte, at Nationalt Center for Rygestop, der eksisterede som projekt i perioden 2001-2005, arbejdede med at udvikle og udbygge rygeafvænningsstilbud til befolkningen. Dette arbejde tydeliggjorde, at der manglede retningslinjer, prioriteringer og værktøjer i forbindelse med tobaksindsatsen herhjemme.

Derfor tog Nationalt Center for Rygestop fat på at udforme “Ti skridt til god tobaksforebyggelse – den gode kommunale model” – et arbejde, som imidlertid blev overhalet af udviklingen, fordi kommunalreformen betyder, at det nu ikke længere er amterne, men kommunerne, der bliver hovedaktører.

– Så vi tænkte, at det næste logiske skridt måtte være at lave “Ti skridt til god tobaksforebyggelse – den gode kommunale model”, hvilket vi nu er i færd med i Sund By Netværkets regi, hvor vi har inviteret en lang række af de aktører, som spiller en rolle på området. I arbejdet deltager repræsentanter fra Sund By Netværkets kommuner og amter, Sundhedsstyrelsen, KL, Kræftens Bekæmpelse, Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark og Danmarks Apotekerforening, fortalte Poul Tværmose.

Kommunen skal forpligte sig

Poul Tværmose præsenterede den ikke helt færdige udgave af “Ti skridt til god tobaksforebyggelse – den gode kommunale model”, som skal være en kvalitetsstandard for, hvordan man bør arbejde med tobaks-

forebyggelse i kommunerne. Sund By Netværket udsender modellen efter sommerferien, hvorefter den skal formidles på en række temamøder rundt om i landet.

– En forudsætning for arbejdet er, at tobak får en plads i kommunens sundhedspolitik. Det vil engagere og forpligte både det politiske og ledelsesmæssige niveau, og det vil også kunne danne baggrund for en tobaksstrategi og en handlingsplan, som er vigtig for arbejdet.

– Området skal organisatorisk forankres ét sted, men selve arbejdet skal jo foregå alle de steder i kommunen, hvor det er relevant. Det stiller krav om, at kommunen afsætter økonomi og personaleressourcer til arbejdet, understregede Poul Tværmose.

Tre hovedområder

Sund By Netværket arbejder i modellen med tre hovedområder, som Poul Tværmose nævnte i prioriteret rækkefølge, idet han konstaterede, at denne rækkefølge var lige omvendt af den, som Peter Kjærsgaard Pedersen fra KL havde i sit indlæg:

1. Fremme af røgfri miljøer. Det er effektivt, let at gå til, ikke særlig dyrt og kræver efterhånden heller ikke særlig meget politisk mod.
2. Fremme af rygestop.
3. Forebyggelse af rygestart. Unges rygning kan ikke ses isoleret fra rygning og holdninger i det omgivende samfund. Derfor er forebyggelse af rygestart i høj grad en afledt funktion af det arbejde der i øvrigt gøres på tobaksområdet – ikke mindst arbejdet med røgfri miljøer hvor børn og unge færdes, sagde Poul Tværmose.

Røgfri miljøer skal udbredes i kommunen

Modellen beskriver også, hvordan man kan udbrede de røgfri miljøer i kommunen:

- Kommunens arbejdspladser og institutioner skal være røgfri. Kommunen er mange steder selv den største arbejdsplads, hvor der kommer mange voksne, som ellers kan være svære at nå.
- Kommunens kultur-, fritids- og sportsinstitutioner skal være røgfri.
- Kommunen skal arbejde for røgfri miljøer i den private sektor og på ungdomsuddannelser.

Poul Tværmose bemærkede, at Sund By Netværkets arbejde også her er blevet overhalet lidt af udviklingen, da regeringens nye lovforslag om røgfri miljøer i stor udstrækning vil overflødig gøre disse anbefalinger om røgfri miljøer.

– Kommunen skal sørge for at presse kravet om røgfri miljøer ud i alle hjørner: hvor man har driftsoverenskomster, hvor man har samarbejdsaftaler, hvor man giver kommunale tilskud osv. Det er faktisk ikke så vanskeligt, som nogen tror. For nylig deltog jeg i en konference om tobaksforebyggelse i psykiatrien, og hovedindtrykket fra den dag var, at det, som man for få år siden troede var fuldstændig umuligt – det løser sig stille og roligt, blot man tager fat på arbejdet på en ordentlig måde.

– Jeg har en tilsvarende oplevelse på København Kommunes ældreområde, hvor vi på Østerbro er i fuldt sving med etablere røgfri plejehjemsafdelinger, og hvor både personalet, de gamle og de pårørende er glade for det – det ville man heller ikke have troet for få år siden. Sidst har jeg hørt, at man på Fyn vil arrangere røgfri banko, og så er den sidste bastion faldet! kunne Poul Tværmose konstatere.

Bredt udvalg af rygestoptilbud

Ifølge netværkets anbefalinger om fremme af rygestop skal kommunen (i prioriteret rækkefølge):

1. Tilbyde borgerne varierede rygestoptilbud
2. Integrere rygeafvænning i det sammenhængende patientforløb
3. Tilbyde varierede rygestoptilbud til særlige grupper
4. Tilbyde sine ansatte varierede rygestoptilbud
5. Medvirke til rygeafvænning på private arbejdspladser og på ungdomsuddannelser.

– Varierede rygestoptilbud handler ikke om, at man skal præsentere et supermarked af tilbud med pendulsvingning, krystalhealing og laserterapi. Det skal være evidensbaserede tilbud, og dem er der på rygestopområdet en lang række af.

– Der skal være noget at vælge imellem efter den enkeltes tilbøjelighed og smag. Desuden skal den meget store gruppe af rygere, der selv forsøger at holde op med at ryge, tilbydes hjælp til deres rygestopforsøg – måske bare en telefonsamtale med STOP-linien, en selvhjælpsguide eller et link til en hjemmeside.

– Endelig skal der være noget til de lidt tungere grupper. Det vil sige, at individuel rygeafvænning og rygeafvænning i grupper også skal være til rådighed, påpegede Poul Tværmose.

Desuden mente han, at man skal udvikle metoder til særlige grupper, fx psykisk syge eller folk med læse- og skrivevanskeligheder. Han anbefalede, at man gennemfører forskning med det formål på sociale væresteder og aktivitetssteder og i boligområder med mange socialt udsatte.

Sund By Netværket foreslår også, at kommunen giver tilbud på ungdomsuddannelserne og de private arbejdspladser – for, som Poul Tværmose sagde, hvem skulle ellers gøre det?

