



DSI Institut for Sundhedsvæsen

DSI rapport 2004.09

Rygestopkurser på Apoteket

**Efterspørger rygerne kurser og kan
praktiserende læger rekruttere
kursusdeltagere?**

Marie Brandhøj Hansen
Henrik Hauschildt Juhl
Karen Kramhøft



Rygestopkurser på Apoteket

Efterspørger rygere kurser og kan praktiserende læger
rekruttere kursusdeltagere?

Marie Brandhøj Hansen

Henrik Hauschildt Juhl

Karen Kramhøft

September 2004



DSI Institut for Sundhedsvæsen

DSI Institut for Sundhedsvæsen er en selvejende institution oprettet i 1975 af staten, Amtsrådsforeningen i Danmark samt Københavns Kommune og Frederiksberg Kommune. Instituttets formål er at tilvejebringe et forbedret grundlag for løsningen af de opgaver, der påhviler de planlæggende og styrende myndigheder inden for sundhedsvæsenet.

Copyright © DSI Institut for Sundhedsvæsen 2004

DSI rapport 2004.09

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

DSI Institut for Sundhedsvæsen

Postbox 2595

Dampfærgevej 27-29

2100 København Ø

Telefon 35 29 84 00

Telefax 35 29 84 99

Hjemmeside: www.dsi.dk

E-mail: dsi@dsi.dk

ISBN 87-7488-402-6 (Trykt version)

ISBN 87-7488-404-2 (Elektronisk version)

ISSN 0904-1737

Sats: Peter Dyrvig Grafisk Design

Tryk: Frederiksberg Bogtrykkeri

Forord

Tobaksrygning er farligt og dyrt i sundhed og i kroner for den enkelte og samfundet. Mange danskere holder hvert år op med at ryge, og endnu flere ville faktisk gerne holde op. Forebyggelse på tobaksområdet har i flere år haft sundhedspolitisk opmærksomhed, og der er flere initiativer i spil både for at skabe et større røgfrit rum, for at få færre unge til at starte og til at hjælpe rygerne med at holde op. Apotekerne har siden midten af 80'erne tilbudt rygestopkurser til borgerne, og er således ét blandt mange andre rygeafvænnings-tilbud, der bidrager til forebyggelsesindsatsen på tobaksområdet.

Mange danske rygere vil gerne på sådan et kursus som hjælp og motivation til rygestop, især hvis deres læge anbefaler det. Men rygerne vil helst ikke betale for det – i hvert fald ikke ret meget. De praktiserende læger har forskellige holdninger til at blande sig i patienternes rygevaner; ikke fordi de ikke tror på f.eks. rygestopkurser, men de vil helst have, at patienten selv tager initiativet, medmindre lægebesøget drejer sig om direkte rygerelaterede sygdomme. Vi tror, at der er basis for øget samarbejde mellem forskellige dele af sundhedsvæsenet, der har kontakt med rygerne, og dermed større brug af såvel rygestopkurser som andre rygeafvænningsstilbud. DSI Institut for Sundhedsvæsen håber, at rapporten kan bidrage med viden til at målrette og forbedre forebyggelsesindsatsen på tobaksområdet. Målgruppen for rapporten er apotekspersonale, almen praksis samt myndigheder og andre instanser, der arbejder med forebyggelse indenfor tobaksområdet.

Rapporten er udarbejdet af cand.scient.soc. Marie Brandhøj Hansen, vicedirektør, cand.rer.soc. Henrik Hauschildt Juhl samt stud.scient.soc. Karen Kramhøft. Cand.scient.soc. Marlene Willeman har gennemgået og givet kritik på interview- og feasibility-analysen og statistisk konsulent Andreas Habicht har gennemgået og kommenteret den statistiske analyseplan for surveyundersøgelsen. Stud.polit. Magnus Skaarup Arrevad har forestået den statistisk bearbejdning af surveydata. Stud.mag. Iben Hansen og sekretær Anne Sørensen har transskriberet interviews. SFI-SURVEY har forestået dataindsamlingen i surveyundersøgelsen.

En stor tak til de praktiserende læger, der deltog i undersøgelsens interviews og feasibility-studier. Ligeledes takkes apotekspersonalet på de apoteker, der indgik i feasibility-studierne, for deres samarbejde. Under analyse- og rapporteringsfasen er der afholdt to møder med en referencegruppe bestående af psykolog Poul Tværmose, Nationalt Center for Rygestop, forebyggelsesleder Stein Nygård, Frederiksborg Amt, proceskonsulent Susanne Ollendorff, Sundhedsfremme- og sygesikringsafdelingen Vejle Amt, og sundhedsøkonomisk

specialkonsulent Martin Stausholm Knudsen, Danmarks Apotekerforening. Referencegruppen takkes for konstruktiv kritik, kommentarer og idéer til de foreliggende analyser og rapportudkast.

Rapporten har været i eksternt peer review hos informationskonsulent Jørgen Falk, Sundhedsstyrelsen og afdelingschef, dr. med. Lars Iversen, Ribe Amt med henblik på ekstern kvalitetssikring. Begge takkes for kritiske og konstruktive kommentarer.

Danmarks Apotekerforening, Sundhedsstyrelsen (Puljen til udvikling og implementering af lokale rygeafvænningsstilbud) og DSI Institut for Sundhedsvæsen har finansieret undersøgelsen.

Jes Søgaard
Direktør, professor
DSI Institut for Sundhedsvæsen

Indhold

Resumé	7
1 Indledning	11
1.1 Tilgang og formål	13
2 Baggrund	16
2.1 Rygestopkurser som medicinsk teknologi	16
2.2 Rygestopkursers effekt	17
2.3 Forebyggelse af tobaksrygning	20
2.3.1 De praktiserende lægers rolle i forebyggelsen af tobaksrygning	20
2.3.2 Tilgange til forebyggelse og motivation	23
2.3.2.1 Hvad er forebyggelse?	23
2.3.2.2 Motivation	24
2.3.3 Eksisterende viden om praktiserende lægers forebyggelse på tobaksområdet	27
2.3.3.1 Eksisterende viden om lægers anvendelse af rygestopkurser	29
2.3.3.2 Sammenfatning	32
3 MTV'ens metode	33
3.1 Økonomi – litteraturgennemgang	33
3.2 Patientperspektivet – efterspørgsel efter apoteksbaserede rygestopkurser	33
3.2.1 Databehandling og analyse	34
3.3 Organisation – de praktiserende lægers rolle	35
3.3.1 Fokusgruppeinterview – udvælgelse og gennemførelse	36
3.3.1.1 Udvalgelse af interviewpersoner	36
3.3.1.2 Interviewguide og analytisk bearbejdning	38
3.3.2 Feasibility-studier	39
3.3.2.1 Indsamling og bearbejdning af feasibility-data	41
4 Analyse og resultater	42
4.1 Økonomiske analyser af apoteksbaserede rygestopkurser	42
4.1.1 Konklusion	44
4.2 Efterspørgsel efter rygestopkurser i apoteksregi	44
4.2.1 Surveyundersøgelsens overordnede resultater	44
4.2.2 Interessen for rygestop og rygestopkurser	47

4.2.3	Hvad har betydning for rygestop og deltagelse i rygestopkurser?	48
4.2.3.1	Rygestopkursus set i dagspressen	52
4.2.3.2	Tilbud om rygestopkursus fra praktiserende læge	53
4.2.3.3	Råd fra praktiserende læge om rygestop	54
4.2.4	Rygernes betalingsvilje	54
4.2.5	Behov for kapacitetsudbygning og potentiel efterspørgsel efter rygestopkurser	57
4.2.6	Sammenfatning – resultater fra surveyundersøgelsen	58
4.3	Analyse af praktiserende lægers holdninger og handlinger	59
4.3.1	Interviewundersøgelsen	60
4.3.1.1	De praktiserende lægers rolle overfor rygere	60
4.3.1.2	Praktiserende lægers handlinger overfor rygere	65
4.3.1.3	Anvendelse af apotekernes rygestopkurser	75
4.3.1.4	Diskussion af resultaterne fra interviewundersøgelsen	81
4.3.1.5	Interviewundersøgelsens resultater set i forhold til øvrig forskning på området	83
4.3.2	Erfaringer fra feasibility-studierne	84
4.3.2.1	Mundtlig feasibility	84
4.3.2.2	Skriftlige feasibility-studier	86
4.3.2.3	Sammenfatning og diskussion	89
5.	Afrunding	91
5.1	Sammenfatning	91
5.2	Syntese	93
5.3	Anbefalinger	94
6.	Referencer	97
7.	Bilag	102
7.1	Spørgeskema om efterspørgsel efter rygestopkurser i apoteksregi	102
7.2	Interviewguide – praktiserende læger	105
7.3	Patientbrev (skriftlig feasibility)	107
7.4	Patientbrev (mundtlig feasibility)	108
7.5	Interviewguide: Skriftlig feasibility-studie	109
7.6	Interviewguide: Mundtlig feasibility-studie	111

Resumé

I rapporten formidles resultaterne fra en partiel MTV af apoteksbaserede rygestopkurser. Formålet er at vurdere (a) rygestopkursernes omkostningseffektivitet, (b) borgernes efterspørgsel efter kurserne og behovet for kapacitetsudbygning samt (c) muligheder og barriere for samarbejde med alment praktiserende læger med henblik på rekruttering (kapitel 1). Undersøgelsen er baseret på en systematisk litteraturgennemgang af sundhedsøkonomiske analyser af danske, apoteksbaserede rygestopinterventioner, en surveyundersøgelse med 1247 rygere, fokusgruppeinterviews med i alt 21 praktiserende læger samt feasibility-studier af mundtlig og skriftlig invitation til rygestopkurser i tre lægepraksis.

Som baggrund for undersøgelsen beskrives apoteksbaserede rygestopkurser som teknologi, og eksisterende litteratur om rygestopkursernes effekt gennemgås. Desuden præsenteres teoretiske perspektiver på de praktiserende lægers rolle i forebyggelsen af tobaksrygning, tilgange til forebyggelse og motivation til adfærdssændringer (kapitel 2). Ligeledes beskrives undersøgelsens design, metode og datagrundlag (kapitel 3).

Undersøgelsens resultater præsenteres i tre delafsnit, der hhv. omhandler rygestopkurser økonomi, rygernes efterspørgsel efter kurserne samt praktiserende lægers håndtering af forebyggelse på tobaksområdet og samarbejde med apoteksbaserede rygestopkurser (kapitel 4). Nedenfor opsummeres undersøgelsens resultater.

Rygestopkursers økonomi:

- Der blev ikke fundet danske, sundhedsøkonomiske undersøgelser af apoteksbaserede rygestopkurser.
- Udenlandske undersøgelser viser imidlertid, at apoteksbaserede rygestopkurser og andre typer af rygestoptilbud er omkostningseffektive.

Efterspørgsel efter rygestopkurser:

- Knap tre ud af fire hverdagsrygerne vil holde op med at ryge, hvis deres læge kraftigt råder dem til det.
- Knap hver fjerde hverdagsryger vil deltage i et gratis rygestopkursus set via dagspressen, ugeavisen eller på apoteket. Men hvis den praktiserende læge kraftigt råder til rygestop og tilbyder et gratis rygestopkursus, vil godt halvdelen af hverdagsrygerne deltage i et rygestopkursus.
- Rygernes motivation for rygestop samt deres egen vurdering af, om de kan opnå og fastholde rygestop via et rygestopkursus, har væsentlig betydning for, om de vil følge lægens råd om rygestop, og for om de vil deltage

i et rygestopkursus, uanset om kurset er set i dagspressen eller tilbudt via praktiserende læge.

- Jo yngre rygerne er, des mere tilbøjelige er de til at følge lægens råd om rygeophør samt at tage imod et tilbud om et rygestopkursus.
- Brugerbetaling reducerer antallet af hverdagsrygere, der vil tage imod et rygestopkursus tilbudt af egen læge. Blandt de hverdagsrygere, som er villige til at betale for et rygestopkursus, er den gennemsnitlige betalingsvilje 768 kr.
- Der er en potentiel efterspørgsel efter rygestopkurser hos omkring 160.000 til 580.000 personer – variationen afhænger af, dels om kurset tilbydes via dagspressen eller af egen læge, dels om der er brugerbetaling.