Børn skal vide, at rygning er noget skidt

Ifølge den nye model er det vigtigt, at børn og unge vokser op uden at være i tvivl om, at rygning er noget skidt, sagde Poul Tværmose. Derfor skal kommunen have tobaksforebyggende indsatser til børn i skole og fritidsmiljøer og også indsatser over for de unge på ungdomsuddannelserne.

– Det er i korthed det, som Sund By Netværket kalder “Ti skridt til god tobaksforebyggelse – den gode kommunale model”, som altså i løbet af få måneder bliver udsendt sammen med grundig dokumentation for anbefalingerne.

Kommunen skal omstilles til forebyggelse

Indlæg ved ANNEMARIE KNIGGE,
sekretariatschef i Roskilde Amt og
kommende sundhedsdirektør i Ny Lejre Kommune

Kommunerne står over for en meget stor opgave, når de får ansvaret for forebyggelsen. I Ny Lejre Kommune er man gået i gang med overvejelserne om, hvordan opgaven kan løses, når de økonomiske realiteter sætter dagsorden. Men nemt bliver det ikke.

Annemarie Knigge indledte med at konstatere, at oplæggene på konferencen havde drejet sig om alle de muligheder, kommunen har for at gå i gang med tobaksforebyggelse. Det fik hende til at sige, at hun måske ville komme til at virke lidt som slangen i Paradiset, fordi hun nu ville fortælle om, hvordan virkeligheden er i en kommune som Ny Lejre Kommune, der er en sammenlægning af tre kommuner.

– Det, der lige nu står på programmet i kommunerne, er desværre ikke tobaksforebyggelse. Det er “hvordan skal vi være driftsklar 1. januar med en organisation, der kører med tilfredse medarbejdere, der er klar til at tage fat, og et budget, der hænger sammen?”, sagde Annemarie Knigge.

Ny Lejre Kommune får 26.000 indbyggere, og Annemarie Knigge oplyste, at der dermed vil være ca. 3.000 storrygere mellem 25-64 år, ca. 300 borgere, der får konstateret kræft – heraf de 100 i den erhvervsaktive alder, ca. 2.000 borgere, der skal leve med kræft, ca. 1.000 borgere med KOL og ca. 1.500 borgere med astma.

– Det er ikke kun en meget stor opgave for kommunen at forebygge, at alt dette sker – det er også en stor opgave at tage sig af disse mennesker. Ikke bare skal vi betale for deres behandling på sygehusene, vi skal også tage os af dem, når de bliver syge og udskrevet og måske i øvrigt ikke kan klare sig selv. Ansvarer hviler tungt på kommunernes skuldre, sagde hun.

Hvad skal der til?

Annemarie Knigge gennemgik nogle af forudsætningerne for, at en tobaksforebyggende indsats kan etableres.

- Der skal udbydes en vifte af tilbud (rygestopkurser, røgfri miljøer, rygestoppolitik, oplysning og rådgivning)
- Kommunen skal besidde de nødvendige kompetencer og personaleressourcer (fx faglig viden om fysiologi, data og statistik, projektledelse og formidling). Hvis Ny Lejre Kommune får én eller måske to medarbejdere til forebyggelsesarbejdet, så skal disse have meget brede kompetencer, konstaterede Annemarie Knigge.
- Der skal investeres penge i forebyggelse, for at man senere kan inkassere de samfundsøkonomiske gevinster.
- Det kræver et befolkningsgrundlag af en vis størrelse at kunne præstere et mangefacetteret udbud af forskellige rygestopaktiviteter. Her håbede Annemarie Knigge, at kommunen kan komme til at samarbejde med nabokommuner, eller at regionen kan tage nogle initiativer.
- Kommunen skal have en række lokale samarbejdspartnere til opgaven. Annemarie Knigge var positiv over for sundhedsaftalerne med regionen og var også opmærksom på, at man kan søge puljemidler til indsatsen. Men hun konstaterede, at samarbejdspartnere skal findes lokalt, og det er ikke nødvendigvis så ligetil. Dog er de praktiserende læger ivrige for et samarbejde med kommunen, og det er gensidigt, sagde hun. De praktiserende læger kan gå mere ind i forebyggelsen, og måske kan man i fællesskab skabe alternativer til dyr sygehusbehandling, sagde Annemarie Knigge.

Kommunens mål for sundheden

Annemarie Knigge ridsede Ny Lejre Kommunes målsætninger på sundhedsområdet op:

- Ny Lejre Kommune skal være en folkesundhedskommune – som del af kommunens overordnede målsætning om at være en bo- og oplevelseskommune.
- Kommunens sundhedsfremmepolitik skal udvikles tematisk og dynamisk – blandt andet gennem etablering af et sundhedscenter (med eller uden mursten).
- Der skal ske en tidlig forebyggende indsats i et tæt samspil mellem frontmedarbejderne i virksomhederne og fagpersoner i specialområderne.
- Sundhedsfremme og forebyggelse på børne- og ungeområdet skal styrkes.

Tværgående sundhedspolitik

Ny Lejre Kommune har valgt allerede nu at nedsætte underudvalg på social-, sundheds- og ældreområdet, selvom udvalget endnu ikke har nogen formel beslutningskompetence.

– Vi har haft et første temamøde om sundhedsfremme og forebyggelse i vores underudvalg, og det næste skal vi have i selve sammenlægningsudvalget. Disse temamøder er forsøg på at konkretisere opgaven for de kommunale politikere, sagde Annemarie Knigge.

Hun understregede dog, at kommunerne jo også tidligere har arbejdet med forebyggelse og sundhedsfremme.

– Men der har været tale om mere spredt fægtning end det, vi nu får som opgave. Derfor er der behov for, at vi revurderer opgaven og får vores politikere til at forstå, hvor stor en opgave det rent faktisk er.

– Jeg vil foreslå i kommunen, at vi udarbejder en sundhedspolitik og en sundhedsprofil. Sundhedspolitikken skal være tværgående, dvs. den skal omfatte alle udvalgene, ikke kun sundhedsudvalget, men også teknik- og miljøudvalget osv. Politikken skal også være funderet på tværs af direktørområderne. Endelig er det jo vigtigt, at vi får nogle ressourcer til området, tilføjede Annemarie Knigge.