Praktiserende lægers forebyggelses på tobaksområdet:

- De praktiserende læger har forskellige holdninger, interesser og oplevelser i forbindelse med at informere og rådgive om rygning og rygeafvænnning – nogle lægger vægt på en interventionistisk tilgang til forebyggelse og forsøger gerne at motivere patienterne til rygeophør mens andre foretrækker en liberalistisk tilgang. Forholdsmæssigt udgør forebyggelse af tobaksrygning dog en lille del af de praktiserende lægers samlede arbejdsopgaver.
- Evidensbaseret viden er ikke et væsentligt kriterium for lægernes valg af rådgivnings- og rygeafvænningsmetoder.
- Lægerne prioriterer deres indsats overfor rygerne ud fra kriterier om relevans – fx når det drejer sig om risikopatienter eller patienter med rygerelaterede sygdomme – samt rygerens motivation for rygeophør.
- Lægerne tager afstand fra en populationsbaseret tilgang til forebyggelse. De foretrækker at individualisere deres indsats overfor rygerne, og tager primært udgangspunkt i patientens ønsker og behov.
- Lægerne har forskellige oplevelser af forventninger fra nationalt og regionalt niveau i forhold til deres indsats overfor rygerne.
- Der er stor forskel på, i hvilket omfang lægerne henviser rygere til apoteks-baserede rygestopkurser. Kurserne betragtes som én mulighed blandt mange andre, men mange af lægerne efterlyser konkret information om rygestopkursernes indhold og effekt. Begrænset feedback fra patienter, der har deltaget i apotekernes rygestopkurser, afholder desuden lægerne fra at henvise til kurserne – en erfaringscirkel der øjensynligt er behov for at bryde.
- Det har stor betydning for lægernes villighed til at henvise til apotekernes rygestopkurser, at apotekerne tilbyder borgerne helbredstjek. Lægerne er skeptiske overfor apotekernes ekspertise til at udføre disse tjek og er af den opfattelse, at apotekerne på det punkt bevæger sig ind på lægernes fagområde. Lægerne anfægter tillige apotekernes forretningsmæssige interesser i at afholde rygestopkurser. Lægernes samlede skepsis udgør en betydelig barriere for et tættere samarbejde omkring rygeafvænnning mellem apotek og almen praksis.

- Praktisk er det forholdsvis uproblematisk både mundtlig og skriftligt via den praktiserende læge at opfordre og invitere rygere til at deltage i et rygestopkursus.
- Mundtlig og skriftlig invitation i almen praksis førte ikke til konkrete tilmeldinger på de lokale apoteksbaserede rygestopkurser. Lægerne fremhævede bl.a., at rygerne ikke nødvendigvis var motiverede for rygestop på det givne tidspunkt.
- Feasibility-studierne har medvirket til at skærpe lægernes opmærksomhed omkring apotekernes tilbud om rygestopkurser.

I en syntese af undersøgelsens delelementer fremhæves tre centrale dilemmaer, og rapporten afsluttes med en række anbefalinger (kapitel 5)

Dilemmaer:

- I. En stor del af rygerne er villige til at følge lægernes råd om rygestop og lægernes involvering mere end fordobler andelen af rygere, der vil tage imod et tilbud om et rygestopkursus. Til trods herfor er lægerne tilbageholdne med at tage rygning op medmindre patienten har rygerrelaterede sygdomme eller symptomer. Der synes derfor at være et uudnyttet potentiale for primær forebyggelse af rygerrelaterede sygdomme i almen praksis.
- II. En stor potentiel efterspørgsel efter rygestopkurser tilbudt af praktiserende læge står i kontrast til de manglende tilmeldinger til rygestopkurser i feasibility-studierne. Som nogle af lægerne også indikerer, kan det skyldes, at rygerne ikke har været motiverede for rygestop, hvilket har stor betydning for rygerens villighed til at tilmelde sig et rygestopkursus. Det er således spørgsmålet, om en populationsbaseret intervention overhovedet fungerer som rekrutteringsmetode i almen praksis.
- III. Hver 4. hverdagsryger er motiveret for rygestop, hvilket er en stærk prædikator for at ville følge lægens råd om rygestop – et potentiale som lægerne bør udnytte. Lægerne er dog ikke særligt systematiske i deres tilgang til rygerne. Den individualiserede tilgang, som lægerne foretrækker, har imidlertid også sine klare fordele, fordi de kan gøre en indsats, når den enkelte ryger er motiveret for at ændre rygevaner. Der kan dog være behov for, at lægerne er mere aktive på området og mere opmærksomme på rygerens motivationsniveau.

Anbefalinger:

- A. Der er behov for at lukke det "gab", som eksisterer i forholdet mellem rygerens villighed til at følge lægernes råd om rygestop, og lægernes tilbageholdenhed overfor at tage rygning op.
 - Praktiserende læger bør være mere aktive i forhold til udtrykkeligt at råde og motivere alle rygere til at holde op med at ryge.
 - Ved at diskutere og sætte de praktiserende lægers rolle i forebyggelse af tobaksrelaterede sygdomme på dagsordenen, kan lægernes orga-

nisationer og faglige fora medvirke til at støtte lægerne i at være mere aktive på området.

- Myndigheder med ansvar for forebyggelse bør udvikle tiltag, der kan støtte lægerne i at være mere aktive i forebyggelse på tobaksområdet. Der bør dog være en realistisk holdning til, hvor meget arbejde der kan forventes indpasset i de alment praktiserende lægers travle hverdag.
- B. Det er en central opgave at få lægerne bedre informeret om rygestopkursernes indhold og effekt, og at lægerne får mere patientbaseret erfaring med rygestopkurserne.
- Apotekerne bør videreformidle deltagernes erfaringer og effekten af kurserne til lægerne, samt informere om tidspunktet for kursusafholdelse og -frekvensen. Formen og indholdet af den information, lægerne får, skal imidlertid overvejes grundigt, da lægerne i forvejen modtager meget materiale.
 - Den viden, som Rygestopbasen generer om rygestopkursernes effekt, bør formidles til de praktiserende læger, således at lægerne har et bredt grundlag, hvorudfra de kan vurdere kurserne.
 - Apotekerne bør overveje at markedsføre rygestopkurserne mere målrettet overfor de praktiserende læger som et tilbud til rygere, der er motiverede for rygestop.
 - En vis kontinuitet i afholdelsen af kurserne er en afgørende faktor for lægernes tilbøjelighed til at henvise patienter til rygestopkurser. Samarbejdsaftaler mellem amt og apotek kan potentielt medvirke til at sikre denne kontinuitet, fordi der derved er opbakning til afviklingen af rygestopkurserne på tværs af apoteker.
- C. Der eksisterer et potentiale for rekruttering af rygere via almen praksis. De vise sten med hensyn til hvordan rygerne konkret rekrutteres til rygestopkurser, er imidlertid ikke fundet i denne undersøgelse.
- Der er behov for at undersøge og afprøve andre modeller for rekruttering via almen praksis til apoteksbaserede rygestopkurser men også andre rygeafvænningsstilbud.
 - Hvis apotekerne ønsker et tættere samarbejde om rygestop med de praktiserende læger, bør apotekerne overveje, hvordan de kan medvirke til at ændre deres image blandt de praktiserende læger.
 - Egne rygestopinstruktører i almen praksis i form af uddannet klinikpersonale eller amtslige rygestopinstruktører, der tager ud i almen praksis, er et muligt alternativ, som kan medvirke til at skærpe lægernes opmærksomhed på forebyggelsen af rygerelaterede sygdomme.
 - Der bør foretages mere dybdegående studier af rygernes bevæggrunde for at begynde et rygeophør, samt deres konkrete præferencer for valg af rygeafvænningsmetoder og hjælpemidler.

1. Indledning

Denne rapport sammenfatter resultaterne fra en medicinsk teknologivurdering (MTV) af apoteksbaserede rygestopkurser, som DSI Institut for Sundhedsvæsen gennemførte i samarbejde med Apotekerforeningen i 2003. Fokus er særligt på efterspørgsel efter og behovet for kapacitetsudbygning af apoteksbaserede rygestopkurser samt mulighederne for at rekruttere kursusedtagere gennem et nærmere samarbejde med alment praktiserende læger.

De apoteksbaserede rygestopkurser er gennem de seneste år blevet et udbredt tilbud i hele landet. En undersøgelse fra Nationalt Center for Rygestop viser, at omkring halvdelen af de danske amter havde apoteksbaserede rygestopkurser i varierende former i 2001 (Nationalt Center for Rygestop 2001). Ifølge oplysninger fra Apotekerforeningen udbydes der apoteksbaserede rygestopkurser i næsten alle amter i større eller mindre omfang, og gennem de sidste tre år ses endvidere en stigning i antallet af apoteker, der udbyder rygestopkurser¹ (Apotekerforeningen 2002). I forhold til at give en så stor del af befolkningen som muligt adgang til rygeafvænningsstilbud har apotekerne den fordel, at de er placeret i lokalmiljøer og har en bred geografisk fordeling.

I regeringens folkesundhedsprogram anslås tobak at være den faktor, der har størst indflydelse på folkesundheden samt den væsentligste årsag til en relativ dårlig udvikling i middellevetiden i Danmark. Herudover udgør rygning et alvorligt økonomisk problem, idet de direkte livstidsomkostninger til behandling af sygdomme er 66-74% større for rygere end for ikke-rygere (Rasmussen et al. 2004). Folkesundhedsprogrammet sigter derfor på at reducere antallet af rygere bl.a. via en vækst i antallet af tilbud om professionel rygeafvænnings. Målet er i perioden 1999-2008 at mindske antallet af rygere med ét procentpoint pr. år svarende til cirka 33.000 personer om året (Sundhedsministeriet 1999). Til sammenligning var der ifølge oplysninger fra Apotekerforeningen 1.985 og 1.908 kursusedtagere i henholdsvis 2002 og 2003 (Knudsen 2003;Knudsen 2004) (se tabel 1, side 12).

¹ Oplysningerne er baseret på indberetninger fra apotekerne til Apotekerforeningen om planlagte rygestopkurser både i grupper og på individuelt niveau. Disse indberetninger siger imidlertid ikke noget om, hvorvidt kurserne faktisk er blevet afviklet, men giver dog et billede af udbuddet (Apotekerforeningen 2002).

Tabel 1. Aktivitet på landsplan – apoteksbaserede rygestopkurser²

Årstal	Kursusform	Deltagere	I alt
2000	Individ + gruppe	380*	380*
2001	Individuel	318	1184
	Gruppebaseret	866	
2002	Individuel	466	1985
	Gruppebaseret	1539	
2003	Individuel	656	1908
	Gruppebaseret	1252	
2004	Individuel	179**	704**
	Gruppebaseret	525**	

Kilde: Apotekerforeningen (Knudsen 2003;Knudsen 2004)

* Aktiviteter i 2000 er ikke opgjort på individ- og gruppeniveau, da der indtil oktober 2000 kun fandtes én samlet aktivitetskode.

** Tallene for 2004 dækker kun de første tre måneder af året.

Tal fra Rygestopbasen³ viser endvidere, at der i 2003 deltog 1.563 personer i rygestopkurser på apoteker (Rygestopbasen 2004b). Heraf deltog 335 i individuelle forløb og 1.227 i gruppeforløb⁴. Med det nuværende niveau på 1500-2000 apoteksbaserede rygestopkurser årligt vil 330-440 personer årligt blive røgfrie⁵, svarende til 1,0-1,3% af den ønskede årlige reduktion i antallet af rygere. Udover de apoteksbaserede rygestopkurser er der selvfølgelig også andre rygestoptilbud og faktorer, der kan medvirke til at reducere antallet af rygere. Men i øjeblikket bidrager apoteksbaserede rygestopkurser altså kun marginalt til opnåelse af de politisk opstillede mål.

Udenlandske undersøgelser tyder på at rygestopinterventioner kan være en omkostningseffektiv intervention (Song et al. 2002;Woolacott et al. 2002). Det vil derfor være relevant at vurdere mulighederne for, at man gennem en

² Antallet af kursUSDeltagere er baseret på indberettet salg på varenumre til Lægemedelstyrelsen. Validiteten af den beregnede aktivitet afhænger derfor af, om apotekerne har anvendt de rigtige varenumre. Da angivelsen af antal kurser og kursUSDeltagere for gruppeadgivning er behæftet med usikkerhed, er aktivitetstallene for denne kursusform beregnet ud fra omsætningen (Knudsen 2003; Knudsen 2004). Det lave aktivitetstal i 2000 skyldes formentlig underregistrering. Stigningen fra 2000 til 2001 er højst sandsynlig et udslag af, at Apotekerforeningen i slutningen af 2000 opfordrede apotekerne til at anvende de nye koder opdelt på individ- og gruppeniveau.

³ Rygestopbasen tilbyder rygestopenheder gratis hjælp til at dokumentere resultaterne af rygeafvænningsaktiviteterne, og i den forbindelse at vurdere effekt og økonomi ved rygeafvænningsstilbud i Danmark – heriblandt de apoteksbaserede rygestopkurser (Rygestopbasens sekretariat 2001).

⁴ Antal deltagere er opgjort som påbegyndte forløb, hvilket indebærer mindst ét besøg på kurset. Deltagerne har således ikke nødvendigvis gennemført hele rygestopkurset. Tallene er baseret på indberetninger fra apoteker om konkrete aktiviteter, modsat tallene fra Apotekerforeningen, der er baseret på registrering af varenumre. Tallene er dog behæftet med en vis usikkerhed, da der er tale om frivillige indberetninger, og det derfor ikke er alle apoteker, der har indberettet (Rygestopbasen 2004b).

⁵ Tallene er baseret på en antagelse om, at 22% af kursisterne er røgfri efter 1 år (Rasmussen 2001).

udbygning af de apoteksbaserede rygestoptilbud mere markant kan bidrage til opnåelse af de politisk opstillede mål.

En udbygning af de apoteksbaserede rygestoptilbud vil dog kun være relevant, hvis borgerne faktisk vil efterspørge rygestopkurser, og hvis der på en relevant og effektiv måde kan skabes den nødvendige kontakt mellem borgeren og rygestopkurserne. For bedre at kunne vurdere behovet for en eventuel øget aktivitet, er der således brug for veldokumenteret viden om borgernes efterspørgsel efter rygestopkurserne. I forlængelse heraf er der behov for at granske rekrutteringsmulighederne nøjere. De praktiserende læger kan eksempelvis – i kraft af deres rolle som nøgleperson i det danske sundhedsvæsen – potentielt set spille en vigtig rolle både i forhold til motivation til rygestop og rekruttering til rygestopkurser. Danske undersøgelser viser imidlertid, at praktiserende læger og sundhedspersonale i øvrigt kun henviser ganske få rygere til rygestopkurser udenfor eget regi (Jørgensen 2002; PLS Rambøll 2003; Rasmussen et al. 2002; Slot 2002).

1.1 Tilgang og formål

En medicinsk teknologivurdering (MTV) er *“en alsidig, systematisk vurdering af forudsætningerne for og konsekvenserne af at anvende medicinsk teknologi”* (Statens Institut for Medicinsk Teknologivurdering 2000). Elementer i den danske version af en MTV består af en vurdering af hhv. teknologien, patienten, organisationen og økonomien med henblik på at fremskaffe dokumenteret grundlag for beslutninger om at anvende den pågældende medicinske teknologi (Statens Institut for Medicinsk Teknologivurdering 2001).

Denne undersøgelse er en *partiel* MTV af rygestopkurser i apoteksregi, idet der primært fokuseres på økonomi-, patient- og organisationsaspektet, hvorimod der ikke gås i dybden med teknologidelen – herunder den konkrete anvendelse og effekt af rygestopkurserne. Baggrunden herfor er, at der er danske undersøgelser under udarbejdelse, der specifikt analyserer rygestopkursernes effekt på baggrund af tal fra Rygestopbasen. Ligeledes foreligger der både danske og internationale publikationer, der belyser rygestopkursers effekt. Eksempelvis har Sundhedsstyrelsen udgivet en rapport i 2003, der sammenfatter resultaterne af både nationale og internationale studier af rygestopkursers effekt (Sundhedsstyrelsen 2003). Disse vil blive præsenteret i afsnit 2.2.

MTV'en henvender sig til planlæggere og administratorer på nationalt og regionalt/lokalt niveau med ansvar og interesse for forebyggelse samt nøglepersoner i apotekssystemet og i lægeforeningen. Det overordnede formål med MTV'en er at belyse danske rygestopkursers omkostningseffektivitet, at vurdere efterspørgslen efter og behovet for kapacitetsudbygning af apoteks-

baserede rygestopkurser, samt at vurdere mulighederne for rekruttering gennem samarbejde med alment praktiserende læger. Dette søges belyst ud fra følgende spørgsmål opdelt i henhold til de ovenstående aspekter fra den danske MTV-model:

ØKONOMI

I denne del af MTV'en lægges fokus på de økonomiske aspekter af rygestopkurser, og vi søger baseret på en litteraturgennemgang at vurdere om:

- Apoteksbaserede rygestopkurser i Danmark er omkostningseffektive?

PATIENT

I denne del af MTV' en er hovedvægten på rygestopkursernes potentielle kunder/klienter, hvorfor følgende søges belyst:

- I hvilket omfang efterspørger borgerne rygestopkurser i apoteksregi, og hvor stort er behovet i den forbindelse for en kapacitetsudbygning set i relation til muligheden for at opnå folkesundhedsplanens målsætninger om reduktion i antallet af rygere?

I analysen lægges vægten på at:

- Beskrive andelen af rygere mellem 15-74 år (inkl.) som vil hhv.:
 - deltage i et gratis rygestopkursus set i dagspressen mv.
 - deltage i et gratis rygestopkursus tilbudt af egen læge
 - følge råd fra egen læge om at holde op med at ryge
- Undersøge om disse tre former for accept af deltagelse i rygestop hver for sig påvirkes af alder, køn, motivation for rygestop, adgang til at ryge på arbejde/uddannelsesinstitution, samt respondentens egen vurdering af sin personlige sandsynlighed for at kunne holde op med at ryge og forblive røgfri via et rygestopkursus.
- Undersøge om rådgivning fra egen læge kombineret med tilbud om rygestopkursus kan forventes at øge andelen af rygere, der accepterer rygestopkurser i forhold til udelukkende at blive informeret via dagspressen mv.
- Beskrive hypotetisk betalingsvilje for rygestopkurser og dermed den forventede efterspørgsel (andel af rygere som ønsker at deltage) som funktion af egenbetalingen for kurserne.

ORGANISATION

I denne del af MTV'en fokuseres på organisatoriske muligheder og barrierer for rekruttering gennem praktiserende læger, da disse vurderes at have en særlig position i forhold til at rekruttere deltagere til apotekernes rygestopkurser (uddybes i afsnit 2.3.1). Formålet er at undersøge følgende:

- Hvordan kan et nærmere samarbejde med de praktiserende læger etableres m.h.p. rekruttering til apoteksbaserede rygestopkurser?

For at undersøge dette nærmere tages der udgangspunkt i følgende underspørgsmål:

- Hvordan opfatter praktiserende læger deres rolle i forhold til patienter, der ryger, og hvordan handler de på baggrund heraf?
- Hvilke holdninger og handlinger blandt de praktiserende læger, fremmer eller udgør en barriere for et nærmere samarbejde med rygestopkurser i apoteksregi?
- Hvilke muligheder eksisterer der for at invitere rygere til apotekernes rygestopkurser via den alment praktiserende læge?

2. Baggrund

I dette kapitel præsenteres baggrunden for denne MTV. Der gives en beskrivelse af apoteksbaserede rygestopkurser som medicinsk teknologi, herunder det konkrete indhold af kurserne. Efterfølgende gennemgås eksisterende viden om apoteksbaserede rygestopkursers effekt. Kapitlet afsluttes med en diskussion af de praktiserende lægers rolle i forebyggelse af tobaksrygning, samt forskellige tilgange til forebyggelse og motivation til adfærdssændring.

2.1 Rygestopkurser som medicinsk teknologi

En medicinsk teknologi defineres som:

“procedurer og metoder til undersøgelser, behandling, pleje og rehabilitering af patienter, inklusiv apparatur og lægemidler. Begrebet omfatter også procedurer, som benyttes i forebyggelsesøjemed.”

(Statens Institut for Medicinsk Teknologivurdering 2001).

De apoteksbaserede rygestopkurser falder ind under procedurer i forbindelse med forebyggelse, idet de sigter på at få rygere til at holde op med at ryge. Rygere, der kun ønsker at reducere deres rygeforbrug, er normalt ikke en del af målgruppen. Kurserne kan således betegnes som et høj-intensivt tilbud. Da kurserne imidlertid er baseret på, at rygerne selv henvender sig, hviler forebyggelsespotentialitet i høj grad på borgernes eget initiativ. Det forudsætter, dels at rygerne er opmærksomme på eksistensen af apotekernes rygestopkurser, dels at de er motiverede for at holde op med at ryge. Sundhedsprofessionelle kan imidlertid også spille en rolle ved at henvise til kurserne.

De første apoteksbaserede rygestopkurser blev gennemført i 1985, og i begyndelsen af 90'erne blev kurserne mere og mere udbredt. I 1989 begyndte Apotekerforeningen at uddanne rygestopinstruktører, og i 1995 blev der etableret en grunduddannelse til rygestopinstruktør i regi af det såkaldte STOP-samarbejde – dengang et samarbejde mellem Tobaksskaderådet, Hjerteforeningen og Kræftens Bekæmpelse. Uddannelsen til rygestopinstruktør er en 3-dages grunduddannelse opbygget omkring det såkaldte STOP-koncept, der er en skabelon for opbygningen og sammensætningen af gruppebaserede og individuelle rygestopkurser. Derudover lærer kursisterne om sammenhængen mellem rygning og helbred, nikotin, danskernes rygevaner, rygnings psykologi, afhængighed, rygestopprocessen og rådgivningsprincipper (Kjær 2004). Rygestopkurserne i apoteksregi er således ikke en ny teknologi.

Rygestopkurserne forestås normalt af en farmaceut eller farmakonom, der er uddannet rygestopinstruktør⁶. Kurserne udbydes enten på gruppe- eller individuelt niveau, men opbygningen af kurserne varierer fra sted til sted. Overordnet består de *individuelle forløb* af ca. 5 rådgivningssamtaler af 10-30 minutters varighed, hvor mødetidspunkter aftales med den enkelte. De *gruppebaserede rygestopkurser* består typisk også af ca. 5 mødegange, som har en varighed af 1-1½ time – mødetidspunkterne er her fastlagt på forhånd. Under både de individuelle og gruppebaserede kurser vejledes kursisterne om bl.a. fysisk og psykisk afhængighed, abstinenssymptomer, nikotinerstatningsprodukter og metoder til rygestop (Apotekerne i Danmark 2001).

Da kurserne ligesom apotekernes andre aktiviteter indgår i en indtjeningsbaseret forretning, afkræves et kursusgebyr på mellem 300-600 kr. I en række amter er der imidlertid indgået samarbejdsaftaler mellem amtet og apotekerne om afvikling af rygestopkurser – en ordning der betegnes som 'Apotekermodellen'. Ifølge oplysninger fra Apotekerforeningen er der indgået samarbejdsaftaler i 10 amter. Nogle steder har amtet valgt at støtte kurserne, således at der ikke er nogen egenbetaling, mens andre amter giver tilskud til nikotinerstatningsprodukter (Apotekerforeningen 2002)⁷.

2.2 Rygestopkursers effekt

Som tidligere nævnt fokuserer denne MTV på aspekter vedr. rygestopkursers økonomi, efterspørgsel (patientperspektiv) og rekruttering via alment praktiserende læger (organisationsperspektiv), men går ikke i dybden med effekten af apoteksbaserede rygestopkurser som teknologi. Begrundelsen herfor er, at der er danske undersøgelser under udarbejdelse, der specifikt analyserer rygestopkursernes effekt samt rygestopkursers omkostningseffektivitet på baggrund af tal fra Rygestopbasen. Ligeledes er rygestopkursers effekt blevet belyst i en række danske og internationale undersøgelser, som vil blive præsenteret i det følgende.

Det er væsentligt at være opmærksom på – især hvad angår de udenlandske studier – at omfanget og indholdet af de interventioner, studierne fokuserer på, er forskellige og er ikke nødvendigvis identiske med den intervention, som foregår på apotekernes rygestopkurser. Desuden er de studerede interventioner foregået i forskellige sammenhænge og dermed under forskellige betingelser. Til trods for denne diversitet, giver studierne imidlertid en indikation i forhold til rygestopkursers effekt generelt.

⁶ Rygestopinstruktørene er enten uddannet via Kræftens Bekæmpelses grunduddannelse til rygestopinstruktør (STOP) eller via apotekerbranchens efteruddannelsescenter Pharmakon (Marosi 2003).

⁷ Opgørelsen af antallet af amter, der har indgået aftale med apotekerne på rygeafvænningsområdet er baseret på tal fra 2002 men Apotekerforeningen oplyser, at antallet er uændret i 2004.

To Cochrane reviews belyser henholdsvis effekten af individuel (Lancaster & Stead 2003)⁸ og gruppebaseret rådgivning (Stead & Lancaster 2003)⁹. Hvad angår individuel rådgivning er konklusionen, at denne form for intervention er mere effektiv end f.eks. kort rådgivning eller selvhjælpsmateriale. Konkret viser analysen, at rygere, der har modtaget individuel rådgivning, vil have 62% større sandsynlighed for at være røgfri efter 6 måneder sammenlignet med de, der har fået mindre intensiv rådgivning (Lancaster & Stead 2003). Det andet review viser, at grupperådgivning er mere effektiv end selvhjælpsmaterialer og andre mindre intensive interventioner. Rygeafvænning i grupper bliver vurderet til at fordoble sandsynligheden for at være røgfri efter 6 måneder i forhold til selvhjælpsprogrammer eller ingen intervention. Der er dog ikke fundet belæg for, at grupperådgivning er mere effektiv end andre interventioner, der indebærer personlig kontakt (Stead & Lancaster 2003). Samlet set kan både individuel og gruppebaseret rådgivning således siges at være et effektivt middel til rygeophør.

Et andet Cochrane review om apoteksbaserede rygestopinterventioner refererer to britiske studier¹⁰, der sammenligner rådgivningsprogrammer med almindelig vejledning og information fra apoteket (Sinclair et al. 2004). Det ene studie viser en signifikant forskel i rygeophørsraten efter 12 måneder; 14,3% af deltagerne i programmet mod 2,7% af dem, der kun har modtaget almindelig vejledning (Maguire et al. 2001). Det andet studie viser samme tendens, idet rygestopraten blandt deltagerne i programmet var 12% efter 9 måneder mod kun 7,4% blandt de, der modtog almindelig rådgivning – forskellen er dog ikke signifikant (Sinclair et al. 1998).