Hårde vilkår for at komme i gang

Annemarie Knigge lagde ikke skjul på, at hun fandt kommunernes aktuelle vilkår for at gå ind i forebyggelsen hårde, selvom hun “af princip” ikke vil være pessimist. Hun opregnede nogle grunde til, at det ikke er så ligetil:

- Får kommunen de ca. 900.000 kr., som er vores andel af de 200 millioner til forebyggelsen? Og hvis vi får pengene, hvordan sikrer vi så, at de ikke bliver brugt til asfalt på vejene? som et udvalgsmedlem udtrykte det.
- Har vi de nødvendige stillinger og kompetencer? Nej, det har vi ikke, så det er også et arbejds punkt, sagde hun.
- Udligningsreformen betyder, at Ny Lejre Kommune må aflevere 50 millioner kroner til andre kommuner. I budgettet for 2007 skal kommunen derfor spare 7% på samtlige områder – på sundhedsområdet bliver det 11 millioner kroner.

– Det er så den skinbarlige virkelighed og vores baggrund for at tage udfordringen op. Vi vil gerne, og vi går også i gang, men vi kan ikke fremstå som et lysende eksempel på, at det er så nemt. Jeg håber imidlertid, at vi kan være med til at inspirere andre kommuner, der måske ikke er kommet helt så langt i processen.

10 millioner til kommunale rygeprojekter

Indlæg ved BJARKE THORSTEINSSON,
chef for kontoret for Kommunal Sundhed,
Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Mellem 10 og 20 kommuner kan til efteråret få penge til at afprøve tobaksforebyggende indsatser. En arbejdsgruppe under Sund By Netværket skal støtte projekterne undervejs og udbrede erfaringerne til resten af kommunerne.

Amterne har gjort et godt arbejde. I alle amter er i dag en eller anden form for tilbud om rygeafvænnings. Lidt forskelligt fra amt til amt. Nu står vi over for en overleveringsforretning fra amterne til de nye kommuner.

Det fastslog Bjarke Thorsteinsson, som oplyste, at der som led i Kræftbehandlingsplan II er afsat 10 millioner kroner til forebyggelse på tobaksområdet – nu målrettet de nye kommuner og deres ansvar for den forebyggende og sundhedsfremmende indsats.

– De 9 millioner skal bruges til kommunale bud på kommunernes forebyggende indsats på rygeområdet, mens 1 million skal sikre et overblik over indsatsen, herunder at gode og dårlige erfaringer bliver spredt. Der er også afsat penge til apotekernes indsats på rygestopområdet, nemlig 3 millioner kroner om året, fortalte Bjarke Thorsteinsson.

Arbejdsgruppe skal støtte projekterne

Sundhedsstyrelsen skal administrere puljen i et tæt samspil med Sund By Netværket, og Bjarke Thorsteinsson oplyste, at det blandt andet vil medføre etablering af en særlig arbejdsgruppe, der skal rådgive og danne netværk mellem de støttede projekter.

– Derudover skal arbejdsgruppen evaluere projekterne og efterfølgende stå for at formidle viden og erfaringer til de øvrige kommuner. Der vil blive afsat 1 million kroner til arbejdsgruppen, og de tages af de 10 millioner i puljen, så der altså bliver 9 millioner til projekterne, sagde Bjarke Thorsteinsson.

Kriterierne for at få penge vil følge principperne om de tre ben: røgfri miljøer, rygestop og forebyggelse af rygestart.

Medfinansiering på mindst 25 procent

Bjarke Thorsteinsson understregede, at kommunen for at få støtte selv skal medfinansiere projektet med mindst 25 procent. Der skal også være et fremtidsperspektiv, så den enkelte kommune, allerede når den går ind i projektet, får et medejerskab til tobaksforebyggelse og dermed inspiration til at lade indsatsen overgå til almindelig drift efter projektets ophør.

Tidsplanen for projekterne er følgende:

- 1. juli 2006: Kommunerne modtager brev med ansøgningskriterier og ansøgningsskema
- 1. oktober 2006: Ansøgningsfrist
- 15. november 2006: Svar på ansøgninger
- Januar/februar 2007: Projektstart
- December 2008: Projekterne afsluttes.

Tobaksforebyggelse virker

– Tobaksområdet er det forebyggelsesområde, hvor der er størst evidens for metodernes effekt. Fx har vi mange danske erfaringer for, at rygestop virker. De nye kommuner står nu over for en udfordring om at udvikle lige så god evidens på andre områder, sagde Bjarke Thorsteinsson.

– Jeg har den klare fornemmelse, at det er en udfordring, som de er parate til at tage på sig.

SESSION:

Borgerrettet tobaksforebyggelse

Hvordan når man de borgere, som sundheds- væsenet ikke har berøring med? Det var tema- et for konferencens session om borgerrettet tobaksforebyggelse, hvor deltagerne fik præsen- teret erfaringer om rygeafvænnning på arbejds- pladser, det åbne borgertilbud, kommunal rygepolitik og nationale rygeafvænningsstilbud.

RYGEAFVÆNNING PÅ ARBEJDSPLADSER

Trinvis indsats banede vejen for kommunalt rygeforbud

Det begyndte med et ønske fra medarbejderne inden for ældreområdet, og i dag er der rygeforbud i hele kommunen. Erfaringen fra Helsingør Kommune er, at indførelsen af rygeforbud i kommunen godt kan ske trinvist ved at starte der, hvor behovet opstår først.

Udviklingskonsulent Addie Just Frederiksen fra Hel- singør Kommune fortalte, hvordan et ønske fra med- arbejderne inden for ældreområdet førte til, at der blev nedsat arbejdsgrupper bestående af både rygere og ikkerygere for at formulere en fælles rygepolitik på ældreområdet.

Der blev udsendt pjecer og uddannet rygestopinstruk- tører for at imødekomme et behov for rygestoptilbud. Rygestoppet i kommunen indførtes trinvist, hvor flere og flere områder blev røgfri.

På plejehjemmene udarbejdede beboerne på de en- kelte afsnit selv rygeregler for borgerne/pårørende. I cafeerne udarbejdede bruger- og pårønderåd regler for besøgende i cafeerne. I borgernes eget hjem forsø- ger man at tage hensyn til medarbejderne, således at medarbejdere, der er generet af røg, i så høj grad som muligt ikke kommer i hjem, hvor der bliver røget, og hvor borgerne ryger, når personalet er til stede.

Processen resulterede i, at der den 1. maj 2003 blev indført et totalt rygeforbud på ældreområdet gælden- de for medarbejdere. Denne ordning er siden udvidet, så den fra den 1. januar 2006 dækker alle kommunens 4.600 ansatte.