I dansk sammenhæng har Sundhedsstyrelsen og Nationalt Center for Rygestop i december 2003 udarbejdet en dokumentationsrapport, der – på baggrund af udenlandske og danske undersøgelser – sammenfatter effekten af en række forskellige metoder til rygeafvænning herunder individuel og gruppebaseret rådgivning (Sundhedsstyrelsen 2003). Heri sammenfattes bl.a. resultaterne fra danske undersøgelser af regionale apoteksbaserede rygestoptilbud og en enkelt WHO-rapport, der alle viser, at rygestopkurserne hjælper folk til

⁸ Reviewet sammenfatter 18 studier baseret på randomiserede eller kvasi-randomiserede forsøg med mindst én behandlingsdel bestående af face-to-face, individuel rådgivning fra en rådgiver, der er specielt uddannet til at yde støtte i forbindelse med rygeafvænning. Studier af lægers og sygeplejerskers rådgivning i kliniske sammenhænge er ikke inkluderet i reviewet (Lancaster & Stead 2003).

⁹ Reviewet sammenfatter 52 studier baseret på randomiserede forsøg, som sammenlignede gruppeterapi med selvhjælp, individuel rådgivning, andre interventioner eller ingen interventioner. Kun forsøg med minimum to gruppemøder og et follow-up på rygestatus 6 måneder efter kursusstart blev inkluderet (Stead & Lancaster 2003).

¹⁰ De to studier er baseret på randomiserede, kontrollerede forsøg af interventioner foretaget af apotekspersonale – herunder råd og intensiv adfærdsterapi med eller uden brug af nikotinerstatningsprodukter eller anden farmakoterapi – med henblik på at fremme rygeafvænning blandt deres klienter. De to studier sammenligner et rådgivningsprogram med almindelig rådgivning fra apotekspersonalet. Rådgivningsprogrammerne tager afsæt i motivationscirklen, som beskrives i afsnit 2.3.2.2 (Sinclair et al. 2004).

at blive røgfri. Ingen af de danske rapporter er imidlertid baseret på randomiserede, kontrollerede forsøg, og den vurderede rygestoprate i disse undersøgelser må således forventes at være en anelse overvurderede.

Den omtalte WHO-rapport er en evaluering af rygestopkurser på 20 apoteker i Danmark. Rapporten viser, at 29% af deltagerne stadig var røgfri efter et år, om end der var stor variation apotekerne imellem (WHO 1997). Efterfølgende er der foretaget flere evalueringer af rygestopkurser på apotekerne i de enkelte amter. En evaluering foretaget af Forebyggelsesafdelingen i Roskilde Amt viser, at 25% af deltagerne på de apoteksbaserede rygestopkurser var røgfri efter ét år. Samtidig var 60% af dem, der ikke var røgfri, interesserede i igen at bruge apotekernes tilbud (Molzen 2001). DSI Institut for Sundhedsvæsen gennemførte i 2002 en evaluering af samarbejdsprojektet mellem Ribe og Sønderjyllands Amt omkring tilbud af rygestopkurser i apoteksregi. Evalueringen viste, at minimum 22% af deltagerne var ophørt med at ryge efter 6 måneder¹¹ (Rasmussen et al. 2002). I Vejle Amt er der gennemført en evaluering af samarbejdsprojektet mellem amtet og apotekerne. Her er 39% af rygerne røgfri efter ét år (Slot 2002). En evaluering af apoteksmodellen i hhv. Fyns Amt, Århus Amt, Sønderjyllands Amt og Ribe Amt viser desuden, at gennemsnitligt 18,5% af rygerne er holdt op med at ryge efter 6 måneder (Marosi 2003). Samlet set viser de danske undersøgelser, at apoteksbaserede rygestopkurser i Danmark har en væsentlig effekt, men ophørsraten varierer fra 18,5% til 39%. Taget i betragtning, at rygestopraten i Cochrane reviewene ligger lavere end dette interval, og at de danske undersøgelser ikke er baseret på randomiserede, kontrollerede forsøg, er ophørsraten formentlig ikke højere end 18%. Som tidligere nævnt, kan der imidlertid være forskel på omfanget og indholdet af de interventioner, som de udenlandske og danske undersøgelser er baseret på, ligesom de kan være foregået under forskellige betingelser. Det kan ikke afvises, at disse forskelle kan have betydning for udfaldet af rygestopraten.

Rygestopbasen foretager løbende et dokumentationsarbejde af rygestopaktiviteterne i Danmark. Data fra Rygestopbasen fra 2000-2003 viser, at 10% er røgfri ét år efter rygestopkurset, når udregningen baseres på samtlige deltagere, der er påbegyndt et rygestopforløb¹². Hvis beregningen baseres på deltagere, der har indleveret et opfølgningsskema, er rygestopraten efter 1 år 28%¹³ (Rygestopbasen 2004a). De implicerede rygestopforløb er imidlertid ikke kun apoteksbaserede kurser, men omfatter også rygestopforløb i andre regi eksempelvis sygehuse, arbejdspladser mv. Igangværende analyser af

¹¹ Effektraten er angivet som minimum, da kun ca. halvdelen af deltagerne på rygestopkurserne efter 6 måneder havde indleveret det opfølgningsskema, som undersøgelsen er baseret på (Rasmussen et al. 2002).

¹² Ikke-responder er indregnet som rygere.

¹³ Denne rate må dog formodes at være overestimeret, idet ikke-responder ikke er inddraget i beregningen.

Rygestopbasens data fokuserer mere dybdegående på rygestopforløbenes effekt og omkostningseffektivitet, men er endnu ikke publiceret.

2.3 Forebyggelse af tobaksrygning

I det følgende præsenteres eksisterende viden om og teoretiske perspektiver på forebyggelsen af tobaksrygning. Hovedvægten ligger på de praktiserende lægers rolle og rygernes motivation. Formålet er at gøre rede for det analytiske blik, der senere anvendes i analysen.

2.3.1 De praktiserende lægers rolle

Forebyggelse og sundhedsfremme er i høj grad et emne, der ligger politikernes på sinde. Op gennem det 20. århundrede har man fra politisk hold forsøgt at lægge strategier, der kan få folk til at ændre adfærd i sundere retning (Vallgård 2003). I folkesundhedsprogrammet fra 1999 indgår de praktiserende læger som én blandt mange aktører, der kan medvirke til at indfri de politiske mål og visioner på forebyggelsesområdet – herunder reduceringen af tobaksrygere (Sundhedsministeriet 1999).

De praktiserende læger besidder en central rolle indenfor det danske sundhedsvæsen, bl.a. fordi de har en bred og kontinuerlig kontakt med befolkningen. Den praktiserende læge har til opgave at afhjælpe de helbreds-mæssige problemer, som patienterne henvender sig med, og sygdom og truet helbred betragtes som værende særligt motiverende for at overveje eller iværksætte livsstilsforandringer (Green & Kreuter 1999; Olesen & Lous 2001). Ved enhver henvendelse om sygdom har den praktiserende læge således en unik mulighed for at udøve personlig rådgivning og forebyggelse, og derigennem motivere f.eks. rygerne til forandringer i livsstil og sundhedsrelateret adfærd. Desuden har de praktiserende læger den faglige ekspertise indenfor sundhed og sygdomsforebyggelse, der skal til for at rådgive om forebyggelse. Samlet set kan de praktiserende læger derfor spille en vigtig rolle i forhold til at rådgive rygere om rygeophør (Clemmensen et al. 2002; Hentze Jensen & Osler 1996; Jacobsen 2001).

Indenfor de seneste år er der mere systematisk blevet sat fokus på de praktiserende lægers forebyggelsespotentialer. I 1995 blev der eksempelvis indført mulighed for, at lægerne kunne registrere såkaldte forebyggelseskonsultationer¹⁴. I 1999 indførtes endvidere en forebyggelseskonsultation vedr. iskæmisk hjertesygdom¹⁵, der – som betegnelse angiver – har et mere specifikt forebyg-

¹⁴ En sådan konsultation defineres som: "...et møde mellem læge og patient, hvor formål og indhold på forhånd er aftalt til at omfatte forebyggende rådgivning og samtale" (Sygesikringens Forhandlingsudvalg & Praktiserende Lægers Organisation 2003). Konsultationen kan også gennemføres af klinikpersonale og udløser et honorar på 85 kr.

gelsessigte, og som udløser et betydeligt højere honorar end en almindelig konsultation. I 1999 udkom desuden en vejledning, og i 2001 en klaringsrapport om *“Den motiverende samtale”* (Mabeck et al. 1999; Mabeck et al. 2001), der beskriver metoder og principper for at motivere patienter til livsstilsforandring baseret på anerkendte teorier og klinisk erfaring. Disse initiativer kan ses som et udtryk for, at man fra centralt hold forsøger at få de praktiserende læger til at fokusere mere på forebyggelse.

Ud fra et politisk perspektiv er de praktiserende læger oplagte formidlere af den offentlige forebyggelsespolitik, idet de kan implementere politikken i praksis, så den får konsekvenser for den almindelige borger. Denne rolle er netop udgangspunktet for Michael Lipskys (1980) implementeringsteoretiske bidrag. Lipsky beskriver hvordan de såkaldte *“street-level bureaucrats”* eller frontlinjemedarbejdere, forvalter og håndterer den offentlige politik i tæt kontakt med borgerne (Lipsky 1980; Winter 1994).

Lipsky hævder, at frontlinjemedarbejderne, herunder de praktiserende læger, er de virkelige politiske beslutningstagere. For det første udøver frontlinjemedarbejderne et betydeligt skøn i deres daglige arbejde, og kan således bestemme arten, mængden og kvaliteten af de offentlige goder og sanktioner. For det andet har frontlinjemedarbejderne en relativ høj grad af autonomi i forhold til organisatorisk kontrol. I forsøget på at imødekomme klienternes individuelle behov kan de i vid udstrækning selv forvalte de offentlige tilbud og restriktioner. Særligt de såkaldte professioner – eksempelvis advokater og læger – har autonomi til at foretage skøn og forvalte den offentlige politik. Derfor bliver opfyldelsen af folkesundhedsprogrammets mål om at nedsætte antallet af rygere i Danmark, i høj grad et spørgsmål om, hvad de praktiserende læger fortager sig.

Det er karakteristisk for frontlinjemedarbejderne, at de oplever, at deres egne ressourcer konstant er utilstrækkelige i forhold til at opfylde krav fra både lovgivning, højere myndigheder og klienterne. Ifølge Lipsky er det imidlertid næsten en umulig opgave at tilvejebringe tilstrækkelige ressourcer, fordi efterspørgslen efter service har en indbygget tendens til at stige med udbuddet. For at udjævne kløften mellem krav og ressourcer anvender frontlinjemedarbejderne en række afværgemekanismer, der afføder en systematisk forvridning af indsatsen i forhold til de oprindelige politiske intentioner. Afværgemekanismerne drejer sig bl.a. om at:

¹⁵ Dette er en særlig forebyggelseskonsultation, hvor der tages udgangspunkt i *“... en individuel vurdering af den enkelte patients risiko for iskæmisk hjertesygdom eller nyt AMI”* (Sygesikringens Forhandlingsudvalg & Praktiserende Lægers Organisation 2003). Denne konsultation udføres af lægen, men klinikpersonale kan medvirke ved udførelsen af dele af ydelsen. Konsultationen udløser et honorar på 290 kr.

- reducere adgangen til og efterspørgslen efter servicen
- indføre rutiner og rationere arbejdet
- differentiere og prioritere servicen
- opnå kontrol over klienten
- begrænse anvendte ressourcer.

Frontlinjemedarbejderne kan *reducere adgangen til og efterspørgslen efter* deres arbejde ved eksempelvis at tage betaling for en service, lade ventetiden trække ud, begrænse information om servicen eller ved at påføre klienterne eller patienterne psykologiske omkostninger ved at modtage eller kræve servicen ved f.eks. at have lang ventetid.

Derudover kan frontlinjemedarbejderne indføre *rutiner og rationere* arbejdet ved eksempelvis at indføre procedurer, der sikrer regelmæssighed og retfærdighed på bekostning af en individualiseret tilgang til klienten eller patienten. Rutiner bliver derved en legitim undskyldning for ikke at handle fleksibelt over for patienterne – en fleksibilitet som er tids- og ressourcekrævende.

Servicen kan endvidere *differentieres og prioriteres* ved at opprioritere bestemte patienter eller patientgrupper frem for andre. Når klienter rykker for en afgørelse, er der en tendens til at sagen bliver opprioriteret, hvorimod opgaver såsom forebyggelse samt opsøgende og opfølgende arbejde ofte rangerer lavere på prioriteringslisten. Derudover opprioriterer frontlinjemedarbejderne som regel patienter, hvor en given indsats har størst mulighed for at give et succesfuldt udfald – det Lipsky kalder 'creaming'. Ligeledes kan udgangspunktet for differentieringen være, at frontlinjemedarbejderen på baggrund af personlige præferencer, som f.eks. faglig interesse, foretrækker nogle patienter frem for andre.

For at afslutte de enkelte sager så hurtigt som muligt, kan frontlinjemedarbejderne søge at få klienten eller patienten til at samarbejde gennem en vis *dominans* eller *kontrol* over patienten. Frontlinjemedarbejderen kan kontrollere indhold, timing og tempo i interaktionen med patienten, og kan på den vis omgå en eventuel indblanding fra patienten, som kan sinke processen.

Som en sidste afværgemekanisme kan frontlinjemedarbejderne og således også de praktiserende læger *begrænse* eller *spare på egne ressourcer*. Eksempelvis kan medarbejderen forsøge at udfylde den tid, der er til rådighed til udførelsen af arbejdet, for at beskytte sig mod en overførsel af yderligere arbejdsopgaver. Derudover kan andre medarbejdere fungere som buffere for tilførslen af klienter. Eksempelvis kan sekretærer screene patienterne, før de henvises videre til den praktiserende læge (frontlinjemedarbejderen). Endelig kan lægen overføre ansvaret for beslutningstagningen til andre offentlige ansatte ved eksempelvis at følge andres anvisning eller beslutninger frem for

selv at tage stilling. Desuden kan lægen henvise patienten til anden offentlig sundhedsmyndighed (Lipsky 1980; Winter 1994).

Lipskys tilgang bidrager til en bredere forståelse af de handlinger, som udføres i mødet mellem frontlinjemedarbejder og klient. De praktiserende læger kan i særlig grad siges at arbejde under de vilkår, som Lipsky beskriver. Den væsentligste del af de praktiserende lægers arbejde foregår eksempelvis i tæt kontakt med patienterne. I forhold til de offentlige myndigheder besidder de praktiserende læger i kraft af deres profession endvidere en væsentlig grad af autonomi, ligesom de i høj grad udøver skøn og vurderinger i forbindelse med behandlingen af patienterne. Lægernes rolle som generalister og gatekeeper til det øvrige sundhedsvæsen betyder desuden, at de har et bredt arbejds- og ansvarsområde, som kræver daglig prioritering at håndtere. Dette kan eksempelvis medføre, at arbejde med forebyggelse kan blive nedprioriteret til fordel for arbejdet med patienter med konkrete sygdomme, hvor målet og succesen er mere lige for.

2.3.2 Tilgange til forebyggelse og motivation

For at kunne præcisere og uddybe de praktiserende lægers forebyggende arbejde, herunder deres muligheder for at påvirke rygere til at ændre livsstil-sadfærd, vil der i det følgende blive gjort rede for forskellige tilgange til det forebyggende arbejde. I de mange situationer, hvor lægerne er i kontakt med rygerne, kan forebyggende rådgivning og behandling gribes vidt forskelligt an. De forskellige tilgange udelukker ikke nødvendigvis hinanden og kan til en vis udstrækning kombineres. Derudover vil disse tilgange til forebyggelse blive koblet til teoretiske perspektiver på rygernes motivation for rygestop.

2.3.2.1 Hvad er forebyggelse?

Der skelnes ofte mellem tre former for forebyggelse, der relaterer sig til forskellige trin i en sygdoms opståen og forløb:

- *Primær forebyggelse* handler om at forhindre at nogen form for sygelig tilstand opstår. Grundideen er at holde raske mennesker raske.
- *Sekundær forebyggelse* har til formål at forhindre udvikling af sygdom ved at opspore symptomer og sygdomme i tidlige stadier hos personer med øget risiko for sygdom.
- *Tertiær forebyggelse* drejer sig om at vejlede, behandle eller pleje syge mennesker m.h.p. at undgå, at sygdommen opstår igen eller forværrer (Iversen 2002).

Udover at opdele forebyggelse i hhv. primær, sekundær og tertiær forebyggelse, kan forebyggelse betragtes ud fra, hvilket sigte den har. Det drejer sig om hhv.:

- En *individualiseret* eller *problemorienteret* tilgang, hvor forebyggelsen tager udgangspunkt i den enkeltes specifikke behov og problemer. Dette betyder eksempelvis, at den praktiserende læge koncentrerer forebyggelsesrådgivningen omkring de rygere, som kommer med rygerelaterede sygdomme eller lignende. Denne tilgang leder primært fokus mod sekundær og tertiær forebyggelse.
- En *populationsbaseret* tilgang, der sigter mod at rådgive om forebyggelse gentagne gange ved så mange patienter som muligt. For den praktiserende læge vil dette betyde, samtlige patienter spørges om deres rygevaner og rygerne rådgives om rygestop uanset henvendelsesårsag (Coleman & Wilson 2000). Denne tilgang omfatter udover sekundær og tertiær forebyggelse også et fokus på primær forebyggelse.

Forebyggelse kan endvidere kategoriseres ud fra, i hvilket omfang patienten søges påvirket til at ændre adfærd. Denne kategorisering består af følgende:

- En *liberalistisk* tilgang: Her betragtes det som det enkelte individs eget anliggende at ændre livsstil til gavn for helbredet. Der lægges vægt på individuelt ansvar og selvhjælp, ligesom der appelleres til den enkeltes fornuft. Individets ansvar for eget helbred er forbundet med en række valg og fravalg. Ansvar for eget helbred indbefatter derfor en vis form for oplysning og information om, hvad der er skadeligt for helbredet – dette betegnes et 'informeret valg'.
- En *interventionistisk* eller *motivationsskabende* tilgang: Her er fokus på at ændre den enkeltes holdning ud fra en tro på, at individet kan påvirkes og motiveres til at ændre livsstil. Via en sundhedspædagogisk tilgang er det hensigten at fremme adfærdsændringer ved at stimulere patientens overvejelser i forbindelse med eget helbred. Hensigten er at øge den samlede sundhed, og bærer således præg af en utilitaristisk tankegang.

Det kan diskuteres, hvor skarp skillelinjen mellem en liberalistisk og en interventionistisk tilgang til forebyggelse er. Eksempelvis kan det at give information om de helbredsmæssige konsekvenser af en bestemt livsstil i sig selv betragtes som en intervention (Dahlgren 2001; Vallgård 2003). Forskellen ligger imidlertid i graden af indblanding fra sundhedsprofessionel side.

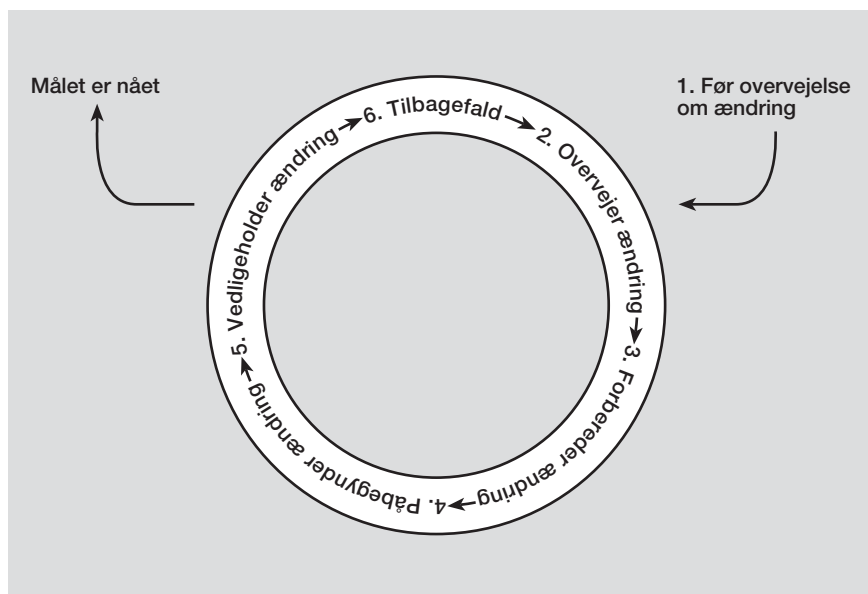
2.3.2.2 Motivation

Den før omtalte vejledning og klaringsrapport "Den motiverende samtale" kan siges primært at repræsentere en interventionistisk tilgang til forebyggelse, selv om der også er aspekter af den liberalistiske tilgang. Udgangspunktet i den motiverende samtale er at: "... *beskæftige sig med patientens ambivalens med det formål at tippe balancen til fordel for den sundhedsfremmende adfærd*" (Mabeck et al. 2001). Der lægges således op til, at den praktiserende

læge skal have en faciliterende rolle i forhold til at få patienten (rygeren) til at ændre adfærd.

Tilgangen i den motiverende samtale er bl.a. funderet på en teori om ændring i personlig adfærd udviklet af psykologerne Prochaska, Norgross og DiClemente. I bogen "Changing for Good" beskriver de, de stadier og processer mennesker gennemgår, når de ændrer adfærd f.eks. i forbindelse med at holde op med at ryge eller drikke (Prochaska et al. 1994). Processen omkring en adfærdsændring forstås som en cirkulær proces bestående af seks stadier, som ofte gennemgås flere gange, før det eksempelvis lykkes at holde op med at ryge (se figur 1).

Figur 1. Model af Prochaska et al.'s seks forandringsstadier



Kilde: (Mabeck et al. 2001: 7)

I det følgende gives en kort præsentation af stadierne:

1. *Før overvejelser om ændring:* I dette stadie har rygeren ingen planer om at ændre adfærd. Rygeren fokuserer på fordelene ved at ryge og ser bort fra de helbredsmæssige ulemper, rygningen fører med sig. Rygeren er således ikke motiveret for at holde op med at ryge. Grunden til at nogle rygere befinder sig i dette stadie kan være, at de er uvidende om problemerne ved at ryge, at de er resignerende eller er uvilige til at ændre rygeadfærd. Tidsmæssigt ligger planerne om rygeophør mere end 6 måneder ud i fremtiden.

2. *Overvejer ændring:* I dette stadie har rygeren en voksende ambivalent indstilling til at ryge. Dette kommer til udtryk i modsatrettede følelser i forhold til både at fortsætte rygningen og at holde op med at ryge. I modsætning til det tidligere stadie er rygeren her mere modtagelig overfor information om konsekvenser af rygningen og betydningen af et rygeophør. Planerne om et rygeophør ligger tidsmæssigt indenfor de næste 6 måneder.
3. *Forbereder ændring:* I dette stadie er rygeren indstillet på, at der skal gøres noget. Fordelene ved at holde op med at ryge betragtes efterhånden som større end ulemperne. Rygeren begynder konkret at overveje, hvordan et rygeophør kan tilvejebringes herunder eventuel brug af rygeafvænningsmetoder. Tidsmæssigt har rygeren i dette stadie seriøse intentioner om at holde op med at ryge indenfor en måned.
4. *Påbegynder ændring:* Rygeren er skredet til konkret handling for at holde op med at ryge. Der er således en klar motivation tilstede. I dette stadie er der særlig fokus på at takle de problemer og svære situationer, der opstår i forbindelse med rygeophøret – det drejer sig hovedsageligt om håndteringen af rygetrangen. Dette stadie varer op til ½ år efter rygeophøret.
5. *Vedligeholder ændring:* I dette stadie er det stadig aktuelt for rygeren at håndtere svære og fristende situationer. Rygeren arbejder med at integrere sin ikke-rygerstatus som en del af selvopfattelsen. Ligeledes lægges der strategier for, hvordan ændringer i omgivelserne kan understøtte rygeophøret. Dette stadie kan vare fra 6 måneder op til 5 år alt afhængig af den enkelte person.
6. *Tilbagefald:* Det sker, at eks-rygeren genoptager rygningen på et tidspunkt, hvilket betragtes som en naturlig del af processen frem mod et rygeophør. De fleste vil på et senere tidspunkt igen overveje at gå i gang med et rygeophør.

(Klinisk enhed for Sygdomsforebyggelse 2001; Prochaska et al. 1994)

I praksis kan stadierne medvirke til at anskueliggøre individets parathed til forandring og dermed motivation for at ændre adfærd. Motivationsstadierne indgår som en central del af analysen af efterspørgsel på rygestopkurser, idet det undersøges hvilken betydning motivation for at ændre adfærd har for rygenes efterspørgsel efter apoteksbaserede rygestopkurser. Derudover kan stadierne bruges som pejlemærke for, hvilken form for rådgivning og information rygerne har brug for. Ved at spille en aktiv rolle i den sammenhæng kan den praktiserende læge fungere som katalysator for den forandringsproces, rygeren gennemgår. I analysen af de praktiserende lægers rolle fungerer stadierne som analytisk redskab til at undersøge, hvorvidt patienternes motivation er et pejlemærke for de praktiserende læger, samt hvorvidt og hvornår de praktiserende læger aktivt går ind i at motivere patienter til rygestop.