Allerede fra begyndelsen af 2005 har kommunen til- budt alle ansatte rygestopkurser, og flere forvaltninger har tilbudt gratis nikotinerstatning.

Amtet hjælper arbejdspladserne til rygepolitikker

Center for sunde arbejdspladser i Nordjyllands Amt giver konsulenthjælp til private og offentlige arbejds- pladser i amtet, som vil udvikle en rygepolitik, for- talte centerets røgkoordinator Birthe Toft Larsen. Indsatserne retter sig mod den enkelte medarbejder, kollektivet på arbejdspladsen og ledelsen, og cente- ret tilbyder også at uddanne rygestopinstruktører på virksomhederne og holde rygestopkurser både i grup- per og individuelt.

I samarbejde med virksomheden afdækker centeret den pågældende virksomheds behov, deltager i pro- cessen med udarbejdelse af rygepolitik, afholder in- formationsmøder, planlægger og koordinerer ryge- stopforløb og ansætter freelance rygestopinstruktører til at varetage rygestopforløb.

Resultaterne af dette arbejde har i Nordjyllands Amt i 2005 været 57 informationsmøder, 64 rygestopkurser og 8 forskellige rygepolitikker på både offentlige og private arbejdspladser.

Tobaksforebyggelse kan reducere social ulighed i sundhed

Det er muligt at reducere den sociale ulighed i sundhed via en rygestopindsats, der er målrettet arbejdspladser med mange ufaglærte og kortuddannede. Det fortalte projektkoordinator Carl Nielsen fra Århus Amt.

Århus Amt har med sin tobaksstrategi "Farvel tobak 2004-2006" ønsket at gennemføre en systematisk, differentieret og opsøgende indsats, der har skullet sikre, at borgere og virksomheder kan få let adgang til tilbud som oplysning om rygning, forebyggelse og sundhedsfremme, rygestoptilbud, kurser og rådgivning om rygepolitikker.

Målgrupperne for arbejdspladsindsatsen har primært været 600 virksomheder med over 100 ansatte og mange kortuddannede inden for især industri og offentlig omsorg. En sekundær målgruppe har været 2.400 virksomheder i amtet med over 20 ansatte.

I perioden 2004-2006 holdt man 185 kurser fordelt på 150 virksomheder med et samlet antal deltagere på ca. 1.500 personer, hvoraf cirka 28% var ufaglærte.

Den typiske deltager på Århus Amts kurser er en ryger, som i forhold til den gennemsnitlige ryger i amtet har røget i flere år, er startet tidligere med at ryge, ryger flere cigaretter pr. dag, er mere afhængig af nikotin og har forsøgt at holde op flere gange.

Indsatsen viste, at det er muligt via en systematisk, målrettet og opsøgende rygestopindsats at:

- nå ud til arbejdspladser med mange kortuddannede, hvor der er mange rygere
- nå en stigende og mere repræsentativ andel af rygergrupperne i befolkningen
- nå den gruppe af rygere, som er startet tidligere, ryger mere, er mere afhængige og har flere for-gæves stopforsøg end gennemsnittet af rygerne i befolkningen
- reducere social ulighed i sundhed og fremme livs-kvalitet.

Erfaringerne viser at kortuddannede er lige så interesseret som højtuddannede i at stoppe med at ryge, og at de gør noget ved det, når rygestoptilbudene udbydes i det nære arbejdsmiljø. Den erfaring giver nogle gode perspektiver for at udvikle en målrettet tobaks-

forebyggelse til andre målgrupper og indsatsområder, konkluderede Carl Nielsen.

Det åbne borgertilbud som kommunal driftsopgave

I Herlev Kommune har man med støtte fra Københavns Amt tilbudt rygestop som et åbent borgertilbud, og tilbuddet er nu blevet en driftsopgave, fortalte kommunallæge Jo Coolidge fra Herlev Kommune.

Den borgerrettede tobaksforebyggelse startede på initiativ fra Københavns Amt, og Herlev Kommune udarbejdede en sundhedsprofil, som viste, at der var basis for at etablere et rygestoptilbud.

I en projektperiode på halvandet år betalte amtet for rygestopkurser og markedsføring, mens kommunen skulle stille en medarbejder til rådighed som daglig kontaktperson, en kommunallæge samt en forventning om, at rygestopprojektet skulle indgå i kommunens almindelige drift.

Der blev tilbudt gratis rygestopkurser for Herlevs borgere og kommunens ansatte, mens andre skulle betale 400 kr. Markedsføring af projektet bestod i omtale og annoncering i lokalavisen, Herlev Festival, foredrag, pjecer og en tegnekonkurrence for 5. og 6. klasser.

En evaluering i 2005 viste, at 31% af alle, der startede på et kursus, var holdt op med at ryge. Dette resultat stemmer godt overens med andre resultater.

Det åbne borgertilbud er nu blevet en driftsopgave i kommunen, og i 2005 blev der afholdt 16 kurser, der hver kostede 7.000 kr.

Kommunen har udvidet tilbuddet til også at omfatte motionshold og firmahold. Desuden er antallet af mødegange øget fra fem til seks, og man planlægger individuelle rygestopsamtaler for unge, gravide og andre med særlige behov. Kommunen har ansat en praktisk koordinator, der fordeler kurserne over året.

Et andet projekt er rygesamtaler til unge i den kommunale tandpleje, som bygger på en formodning om, at de unge er bekymret for rygningens hurtige konsekvenser som fx dårlig ånde og gule tænder. Alle i den kommunale tandpleje er uddannet i den motiverende samtale, de unges rygestatus registreres, og de unge, der gerne vil holde op, får tilbud om hjælp.

Herlev Kommunes rygestopprojekt havde ifølge Jo Coolidge den ulempe, at det ikke var udført som led i et overordnet initiativ for at fremme røgfrie miljøer og forebygge rygestart. Desuden var projektet personalemæssigt for sårbart, og der har ikke været ressourcer til opfølgning og evaluering.

Til gengæld har projektet været et godt udgangspunkt for andre tobaksforebyggende initiativer som lægesamtaler, samtaler i tandplejen og lokale rygepolitikker på arbejdspladser og i Herlev bymidte.

Kommunalt rygeforbud gennem at involvere alle

Den 1. januar 2005 blev Brøndby Kommune en røgfri arbejdsplads, og forbuddet gælder alle ansatte, fortalte projektleder Lise Wied Kirkegaard fra kommunen.