2.3.3 Eksisterende viden om praktiserende lægers forebyggelse på tobaksområdet

Med det formål at fundere særligt organisationsperspektivet på eksisterende viden om praktiserende lægers arbejde med forebyggelse på tobaksområdet, er der foretaget en bred søgning af litteratur om alment praktiserende lægers holdninger og handlinger i forhold til rådgivning om rygning og rygeafvænning primært i Danmark men også internationalt. Litteraturen er dels fremkommet ved en litteraturgennemgang¹⁶, dels via en gennemgang af referencer og dialog med nøglepersoner på området.

En dansk undersøgelse af praktiserende lægers holdninger og adfærd overfor rygende patienter viser, at 98% af de praktiserende læger betragter det som en vigtig opgave at informere om rygning, og at halvdelen af lægerne jævnligt taler med deres patienter om tobaksrygning (Clemmensen et al. 2002)¹⁷. Ligeledes viser en undersøgelse blandt praktiserende læger i Vejle Amt, at 81% af de adspurgte lægerne anser det som deres ansvar at tale om rygning med deres patienter (Lous & Ollendorff 2003)¹⁷. En noget ældre undersøgelse viser endvidere, at 71% af de praktiserende læger i Århus Amt lægger stor vægt på indsatsen overfor tobaksrygning (Christensen 1993)¹⁹. Disse undersøgelser er dog primært baseret på lægernes selvrapportering. En surveyundersøgelse af danskernes rygevaner giver et lidt andet billede af lægernes indsats. Undersøgelser viser, at kun ca. 19% af hverdagsrygerne blev spurgt til deres rygevaner, sidst de var hos deres praktiserende læge. Af dem blev omkring 58% rådet til at holde op med at ryge (PLS Rambøll 2003)²⁰.

Når det kommer til konkret handling viser danske undersøgelser, at de praktiserende læger fortrinsvis tager rygning op, hvis patienterne har rygerelaterede sygdomme eller symptomer, eller vurderes at være risikopatienter – dvs. patienter der er i høj risiko for at udvikle rygerelaterede sygdomme. Ligeledes tages rygning op ved rygere, der er gravide, samt ved forældre, hvis børn har luftvejsinfektioner eller astma (Hentze Jensen & Osler 1996; Jørgensen 2002; Lous & Ollendorff 2003). En enkelt engelsk undersøgelse viser i tråd med de danske undersøgelser, at de praktiserende læger er mere tilbøjelige til at tage

¹⁶ Der er søgt i Medline 1996-2003 med en kombination af Mesh-terminerne: "Family-Practice"/all subheadings og "Smoking-Cessation"/all subheadings. Undervejs er der søgt på "Attitude-of-Health-Personnel"/all subheadings samt "Physicians-Practice-Patterns"/all subheadings. Søgningen er ikke en systematisk litteraturgennemgang men en bred afsøgning af relevant litteratur.

¹⁷ Undersøgelsen er baseret på besvarelser fra 1.464 praktiserende læger i Danmark. Skemaet blev udsendt til samtlige praktiserende læger (3.511) og svarprocenten er således kun på 42%. Der kan således stilles spørgsmålstegn ved undersøgelsens kvalitet (Clemmensen et al. 2002).

¹⁸ Undersøgelsen er baseret på besvarelse fra 147 praktiserende læger i Vejle Amt svarende til 67% af amtets praktiserende læger (Lous & Ollendorff 2003).

¹⁹ Undersøgelsen er gennemført i 1990, hvor samtlige praktiserende læger i Århus Amt fik tilsendt et spørgeskema. 331 besvarede skemaet – en svarprocent på 84 (Christensen 1993).

²⁰ Undersøgelsen af danskernes rygevaner er baseret på besvarelse fra 3.066 tilfældigt udvalgte danskere over 13 år heriblandt 850 cigaret-rygere (PLS Rambøll 2003).

rygning op, når patienten kommer med rygerelaterede problemer (Wynn et al. 2002). Undersøgelserne peger samlet set på, at de praktiserende læger er tilbageholdende med at tage rygning op, hvis ikke der er en sygdomsrelateret anledning.

To andre danske undersøgelser baseret på kvalitative interviews giver et mere dybdegående indblik i de praktiserende lægers bevæggrunde for at handle, som de gør i forbindelse med rådgivning om rygning og rygeafvænnning. Den første af disse undersøgelser belyser praktiserende lægers holdninger og ønsker til arbejdet som livsstilsrådgiver og konkluderer, at de praktiserende læger tager afstand fra at følge retningslinjer, der foreskriver, at rygning tages op ved enhver lejlighed (populationsbaseret tilgang). Dette skyldes, at lægerne – afhængig af forholdet til den pågældende patient, henvendelsesårsag, patientens samlede situation og motivation for at ændre rygevaner – individualiserer rådgivningen (Tulinius & Dencker 2001)²¹. Denne konklusion findes også i flere udenlandske undersøgelser (Coleman & Wilson 1996; Coleman & Wilson 2000; Jaen et al. 1998; Senore et al. 1999; Sesney et al. 1997). Et enkelt kvalitativt studie fra England viser, at de praktiserende læger foretrækker at individualisere rådgivningen om rygning og rygeafvænnning, fordi de er bange for, at en vedvarende og pågående spørgen ind til patientens rygevaner kan skade læge-patientforholdet. Når patienter kommer med rygerelaterede symptomer, finder lægerne det mere legitimt at tage rygning op, og patienter er tillige mere villige til at lytte til lægens råd. Dels afhænger lægernes rådgivning om rygning og rygeafvænnning af lægernes opfattelse af patienternes respons, og dels viser studiet, at de praktiserende læger afvejer, hvorvidt en snak om rygning er passende i forhold til den dagsorden, patienten er kommet til lægen med (Coleman et al. 2000)²².

Den anden kvalitative undersøgelse er en evaluering af indførelsen af forebyggende undersøgelser og samtaler. Evalueringen peger på, at brugen af forebyggelsessamtaler ikke kun betinges af tekniske løsninger, men i lige så høj grad afhænger af de praktiserende lægers egen opfattelse af deres muligheder og ansvar for at medvirke til, at patienterne ændrer adfærd i sundere retning (Jacobsen 2001)²³. Dette ligger i tråd med en række udenlandske undersøgelser, som peger på, at de praktiserende lægers tro på, om deres råd og intervention overfor rygerne nytter, er afgørende for lægernes engagement i forebyggelse på tobaksområdet. Ligeledes fremhæves den enkelte patients

²¹ Undersøgelsen er baseret på 5 kvalitative fokusgrupeinterviews med 35 praktiserende læger (Tulinius & Dencker 2001).

²² Studiet har fundet sted i Leicestershire og er baseret på videoptagelser af 39 konsultationer med rygere efterfulgt af et tilsvarende antal interviews med de involverede praktiserende læger (Coleman et al. 2000).

²³ Evalueringen er baseret på et fokusgrupeinterview med 5 danske praktiserende læger involveret i et sundhedsprojekt i Ebeltoft (Jacobsen 2001).

motivation for rygeafvænning som afgørende for de praktiserende lægers engagement i rådgivning om rygeafvænning (Gottlieb et al. 1987;Kottke et al. 1994;McIlvain et al. 1997;McLeod et al. 2000;Mowat et al. 1996;Saywell et al. 1996;Young & Ward 2001). En enkelt undersøgelse blandt praktiserende læger i Nebraska peger endvidere på, at rådgivning om rygeafvænning ofte tilsidesættes til fordel for konkurrerende krav om behandling af eksempelvis akutte smerter og akutte psykologiske lidelser mv. (Jaen et al. 2001)²⁴.

2.3.3.1 Eksisterende viden om lægers anvendelse af rygestopkurser

Når det kommer til de praktiserende lægers anvendelse af de apoteksbase-rede rygestopkurser, er det generelt sparsomt med viden og forskningsbase-rede undersøgelser. En enkelt undersøgelse belyser specifikt de praktiserende lægers anvendelse af apoteksbase-rede rygestopkurser – det drejer sig om en evaluering af apoteksmodellen i Sønderjyllands, Ribe, Fyns og Århus Amt (Marosi 2003)²⁵. Evalueringen viser, at de praktiserende læger er mere tilbø-jelige til selv at tage sig af patienter, der ryger, end at henvise dem til andre instanser. Blandt de mest anvendte foranstaltninger, som lægerne ville vælge, hvis en patient bad om hjælp til rygestop, var egen rådgivning, nikotinpræpa-rater og udlevering af skriftligt materiale om rygestop. Anvendelsen af apoteks-baserede rygestopkurser er derimod knap så udbredt. Undersøgelser viser imidlertid, at sandsynligheden for, at de praktiserende læger anvender de apo-teksbaserede rygestopkurser, er større i de amter, der har indgået aftaler om afvikling af rygestopkurser med apotekerne, end i de amter, der ikke har noget systematisk samarbejde med apotekerne. Dertil viser evalueringen, at 43% af de praktiserende læger i de fire amter helst så amtet som ansvarlig for ryge-stopaktiviteter, mens 32% helst så dem selv som ansvarlige for rygestopakti-viteter. Kun 6% af de adspurgte læger mener, at apotekerne skal have ansva-ret for rygestopaktiviteter. 41% af lægerne mener desuden, at de selv bør have den udførende opgave omkring rygestop, mens 29% mener det bør være amtet. 17% af lægerne angiver imidlertid, at apotekerne skal løfte den opgave (Marosi 2003).

Lægernes relative tilbageholdenhed overfor at anvende de apoteksbase-rede rygestopkurser afspejler sig også i en evaluering af sygesikringstilskud til niko-tinerstatningsprodukter i Vejle Amt. Kun 4,5% af i alt 423 kursister på apote-kernes rygestopkurser i Vejle Amt var blevet henvist af egen læge (Slot 2002)²⁶. En evaluering af et samarbejdsprojekt mellem apoteker og Sønderjyllands og Ribe amter viser ligeledes, at kun 3% ud af 350 deltagere på apoteksbase-

²⁴ Undersøgelsen er baseret på observation af 91 konsultationer med rygere hos 20 praktiserende læger fordelt på 7 'communities' i Nebraska (Jaen et al. 2001).

²⁵ Evalueringen er baseret på besvarelser fra 485 praktiserende læger i 6 forskellige amter i Danmark (Marosi 2003).

²⁶ Evalueringen er baseret på svar fra 423 kursister, der har deltaget i rygestopkurser i Vejle Amt fra 1. november 1999 til 31. oktober 2001 (Slot 2002).

rede rygestopkurser var henvist fra sundhedsvæsenet herunder bl.a. praktiserende læger, specialelæger, tandlæger og sygehusafdelinger (Rasmussen et al. 2002)²⁷.

Andre undersøgelser belyser kun meget bredt, i hvilket omfang de praktiserende læger henviser til rygestoptilbud uden for eget regi, hvilket også omfatter andre tilbud end de apoteksbaserede rygestopkurser. Den tidligere nævnte undersøgelse af danskernes rygevaner peger eksempelvis på, at de praktiserende læger kan være tilbageholdende med at tilbyde hjælp til rygestop samt at henvise patienterne til tilbud udenfor egen praksis. Ca. 67% af de rygere, som blev rådet til at holde op med at ryge, blev slet ikke tilbudt hjælp til rygestop. Ca. 10% fik udleveret skriftligt materiale, ca. 11% fik tilbudt personlig rådgivning af lægen, mens 15% blev henvist til andre tilbud udenfor lægens eget regi – herunder apoteket, STOP-linien, rygeafvænningsklinik eller lignende (PLS Rambøll 2003). En undersøgelse fra Frederiksborg Amt viser desuden, at det mindst anvendte håndgreb blandt de praktiserende læger i forbindelse med rygeafvænnning er lokale rygestopinstruktører – 21% af lægerne angiver at gøre brug af disse. Det mest udbredte håndgreb er derimod egen rådgivning (88%) efterfulgt af nikotin-substitution (76%) (Jørgensen 2002)²⁸. I lighed hermed viser en lidt ældre undersøgelse blandt praktiserende læger i hele landet, at kun 9,6% af lægerne henviser til andre tilbud, når en patient har udtrykt ønske om at holde op med at ryge (Hentze Jensen & Osler 1996)²⁹. Undersøgelsen fra Vejle Amt (se note 18, side 27) peger imidlertid i en lidt anden retning end de ovenfor refererede undersøgelser, idet 49% af de adspurgte læger angiver, at de henviser til andre tilbud om hjælp til rygestop, hvis en patient udtrykker ønske om at holde op med at ryge. Endvidere har ca. 26% af de praktiserende læger svaret 'ja', og ca. 31% har svaret 'måske' til, at de savner henvisningsmuligheder til patienter, der ønsker mere hjælp til rygestop (Lous & Ollendorff 2003). Hvilke andre tilbud lægerne henviser til, samt hvilke konkrete henvisningsmuligheder lægerne savner, er imidlertid ikke nærmere defineret.

Den udenlandske litteratur, som er fremkommet på baggrund af litteratursøgningen, belyser ikke konkret praktiserende lægers anvendelse af apoteksbaserede rygestopkurser. Derimod belyser undersøgelserne mere generelt praktiserende lægers tilbøjelighed til at henvise til rygestoptilbud udenfor eget regi. Det skal dog holdes for øje, at de forhold som praktiserende læger i forskel-

²⁷ Evalueringen er dels baseret på besvarelser fra 350 deltagere i apoteksbaserede rygestopkurser i Sønderjylland og Ribe amter, der har udfyldt et basisskema ved første kursusgang, dels på besvarelse fra 185 kursUSDeltagere, der 6 måneder efter kursusstart udfyldt et opfølgningsskema (Rasmussen et al. 2002).

²⁸ Undersøgelsen er baseret på besvarelser fra 58 praktiserende læger i Frederiksborg Amt. Spørgeskemaet var uddelt til 100 tilfældigt udvalgte praktiserende læger i amtet (Jørgensen 2002).

²⁹ Undersøgelsen er baseret på besvarelser fra 732 tilfældigt udvalgte praktiserende læger (svarende til 73% af den oprindelige population) med overenskomst med Sygesikringen (Hentze Jensen & Osler 1996).

lige andre lande arbejder under, ikke nødvendigvis svarer til forholdene i Danmark. Men til trods herfor bringer de udenlandske studierne nogle interessante aspekter frem. Eksempelvis berører en enkelt australsk og to amerikanske undersøgelser kort de praktiserende lægers anvendelse af rygestopkurser udenfor eget regi. Den australske undersøgelse viser, at de praktiserende læger kun i 8% af 50 afviklede konsultationer med rygere rådede disse til at melde sig til et gruppebaseret rygestopkursus (Humair & Ward 1998)³⁰. Den ene amerikanske undersøgelse viser, at kun godt 2% af de adspurgte læger henviser rygere til gruppeklinikker eller intensive rygeafvænningsprogrammer (Gottlieb et al. 2001)³¹. Undersøgelsen belyser imidlertid ikke, hvorvidt en henvisning til et rygestopkursus var relevant for de pågældende patienter. Den anden amerikanske undersøgelse af lidt ældre dato viser, at de praktiserende læger og almen medicinere, som har stor tiltro til, at deres intervention og rådgivning overfor rygere har en effekt, er mindre tilbøjelige til at henvise rygere til tilbud udenfor egen praksis end de læger, som ikke i så høj grad har tiltro til, at rygerne vil følge deres råd (Gottlieb et al. 1987)³².

En undersøgelse fra 1987 foretaget blandt praktiserende læger i London påpeger et interessant aspekt i forhold til at kombinere en kort intervention overfor rygere fra den praktiserende læge med støtte fra en rygestopklinik. Interventionen bestod fra lægeside i (1) at registrere rygevaner for samtlige voksne patienter, der konsulterer lægen, (2) at råde samtlige rygere til rygestop, (3) udlevere skriftligt materiale om rygestop og endelig (4) tilbyde nikotintygggegummi til rygere, der ikke følte sig i stand til at stoppe på egen hånd. Rygestopklinikken supplerede med støtte til den praktiserende læge i form af specielle ryger/ikke-ryger etiketter til patientjournalen med plads til registrering af follow-up besøg. Derudover fik lægerne udleveret foldere om rygestopklinikker i området samt en frankeret henvisningsblanket til rygestopklinikken via praktiserende læge og en direkte henvisning til en selvvalgt rygestopklinik. Undersøgelsen viser, at patienter udsat for kort lægeintervention kombineret med støtte fra en rygestopklinik havde større rygestoprate både et ½ og 1 år efter interventionen end rygere, der udelukkende havde været igennem en kort lægeintervention eller havde gennemgået en almindelig konsultation (Russell et al. 1987)³³. Selv om det ikke er muligt at afgøre, hvilke elementer i lægeintervention kombineret med støtte fra rygestopklinikken, der er

³⁰ Den australske undersøgelse er baseret på videooptagelser af 50 konsultationer med rygere i almen praksis (Humair & Ward 1998).

³¹ Undersøgelsen er baseret på besvarelser fra 110 praktiserende læger på et efteruddannelsesprogram i Texas svarende til en responsrate på 93% (Gottlieb et al. 2001).

³² Studiet er baseret på besvarelser fra 442 praktiserende læger og intern medicinere i Texas svarende til 88% af den oprindelige population (Gottlieb et al. 1987).

³³ Undersøgelsen er baseret på besvarelser fra 4.445 rygere, der har været til konsultation hos én af de 101 involverede praktiserende læger fordelt på 27 lægepraksisser i London. 17 praksisser gennemførte kort intervention kombineret med støtte fra rygestopklinik, 4 praksisser gennemførte udelukkende kort intervention og 6 praksisser gennemførte konsultationer på almindelig vis. Derudover var 10 praksisser involveret som kontrolgruppe (Russell et al. 1987).

mest effektive, peger undersøgelsen på, at et tættere samarbejde mellem praktiserende læger og rygestopklinikker i bred forstand potentielt set kan bibringe gode resultater indenfor forebyggelse på tobaksområdet.

2.3.3.2 Sammenfatning

Eksisterende viden indikerer samlet set, at de praktiserende læger tager forebyggelse på tobaksområdet alvorligt og betragter det som en del af deres arbejde. Rygning tages dog fortrinsvis op med patienter, der kommer med rygerelaterede sygdomme – en vis relevans i tilknytning til konsultationen er således afgørende for, hvorvidt de praktiserende læger går aktivt ind i rådgivning om rygeafvænning. På den baggrund individualiserer de praktiserende læger rådgivningen af patienter, der ryger. Individualiseringen knytter sig endvidere til at opretholde et godt læge-patientforhold, ligesom patienternes motivation for at ændre rygevaner er væsentlig. Derudover har lægens oplevelse af, hvordan patienten responderer på en intervention samt lægens egen tro på effekten af hans/hendes intervention, også betydning for den enkelte læges aktivitet og engagement i forebyggelse på tobaksområdet. For at forstå lægernes praksis overfor patienter, der ryger, er det i forlængelse heraf væsentligt at belyse lægernes egen opfattelse af deres rolle og muligheder for at gøre en forskel i forbindelse med forebyggelse på tobaksområdet.

Den gennemgåede litteratur indikerer, at de praktiserende læger kan være tilbageholdende overfor at henvise til rygestoptilbud udenfor eget regi. En samarbejdsaftale mellem amt og apoteker synes dog at have en positiv effekt på de praktiserende lægers henvisninger til rygestopkurserne. Men hvorfor lægerne generelt er tilbageholdende overfor at henvise til apotekernes kurser, bliver kun i begrænset omfang berørt i de gennemgåede undersøgelser. Et enkelt amerikansk studie peger på, at de læger, som ikke i så høj grad henviser til rygeafvænningsstilbud udenfor eget regi, har stor tiltro til, at deres egen intervention har en god effekt. Men der er behov for at få yderligere belyst, hvorfor de praktiserende læger ikke i højere grad henviser til de apoteksbaserede rygestopkurser.

3. MTV'ens metode

I det følgende kapitel gennemgås MTV'ens metode, for hvert af de tre perspektiver; økonomi, patient og organisation. Belysningen af de enkelte perspektiver kræver forskellige tilgange og metoder. Derfor vil der blive redegjort for de konkrete metodevalg og fremgangsmåder, som er anvendt i belysningen af de enkelte elementer i MTV'en.

3.1 Økonomi – litteraturgennemgang

Der er gennemført en systematisk litteratursøgning m.h.p. at lokalisere sundhedsøkonomiske analyser af danske rygestopinterventioner, herunder apoteksbaserede rygestopinterventioner.

Der er søgt i Medline 1996-2004 med en kombination af mesh-termerne "smoking cessation"/all subheadings, explode "costs- and cost-analysis"/all subheadings og "Denmark". Der er desuden søgt i den elektroniske udgave af Ugeskrift for Læger 1995 til juni 2003 efter "rygestop" eller "rygning" som indeksord, samt i Månedsskrift for Praktisk Lægegering 1991-2003 med søgeordet "rygestop". Søgningerne er suppleret med forespørgsler til nøglepersoner³⁴ indenfor feltet m.h.p. eventuelt at kunne identificere yderligere analyser.

M.h.p. at identificere internationale analyser, der kan perspektivere resultaterne af danske undersøgelser, er der søgt i NSHEED (Centre for Review and Dissemination), Medline og Embase. Denne gennemgang af udenlandsk litteratur er ikke gennemført som en systematisk litteraturgennemgang.

3.2 Patientperspektivet – efterspørgsel efter apoteksbase-rede rygestopkurser

Patientperspektivet belyses gennem en surveyundersøgelse, der har til formål at afdække efterspørgslen efter apoteksbaserede rygestopkurser blandt rygere, samt i hvilken grad der er behov for en kapacitetsudbygning.

I undersøgelsens formål er der opstillet en række delspørgsmål omkring rygeres ønske om at deltage i rygestopkursus, set i lyset af respondenternes alder, køn, motivation for rygestop, adgang til rygning på arbejdspladsen og egen vurdering for rygeophør gennem rygestopkursus, om effekten af praktiserende

³⁴ Jørgen Falk og Lis Hamburger, Nationalt Center for Rygestop og Helle Hilding-Nørkjær, Sundhedsstyrelsens dokumentationsafdeling.

lægers rådgivning og om rygernes hypotetiske betalingsvilje. For at belyse disse underspørgsmål er der udviklet et struktureret spørgeskema med faste svarkategorier – skemaet er gengivet i bilag 7.1. Spørgeskemaet er blevet vurderet af eksterne eksperter fra SFI-Survey m.h.p. forståelighed af tekst, begreber og svarkategorier, og det blev på den baggrund vurderet, at en egentlig pilottest af spørgeskemaet var unødvendig.

Der er udtrukket en simpel tilfældig stikprøve fra cpr-registret blandt 15 til 74-årige, i alt 5.595 personer. Der er derefter søgt oplysninger om telefonnumre på disse personer i TDC's databaser, som inkluderer fastnet og mobiltelefonnumre, men ikke taletidskort. Til personer, hvor der ikke på denne måde er fundet et telefonnummer, er der sendt et brev, hvor personen bedes oplyse et telefonnummer, som de kan kontaktes på med henblik på interview. Den endelige stikprøve bestod derefter af 5.004 respondenter, og er dimensioneret m.h.p. at opnå anvendelige besvarelser fra ca. 1.000 rygere.

Undersøgelsen er gennemført som telefoniske interviews af trænede interviewere fra SFI-SURVEY i perioden 31/1 2004 til 7/3 2004.

Der er gennemført sammenligninger af køns- og aldersfordeling m.h.p. at vurdere respondentgruppens repræsentativitet

3.2.1 Databehandling og analyse

Behandlingen og analysen af de data, der er fremkommet af surveyundersøgelsen, er inddelt i tre. Den første del fokuserer på den generelle interesse for rygestopkurser, samt hvilken betydning lægens rådgivning har for denne interesse. Den anden del indeholder en analyse af, hvilke faktorer der har betydning for om rygerne er interesserede i at deltage i et apoteksbaseret rygestopkursus. Den sidste del omhandler rygernes hypotetiske betalingsvilje.

I analysens første del testes forskellen i andelen af respondenter, der vil sige ja til et rygestoptilbud tilbudt hhv. via dagspressen og af praktiserende læge, med et McNemar test, for at vurdere om den praktiserende læges rådgivning øger interessen for at deltage i et rygestopkursus.

I analysens anden del er der gennemført tre logistiske regressionsanalyser med følgende afhængige variable:

- deltage i et gratis rygestopkursus set i dagspressen mv.
- deltage i et gratis rygestopkursus tilbudt af egen læge
- følge råd fra egen læge om at holde op med at ryge

I alle tre analyser indgår motivation for rygestop, adgang til at ryge på arbejdsplads/institution, egen vurdering af sandsynlighed for fastholdt rygestop efter et år samt alder og køn som uafhængige, forklarende variable.

De endelige modeller er fremkommet gennem baglæns modelsøgning ud fra en model med alle ovenfor nævnte uafhængige variable samt en interaktions-effekt mellem motivation og selv vurderet sandsynlighed for at være røgfri et år efter deltagelsen i et rygestopkursus. Kriteriet for at forblive i modellen var en p-værdi på 0,15. Der er også foretaget eksplorative modelsøgninger af modeller med samtlige interaktionseffekter, ikke lineære sammenhænge og kategorisering af variable, samt grafisk inspektion af data m.h.p. at afdække mulige ikke-lineære sammenhænge. Det har ikke været intentionen at opstille modeller, der kunne forklare hele variationen i data, men derimod at belyse udvalgte faktorerers effekt³⁵.

I analysens tredje del er der pga. skæve fordelinger anvendt et Wilcoxon signed rank test til at teste om betalingsviljen for rygestop er forskellig fra nul.