Processen blev indledt med at nedsætte en styregruppe, hvor alle typer af rygere samt ikkerygere var repræsenteret. Næste skridt var at orientere kommunens ansatte om den kommende rygepolitik, hvilket blev gjort pr. brev for at sikre, at alle fik informationen.

En undersøgelse viste, at en tredjedel af de ansatte røg dagligt, og at 90% af rygerne røg på arbejdet. Undersøgelsen viste også, at en fjerdedel af de ansatte følte sig generet af røgen på arbejdspladsen, og at halvdelen af rygerne gerne ville holde op.

Der blev uddannet rygestopinstruktører hos Kræftens Bekæmpelse og etableret et samarbejde med rygestopkonsulenterne.

Projektet gav også problemer. En udtalelse fra borgmesteren til pressen om, at ansatte kunne blive fyret, hvis de overtrådte rygeforbuddet, gav massiv og ikke kun positiv opmærksomhed i pressen. Desuden bakkede mange skolelærere og daginstitutioner ikke op om rygepolitikken, da de mente, at den var diskriminerende over for rygerne.

Kommunens ansatte er på møder blevet orienteret om rygepolitikken, og der har desuden været holdt foredrag i arbejdstiden om motion og vægt for at imødekomme de ansatte, der er nervøse for at tage på som følge af rygestop.

Ledere på alle niveauer er blevet orienteret om, hvordan de kan håndtere rygepolitikken, hvilke sanktionsmuligheder der er ved overtrædelser, og hvordan man tackler forholdet mellem rygere og ikkerygere.

Lise Wied Kirkegaard konkluderede, at det er vigtigt, at ledelsen bakker op og bliver klædt på til processen. Efter indførelsen af rygeforbuddet i Brøndby er antallet af dagligrygere blandt kommunens ansatte faldet fra 33% til 26%.

NATIONALE RYGEAFVÆNNINGSTILBUD

4.000 årlige opkald til STOP-linien

STOP-linien er et samarbejde mellem Københavns kommune og Sundhedsstyrelsen og et nationalt og gratis tilbud om hjælp til rygeafvænnning for alle, fortalte Mads Lind, som er leder af den landsdækkende telefonrådgivning.

STOP-liniens rådgivning har åbent mandag kl. 11-20 og tirsdag til fredag kl. 11-16, og telefonerne er bemandet af to rådgivere ad gangen. Alle ansatte har en speciel uddannelse i rygestop samt erfaring i at rådgive andre, som ønsker at holde op med at ryge. Rådgivningen modtager ca. 4.000 opkald årligt.

Knap halvdelen af henvendelserne kommer fra mænd, hvilket retter op på, at betydelig flere kvinder end mænd deltager i andre rygestoptilbud, og mange er storrygere, der i gennemsnit ryger 25 cigaretter dagligt. Den indsats, der ydes i rådgivningen, er en korttidsintervention.

En undersøgelse fra 2003 har vist, at rygere, der ringer til STOP-linien, har større chance for at blive røgfri, end hvis de prøvede at stoppe på egen hånd. 23% af dem, der ringende til STOP-linien, var røgfri efter et år, og yderligere 15% havde reduceret deres forbrug til under halvdelen. Til sammenligning er kun 3-5% af de rygere, som holder op på egen hånd uden hjælpemidler, røgfri efter et år.

Ud over at svare på opkald gennemfører STOP-linien opfølgningssamtaler for rygestopbasen i forlængelse af de rygestopkurser, der gennemføres af apoteker og amter. Man har foreløbig gennemført 3.000-4.000 opfølgningssamtaler, som rådgiverne står for. I disse samtaler kan rådgiveren tilbyde rådgivning, hvilket ca. halvdelen af de tidligere deltagere i kurserne tager imod.

Sundhedsstyrelsen samler indsatsen

Center for Forebyggelse under Sundhedsstyrelsen samler den statslige tobaksindsats. Trods evidens for effekten af forebyggelse på dette område har centeret begrænsede midler til rådighed, men det kan tilbyde informationer på Sundhedsstyrelsens website og foreløbig gratis materialer – bl.a. kan hæftet “Rygestop-guide” bestilles hele døgnet på STOP-liniens telefonnummer, fortalte Jørgen Falk, der er informationskonsulent i Sundhedsstyrelsen.

Center for Forebyggelse har også understøttet et netværk af tobaksnøglepersoner i amterne, og styrelsen administrerer en pulje, der kan støtte lokale indsatsler.

I samarbejde med Kræftens Bekæmpelse udsender Sundhedsstyrelsen otte-ti gange om året det elektroniske nyhedsbrev StopNyt til knap 1.200 abonnenter. Tilmelding til nyhedsbrevet kan ske på www.sst.dk.

Sundhedsstyrelsen vil fortsat bidrage til den nationale indsats på tobaksområdet og vil her også samarbejde med KL.

SESSION:

Patientrettet tobaksforebyggelse

Sessionen om patientrettet forebyggelse beskæftigede sig med kommunens samarbejdsrelationer med sygehuse og praktiserende læger, sygehusenes rolle og de alment praktiserende lægers rolle. Der var også et eksempel på planlægningen af den patientrettede tobaksforebyggelse i en kommune.

SUNDHEDSAFTALER SKAL SIKRE DE RIGTIGE TILBUD

Det kommende samarbejde om den patientrettede forebyggelse består af tre hovedaktører: sygehusene, de praktiserende læger og kommunerne. Desuden vil patientforeningerne være samarbejdspartnere, fastslog Nina Gath, som er konsulent i KL.

Hvordan dette samarbejde konkret skal foregå, skal afklares i sundhedsaftalerne mellem kommunerne og regionen, hvor et af de seks obligatoriske områder er sundhedsfremme og forebyggelse.

Regionsrådet og kommunalbestyrelserne i regionen skal nedsætte et sundhedskoordinationsudvalg, der bl.a. skal udarbejde en grundskabelon for sundhedsaftalerne. På baggrund af disse indgår aftaler mellem de to parter.

Sundhedsaftalerne skal indeholde følgende elementer:

- **Arbejdsdeling:** Hvem skal henvises hvortil?
- **Sammenhæng:** Hvem tilbyder hvad? Hvordan undgår man overlap og sikrer kvaliteten, også i overgangsfasen?
- **Dialog:** Hvordan sikrer man kvaliteten?
- **Koordinering:** Hvem vurderer, hvad patienten har brug for?
- **Kronikere:** Hvordan kommer patienten i kontakt med tilbuddene?

Hovedopgaven er at sikre, at patienten skal have passende behandlingstilbud; at patienten ved, hvilke tilbud der er, og at der ikke sker overlapninger mellem behandlingstilbuddene; samt at patienten har let tilgang til tilbuddene.

Sygehusene er centrale i den patientrettede tobaksforebyggelse

Rygere, der oplever sygdom, er mere motiverede til rygestop, og derfor er sygehuset en god platform for rygeafvænnning, sagde overlæge Mogens Hüttel fra Odense Universitetshospital. Sandsynligheden for, at patienten gennemfører et rygestop, stiger med sværhedsgraden af sygdommen, og specielt har undersøgelser i forbindelse med mistanke om hjertesygdomme en motiverende effekt for rygestop.

Rygere har også større risiko for at få komplikationer, hvis de skal opereres. For hjertepatienter vil det derfor være hensigtsmæssigt at ændre garantien om kort ventetid, så patienten i stedet får forberedelsestid til at gennemføre et rygestop inden operationen. Dette er også økonomisk fordelagtigt for sundhedsvæsenet, da det er meget billigere at støtte et rygestop end at gennemføre fx bypassoperationer.

En u hensigtsmæssig opbygning af DRG-systemet medfører, at reoperationer giver sygehuset penge i kassen, hvorimod sygehuset ikke får penge for at gennemføre rygeafvænnning, selvom dette til dels kan forhindre reoperationer. Altså risikerer sygehuset at miste penge, hvis det bruger ressourcer på rygeafvænnning. Dog vil sygehuset have mulighed for at fortage flere operationer, hvis det skal gennemføre færre reoperationer.

Mens samfundet stadig i vid udstrækning anser folks alkoholforbrug for at være en privatsag, er rygning det ikke længere. Og sygehusene har en lovgivningsforpligtelse til at udøve forebyggelsesinitiativer over for de rygende patienter.

I øjeblikket udvikler sygehusene retningslinjer for tobaksforebyggelse. Disse indebærer udarbejdelse af tobakspolitikker, systematiske tobaksindsatser og rygestopinterventioner. Mogens Hüttel så gerne, at det også bliver muligt at diskriminere ved ansættelser af sygehuspersonale, så der bliver ansat ikkerygere, hvis de har samme kvalifikationer som de rygende ansøgere.

Han opfordrede også til, at man satser på mere forskning på området, for der er brug for evidens, hvis man i højere grad skal kunne målrette tobaksindsatsen. Både forskning og behandling skal ske i tværsektorielle samarbejder.

Sygehusene er velegnede i tobaksindsatsen, fordi de kan nå mange af dem, som kampagnerne ikke når. Det gælder fx arbejdsløse, lavtuddannede og gravide, som sygehusene jo allerede har kontakt med. Yderligere har sygehusene et forebyggelsespotentiale i forhold til de psykisk syge, men her er der brug for mere viden om, hvad der virker over for denne gruppe.

Der er altså belæg for, at sygehuset kan være en markant aktør inden for tobaksforebyggelse, og der er også brug for det tobaksforbyggende sygehus, konkluderede Mogens Hüttel.

Den praktiserende læge skal være rollemodel for patienten

Hos ens egen læge er alt tilladt, og derfor er det muligt for lægen at tale med sine patienter om emner, de ikke taler med andre om, sagde Frans Ourø, der er praktiserende læge i Holbæk, og Hanne Andersen, der er sygeplejerske og rygestopinstruktør i Frans Ourø praksis.

Den praktiserende læge skal fungere som rollemodel for patienten. Det er udmærket, hvis lægen engang har røget, men er holdt op, da det skaber troværdighed i forhold til rygestop, samtidig med at lægen kan trække på patientens almindelige autoritetstro.

Frans Ourø og Hanne Andersen gav nogle eksempler på, hvordan man med referencer til kendte rygere som Søren Ryge Pedersen og dronning Margrethe kan lede samtalen med patienterne ind på rygning, passiv rygning og rygestoptilbud, som kan tilpasses den enkelte.

Den praktiserende læge har mange berøringsflader, kender patienten og familien og er et tilbagevendende element i den enkelte borgers liv. Derudover har den praktiserende læge stor indflydelse i kraft af sin autoritet. Bare det, at lægen nævner tobak over for rygerne, får 2% af rygerne til at holde op med at ryge.

Ethvert besøg hos den praktiserende læge kan være en anledning til en snak om rygestop. Men det er vigtigt, at de praktiserende lægers tilgang systematiseres, og at lægen er en del af en bred vifte af rygestoptilbud.

I indlægget kom de to også ind på, at det betaler sig for kommunen at bruge penge til forebyggelse. Kommunen kan virkelig spare penge, fx til sygedagpenge og behandling, hvis borgerne holder op med at ryge. Dette er endnu en grund til, at kommunen skal sørge for at tilbyde rygestopkurser og gennemføre rygeforbud i kommunale bygninger, arbejdspladser samt øvrige aktiviteter, såsom skoler og idrætscentre.

Sundhedscenter holdepunkt for patientrettet tobaksforebyggelse

Århus Kommune udvikler de hidtidige sundhedsredøgørelser til en sundhedspolitik. Det sker med afsæt i regeringens sundhedsprogram "Sund hele livet" og sundhedsloven, og arbejdet er organiseret i forhold til de forskellige målgrupper for indsatsen, fortalte Christine Kousholt, som er sundhedsplanlægger i Århus Kommune.

Den patientrettede forebyggelse skal i Århus foregå med udgangspunkt i kommunens sundhedscenter. Patientskoler er en henvisningsmulighed for hjertepatienter og KOL-patienter, og man diskuterer sammen

med sygehusene, om diabetespatienter også skal have denne mulighed.

Debatten drejer sig i øjeblikket om, om sygehusene vil afgive området, og om kommunen har de nødvendige kompetencer til at varetage opgaven. Det er endnu ikke afgjort, hvor stor en rolle sygehusene kommer til at spille i forebyggelsen.

For at kunne motivere og skabe individuelle løsninger skal man være tæt på borgeren. Derfor planlægger Århus Kommune sundhedsklinikker på eller i tilknytning til lokalcentre. Sundhedsklinikker og sundhedshuse på småbørnsområdet skal etableres så lokalt som muligt.

Den arbejdsdygtige del af befolkningen er en særlig udfordring. Selvom kommunen har etableret tilbud om rygestop til arbejdspladserne og har uddannet et korps af rygestopinstruktører, er der ikke mange, der henvender sig. Derfor arbejder man på at udvikle op-søgende aktiviteter og kampagner, der passer til denne gruppe af borgere.

En anden vigtig målgruppe for tobaksforebyggelse er de unge. Her vil kommunen kombinere tobaksforebyggelsesindsatsen med indsatsen i forbindelse med alkohol og stoffer.

Traditionelt anser mange kommunens hovedopgave for at være knyttet til socialektoren, og det er svært at komme igennem med en sundhedsdagsorden i kommunen.

Århus Kommune har mange solopraksis for praktiserende læger. I øjeblikket er to af kommunens rygestopinstruktører i færd med at opsøge disse praksis for at opbygge et samarbejde. Rygestopinstruktørerne har stor metodefrihed, når blot der kommer samarbejdsaftaler i stand.

I kommunens planlægning skelner man ikke meget skarpt mellem borgerrettet og patientrettet forebyggelse. Sygehusene skal visitere til sundhedscentret, og på sundhedscentret er det sundhedsplejersker og sygeplejersker, der skal vurdere den enkeltes behov, hvad enten denne er patient eller rask borger. Lægerne kan henvise til patientskole, mens borgere selv kan melde sig til sundhedsskole.

I efteråret 2006 udkommer en evalueringsrapport om rygestopsamarbejdet mellem Århus Kommune og ni af byens elleve apoteker, oplyste Christine Kousholt.

SESSION:

Tobaksforebyggelse til børn og unge

Sessionen om forebyggelse til børn og unge præsenterede fakta om børn, unge og rygning og bragte desuden indlæg om et undervisningsprogram til folkeskolen, erfaringer med at bruge rollemodeller i udbredelsen af røgfri miljøer og rygestoptilbud til unge.

BØRN OG UNGE ER MERE SÅRBARE OVER FOR RYGNING

Projektchef Per Kim Nielsen fra Kræftens Bekæmpelse indledte med at slå fast, at man i tobaksforebyggelsen også skal fokusere specifikt på børn og unge, fordi de reagerer anderledes end voksne og er mere sårbare over for tobakkens skadevirkninger.

Rygningen er en del af de unges overvejelser omkring deres egen identitet. De rammer, som de oplever i folkeskolen, har en stor betydning, men det er vigtigt også at tænke videre, da springet fra folkeskolen til et nyt sted spiller en vigtig rolle. Det nye sted, som skal danne ramme om de unges liv, har ofte friere rammer end folkeskolen, og specielt de første to måneder på det nye sted er vigtige. Derfor er de holdninger og signaler, som bliver udsendt af fx tutorer ved skoleårets start af stor betydning.

Der er flere faktorer, som påvirker børn og unges rygeadfærd. Disse faktorer er information, rygepolitik, rygestoptilbud og dialogforum. Alle disse faktorer skal tages i betragtning, da der er evidens for, at information er for lidt i sig selv. Et dialogforum er et "rum", hvor børn og unge har mulighed for at tale med hinanden eller med voksne om fx rygestop og rygepolitik.

De unge afprøver tobak allerede i folkeskolen, og de fleste har rygedebut, før de fylder 16 år. Derfor er der brug for forebyggelse allerede i folkeskolen, mens der for de unge over 16 år også skal fokuseres på rygestop.

Per Kim Nielsen kom også ind på, hvor man kan arbejde med unge og rygning. Det er i:

- grundskoler
- klubber og ungdomsskoler
- ungdomsuddannelser
- efterskoler
- sundhedstjenesten
- børne- og ungetandplejen
- SSP-regi
- fritidstilbud.

Der er vigtigt, at kommunerne er opmærksomme på alle disse områder, da Kræftens Bekæmpelse og Sundhedsstyrelsen ikke kan være aktive i alle arenaer.

I kommunikationen om rygningens skadevirkninger er det vigtigt at appellere til de unges egen virkelighed og til deres interesser. Pigerne går meget op i deres udseende, og derfor vil information om, at rygning og passiv rygning giver rynker og påvirker hudfarven påvirke pigerne. Information omkring dårlig sårheling fx i forbindelse med tatovering, gule og løse tænder, dårlig lugt og smag, irritation i næse og svælg, hoste og kræft i mund og svælg påvirker også de unge. Rygningens effekt i forhold til konditionen er ligeledes relevant for dem. Derimod har de unge den opfattelse, at rygningens andre skader, fx i forhold til hjerte- og blodkredsløbet, kun er noget, der rammer gamle.

De unge er mere sårbare over for rygning, da reparationssystemet i lungerne ikke er færdigudviklet før omkring 18-årsalderen, og fordi lungerne stadig vokser. Derfor skal man forsøge at udsætte de unges rygestart. En ung, der har røget i tre år, har allerede reduceret sin lungekapacitet med 10%.

Kun få af de unge er fysisk afhængige af cigaretterne, og derfor skal der ikke fokuseres på fysisk afhængighed i forbindelse med et rygestop. I stedet skal man fokusere på den psykiske trang, den sociale trang og den situationsbestemte trang.

Tackling – et nyt undervisningsprogram til folkeskolen

Specialkonsulent Anne-Marie Sindballe fra Sundhedsstyrelsen fortalte om “Tackling” – et videnbaseret undervisningsmateriale til de ældste klasser i folkeskolen, som udsendes i 2005-2007.

Materialet skal styrke de unges selvværd, sociale kompetencer og positive sundhedsadfærd i forhold til tobak, alkohol og stoffer. Blandt andet skal materialet medvirke til at forebygge brug af og problemer med tobak, alkohol, stoffer – eller i det mindste udsætte de unges debut.

“Tackling” er oprindelig amerikansk, men er blevet tilpasset danske forhold af to danske lærere. Side-løbende med udviklingen af materialet skal et stort forskningsprojekt evaluere effekten af materialet. Sundhedsstyrelsen, Statens Institut for Folkesundhed og skoleforlaget Alinea samarbejder i forbindelse med projektet.

Anne-Marie Sindballe opregnede de centrale indsatsområder i skolerne med hensyn til forebyggelse af brugen af alkohol, tobak og stoffer. Rækkefølgen er prioriteret:

1. Overordnet rusmiddelpolitik
 - a. Regler og rammer for hverdag og fest
 - b. Individuel rådgivning og støtte
 - c. Plan for undervisning, forældresamarbejde
2. Forældresamarbejde og forældreinformation
3. Undervisning om tobak, alkohol, narkotika.

Baggrunden for materialets idé er, at rusmiddelbrug udvikles gennem social indlæring og sker trinvis, så unge starter med at bruge de legale rusmidler, hvorefter nogle begynder at eksperimentere med ulovlige stoffer. Dette udviklingsmønster betyder, at effektiv tobaksforebyggelse også er god narkotikaforebyggelse.

Effektive undervisningsprogrammer er karakteriseret ved:

- Elevation – de unge skal diskutere, og læreren skal være facilitator
- Varighed – undervisningen skal gentages over flere klassetrin (2-3 år)
- Fokus på sociale påvirkninger
- Klare adfærdsmål
- Evt. ung til ung-indsats, hvor (uddannede) unge fungerer som ledere af gruppediskussioner
- Evt. støtte via en bredere lokalsamfundsindsats.

Effektive undervisningsrammer sætter indholdsmæssigt fokus på:

- Aldersrelevant information
- Udbredelse og normer (fjerner flertalsmisforståelser)
- Styrkelse af ikkebrugs-hensigten
- Styrkelse af forældre-barn-dialogen
- Træning i personlige og sociale færdigheder

Rollemodeller kan udbrede røgfri miljøer

I begyndelsen af 1990'erne udarbejdede Hørsholm Kommune en rygepolitik, som gjaldt for både rådhuset og kommunens institutioner, fx skoler og idrætsanlæg. Herefter måtte der på skolerne ikke længere ryges på lærerværelserne – rygerne skulle i stedet ryge i dertil indrettede rygerum eller udendørs, fortalte Sven Erik Søegaard, som er fritids- og idrætschef i kommunen.

Senere fandt man ud af, at denne rygepolitik ikke var god nok, og kommunen ville i stedet indføre totalt rygeforbud. Man oplevede nemlig, at de rygende lærere, pædagoger og andre voksne fungerede som rollemodeller for de rygende unge, som derfor også gik udenfor for at ryge.

Det blev besluttet, at rygning nu skulle være totalt forbudt på hele matriklen. Denne beslutning blev sendt i høring, og i forlængelse af høringen blev forslaget blødt op, således at man i stedet kunne ryge på steder, hvor det ikke var synligt. Desuden blev der tilbudt rygestoptilbud til alle ansatte.

For Hørsholms Idrætsparkes vedkommende besluttede bestyrelsen, at rygning var totalt forbudt i hele aktivområdet. I visse idrætsgrene (fx billard) er rygning for nogle en integreret del af selve udøvelsen, og den nye politik var ikke særligt succesfuld det første år.

Et samarbejde med ishockeyholdet Rungsted Cobras ændrede stemningen, da spillerne begyndte at opfordre publikum til at undlade at ryge i hallen. Rungsted Cobras kom på dette område til at fungere som rollemodel for de andre klubber. I samarbejde med klubberne besluttede Hørsholm Idrætspark, at sanktionen for brud på rygereglerne skulle være udelukkelse fra området.

Rollemodeltanken bredte sig til andre områder, fx til skolerne (gårdvagten, pædagogerne), og tanken var, at hvis rygning blev forbudt i flere miljøer, så vil det have en større effekt på det samlede forbrug.

Samarbejdet mellem den kommunale idrætspark og klubberne har en stor betydning for projektets succes.

Rygestoptilbud til kommunernes unge

Rygestoptilbud til unge er stadig et nyt koncept i en international sammenhæng, og der mangler derfor dokumentation af effekten af forskellige former for interventioner, fortalte projektmedarbejder Poul Dengsøe Jensen fra Kræftens Bekæmpelse. Man ved dog, at nye tiltag er nødvendige, hvis unge også skal stoppe med at ryge.

I sine anbefalinger til kommunerne har Kræftens Bekæmpelse udarbejdet tre typer rygestoptilbud for unge:

Rygestoptilbud:

- afholdes på interesserede institutioner
- helst i skoletiden
- 6-10 sessioner a 2 timer
- 4-10 deltagere pr. hold
- 1 uddannet ungdomsinstruktør
- kræver markedsføring
- pris: kr. 5-8.000 kr. pr. hold.

Et pilotprojekt har vist, at rygestoptilbudene er svære at implementere, der kan være tvivl om, hvem der skal betale, og det er svært at rekruttere elever på tværs af klasserne. Desuden var de unge i pilotprojektet fordomsfulde over for konceptet. Til gengæld var effekten god: 18-19% af deltagerne holdt op med at ryge.

Ministoptilbud:

- afholdes på interesserede institutioner
- i skoletiden/frikvarteret
- 3-4 sessioner a 2-3 timer
- oplevelsesorienteret
- hele skolen deltager
- 1-2 ungdomsinstruktører
- rygestoptilbudsmateriale
- pris: 4.-9.000 kr.

Ministoptilbudet tager det bedste fra rygestoptilbudet, men er i højere grad en event. De to rygestoptilbudsinstruktører måler bl.a. de unges kulilteantal og diskuterer resultaterne af disse målinger. Forsøget har vist sig at være særdeles populært blandt de unge på grund af den personlige, men uforpligtende henvendelsesform.

www.Xhale.dk

Et digitalt rygestoptilbud, hvor den unge selv sætter en rygestopdato og selv bestemmer, hvilken form for hjælp han eller hun vil modtage. Xhale.dk har 6.000 tilmeldte, og kommunerne kan hjælpe med at synliggøre dette tilbud for deres unge.

De tre rygestoptilbud har forskellig form, men indholdet er det samme. Fokus ligger primært på at overvinde barrierer i forbindelse med rygestop. Kræftens Bekæmpelse anbefaler ikke nikotinsubstitution til unge, medmindre den unge med sikkerhed er nikotinafhængig.

Anbefalinger til kommunen:

- Start med de eksisterende og succesfulde rygestoptilbud (Xhale.dk, rygestopevents)
- Fokuser især på arenaer med mange rygere
- Rygestop gælder primært de 15-25-årige
- Få uddannet 1-2 kommunale specialister i rygestop for unge – se www.rygning.com.

Denne rapport er udarbejdet af Sund By Netværket på baggrund af en konference afholdt d. 8. juni 2006.

Sund By Netværket arbejder for at udvikle og styrke det lokale sundhedsfremmende og forebyggende arbejde i kommuner og regioner. Alle medlemmer har politisk vedtaget at deltage i samarbejdet.

Medlemmerne af Sund By Netværket arbejder sammen om at:

- Udvikle nye metoder og materialer
- Implementere de udviklede modeller lokalt
- Dele viden og erfaring
- Afholde kurser og konferencer