3.3 Organisationen – de praktiserende lægers rolle

For at indfange praktiserende lægers oplevelser, holdninger og handlinger til forebyggelse på tobaksområdet, samt anvendelsen af apoteksbaserede rygestopkurser, er fokusgruppeinterview valgt som dataindsamlingsmetode. For at belyse de praktiske dimensioner i et nærmere samarbejde mellem apotek og læger gennemføres endvidere en række feasibility-studier, hvor patienter via den praktiserende læge inviteres til at deltage i rygestopkurser på et nærliggende apotek.

I belysningen af, hvordan et nærmere samarbejde mellem de praktiserende læger og apotekernes rygestopkurser kan etableres, tages der udgangspunkt i de praktiserende lægers perspektiv. Dette perspektiv er valgt ud fra en vurdering af, at der mangler mere detaljeret viden om de praktiserende lægers holdning til og bevæggrund for at anvende eller ikke anvende apotekernes rygestopkurser som led i deres praksis omkring forebyggelse på tobaksområdet. Apotekernes perspektiv er selvfølgelig også væsentlig i forhold til at belyse mulighederne for et nærmere samarbejde – et samarbejde er jo netop karakteriseret ved at indbefatte to eller flere parter. Apotekernes perspektiv er dog forholdsvis velafdækket i den tidligere omtalte evaluering af apoteksmodellen (Marosi 2003), og ligger ikke indenfor dette projekts rammer.

³⁵ Som det vil fremgå af de kommende analyser bliver samtlige modeller kontrolleret med et Hosmer-Lemeshow goodness-of-fit test. Dette test bliver i alle tilfælde signifikant, hvilket betyder at de endelige modeller ikke kan siges at forklare hele variationen i data. Da dette heller ikke var intentionen i projektet, har vi valgt at arbejde videre med disse simple modeller. Yderligere skal det understreges, at samtlige former for modelsøgning fremkom med de samme slutmodeller, hvilket tyder på at de fremkomne modeller er det bedst mulige med det givne data.

3.3.1 Fokusgruppeinterview – udvælgelse og gennemførelse

Et fokusgruppeinterview er en særlig form for interview – et mildt styret gruppebaseret interview, der fokuserer på et afgrænset emne ledet af en interviewer. Fokusgruppeinterviewet er valgt som dataindsamlingsmetode, fordi interaktionen i gruppen bidrager til en højere grad af nuancering i udsagnene. De forskelle og ligheder, der findes i deltagernes meninger og erfaringer, kommer tydeligere til udtryk, når interviewpersonerne har mulighed for at diskutere med hinanden, end det er tilfældet, når udsagn fra enkeltmandsinterview sammenholdes. Ligeledes foregår der en kontrol i forhold til ekstreme eller usande oplysninger. Modsat kan fokusgruppeinterview have den ulempe, at antallet af spørgsmål må begrænses, og at veltalende respondenter kommer til at dominere interviewet. Sidstnævnte problematik kan imidlertid afhjælpes, hvis interviewer formår at opmuntre deltagerne til at fortælle om og diskutere deres meninger og vurderinger, samt at stimulere en interaktion i gruppen, der fremmer villigheden til at fortælle (Morgan 1997; Rieper 1993).

3.3.1.1 Udvalgelse af interviewpersoner

To amter – hhv. Vejle Amt og Roskilde Amt – blev udvalgt som udgangspunkt for udvælgelsen af interviewpersoner. I alt blev der gennemført 5 fokusgruppeinterviews med 3-6 deltagere i hvert interview. Samlet set er 21 praktiserende læger interviewet i de to amter (se tabel 2).

Tabel 2. Interview med praktiserende læger

Interviewene med de praktiserende læger omfatter:		
	Fokusgruppeinterviews	Interviewpersoner
Vejle Amt	3	15
Roskilde Amt	2	6
I alt	5	21

Dataindsamlingen skulle gennemføres i efteråret 2003, hvorfor det primære kriterium for udvælgelsen af amter var, at der startede kurser på apotekerne i amtet i løbet af efteråret. Apotekerforeningen leverede oplysninger om tidspunktet for afholdelsen af kurser i de forskellige amter. Derudover blev udvælgelsen baseret på forskelle i samarbejdsrelationer mellem amt, apoteker og praktiserende læger indenfor rygestopområdet. Både Vejle og Roskilde har haft et samarbejde med apotekerne omkring afholdelse af rygestopkurser siden 1999 (Forebyggelsesrådet 2003; Vejle Amt 1999). Som det fremgår af boks 1 og 2, er der imidlertid stor forskel på, i hvilket omfang de praktiserende læger er søgt inddraget som en del af de to amters forebyggelsesaktiviteter på tobaksområdet. De to udvalgte amter er eksempler på, hvordan et samarbejde omkring rygeafvænning fungerer i praksis under forskellige betingelser og aftaler. I andre amter findes helt andre modeller og samarbejdsformer

Boks 1

RYGESTOPKURSER i Vejle Amt

Amtet indgik i 1999 en samarbejdsaftale med apotekerne om rygeafvænning. Aftalen indbefatter, at rygere tilbydes individuelle rådgivningssamtaler eller gruppekurser mod en brugerbetaling på 500 kr. Til gengæld ydes der 50% tilskud til rygeafvænningsmidler under rådgivningsforløbet – Vejle Amt er det eneste amt, der har søgt og fået tilladelse til en sådan ordning i Sundhedsministeriet (Nationalt Center for Rygestop 2001; Vejle Amt 2002a). Vejle Amt er særlig interessant, fordi der i 1999 blev indgået en samarbejdsaftale mellem amtet og de praktiserende læger om forebyggelse på tobaksområdet. I aftalen opfordrede Vejle Amt de praktiserende læger til at udarbejde en rygeprofil for alle deres patienter og henvise dem, der ønsker at stoppe med at ryge, til rygestopkurser på apotekerne (Vejle Amt & Praksisudvalget 1999). Vejle Amt har desuden gennemført en surveyundersøgelse af de praktiserende lægers viden om og holdninger til rygning (Lous & Ollendorff 2003), ligesom der foreligger en evaluering af apotekernes rygestopkurser (Slot 2002).

Boks 2

RYGESTOPKURSER i Roskilde Amt

Amtet indgik i 1999 en samarbejdsaftale med apotekerne om afholdelse af rygestopkurser. Aftalen er løbende blevet forlænget, og senest er der indgået en partnerskabsaftale fra 2003-2006. Formålet med aftalen er at sikre, at borgerne får et ensartet tilbud om rygestop, at der regelmæssigt afholdes rygestopkurser, at rygestopaktiviteterne er geografisk spredt, og at fagpersoner og borgere får øget viden om rygning og rygestopområdet (Forebyggelsesrådet 2003). I modsætning til Vejle Amt er der i Roskilde Amt ikke noget videre samarbejde med de praktiserende læger på tobaksområdet. Dog udsender amtet informationsmateriale til lægerne om de eksisterende rygestoptilbud (Nationalt Center for Rygestop 2001). Der foreligger desuden en evaluering af apotekernes rygestopaktiviteter i amtet (Molzen 2001).

i forbindelse med rygeafvænning. De udvalgte amter skal således ikke betragtes som ideal-modeller for, hvordan et samarbejde bør fungere og er heller ikke repræsentative i forhold til, hvad der foregår af rygestopaktiviteter i landets øvrige amter. De to amter bør i stedet betragtes som cases, der kan give nuanceret og detaljeret viden om, hvordan aktører agerer og interagerer indenfor deres egne rammer under forskellige betingelser (Maalø 1996).

Udvælgelsen af interviewpersoner er foregået på baggrund af oplysninger fra amternes forebyggelseskonsulenter samt kontakt til lægekredsforeninger, praksisudvalg og efteruddannelsesvejledere for de praktiserende læger i de to amter. Hensigten har været at etablere fokusgrupper med en bred sammensætning af læger, hvad angår interesseområder, geografisk spredning og praksisform (solo- og kompagniskabspraksis). Formålet var at få en mangfoldighed af perspektiver og erfaringer med forebyggelse af tobaksrygning samt anvendelsen af apoteksbaserede rygestopkurser repræsenteret i interviewene. I tabel 3, side 38 ses en oversigt over sammensætningen af interviewpersoner i de 5 interviews.

Tabel 3. Fokusgruppeinterview

Sammensætningen af fokusgruppeinterviews		
Vejle Amt	Interview 1 & 2	2 x 6 læger fra samme 12-mandsforening ³⁶
	Interview 3	2 læger fra samme kompagniskabspraksis 1 læge fra solo-praksis
Roskilde Amt	Interview 4	3 læger fra samme kompagniskabspraksis
	Interview 5	2 læger fra samme kompagniskabspraksis 1 læge fra solo-praksis

Mange af de læger, som blev kontaktet med henblik på deltagelse i interview, følte sig meget tidspressede, og ønskede derfor ikke at deltage, selvom de måske fandt undersøgelsen relevant. Det kan medføre en bias i undersøgelsen, idet de læger, der indvilligede i at bliver interviewet, muligvis er særligt engagerede i problematikker på tobaksområdet. De mindre engagerede er derimod kun repræsenterede i begrænset omfang. I de to interviews med medlemmer af en 12-mandsforening i Vejle Amt, må der dog forventes at være en forholdsvis bred repræsentation af lægestanden i det pågældende område.

3.3.1.2 Interviewguide og analytisk bearbejdning

Inspireret af eksisterende litteratur om danske praktiserende lægers handlinger og holdninger til rådgivning om rygning og rygeafvænning, er der udarbejdet en interviewguide (bilag 7.2). Guiden består af temaer, der havde til formål at indkredse:

- praktiserende lægers opfattelse af deres rolle overfor patienter, der ryger
- lægernes handlinger og erfaringer i forhold til at rådgive om rygning og rygeafvænning
- hvordan lægerne forholder sig til og anvender apotekernes rygestopkurser
- de praktiserende lægers opfattelse af nationale myndigheders forventninger til lægerne i forbindelse med forebyggelse på tobaksområdet.

Interviewguiden blev ikke fulgt stringent, da det var væsentligt at forfølge og spørge uddybende ind til de praktiserende lægers egne perspektiver og udsagn. Interviewguiden fungerede nærmere som tjekliste i forhold til at få belyst de tidligere nævnte emner.

Bearbejdningen af interviewdata bestod først og fremmest i at transskribere interviewene, som var optaget på minidisk. Under transskriberingen blev der

³⁶ 12-mandsforeninger er et kollegialt fora, der består af ca. 12 praktiserende læger indenfor et afgrænset geografisk område.

foretaget en læsevenlig bearbejdning, dog uden at indhold eller mening blev ændret, idet nogle vendinger eller sætningskonstruktioner i talesprog, kan være svære at forstå i skriftsprog. På baggrund af dette interviewmateriale blev der foretaget en meningskondensering. Dernæst blev det bearbejdede interviewmateriale kategoriseret i temaer, som udtrykte det, der dominerede de enkelte betydningsenheder på tværs af interviewene (Kvale 1998). Disse temaer strukturerede den skriftlige fremstilling af analysen.

De praktiserende lægers udsagn analyseres ud fra de tidligere præsenterede tilgange til forebyggelse, ligesom Prochaska et al.'s motivationsstadier (jf. afsnit 2.3.2.2) er anvendt til at analysere, hvilken betydning patientens motivationsstadier har for lægernes aktivitet i forbindelse med rygeafvænning. Med henblik på at knytte mere generelle perspektiver til analyseresultaterne afsluttes analysen med at anskue lægernes udsagn ud fra Lipskys implementeringsteoretiske tilgang.

3.3.2 Feasibility-studier

Med henblik på at få indblik i de praktiske forhold omkring et nærmere samarbejde mellem de apoteksbaserede rygestopkurser og de praktiserende læger, er der gennemført skriftlige og mundtlige feasibility-studier. Et feasibility-studie består i at afprøve en given foranstaltning af f.eks. teknisk eller arbejdsorganisatorisk karakter i en afgrænset periode. I dette studie består feasibility-studierne i at afprøve, hvorvidt det er praktisk gennemførligt at invitere patienter til konkrete rygestopkurser via den praktiserende læge. Der er gennemført feasibility-studierne af hhv. skriftlig og mundtlig invitation. Udover at belyse gennemførligheden heraf er formålet endvidere at vurdere den potentielle rekrutteringseffekt til rygestopkurserne, samt hvilke muligheder og barrierer der viser sig i den givne kontekst. Derudover er feasibility-studierne en måde at undersøge, hvorvidt en populationsbaseret tilgang til forebyggelse af tobaksrygning fungerer i almen praksis. Studierne er nemlig baseret på henvendelse til samtlige rygere, der konsulterer lægen i den periode, studiet forløber.

Feasibility-studiet af *skriftlig invitation* består konkret af, at den praktiserende læge i en periode svarende til en arbejdsuge (5 dage) udleverer skriftligt materiale om rygning og rygestopkurserne til de rygere, der kommer til konsultation hos lægen. Materialet består af:

- et brev, hvor patienten opfordres til at kontakte lægen, hvis vedkommende overvejer at holde op med at ryge eller at melde sig på et rygestopkursus på et nærliggende apotek. I brevet er starttidspunkter opgivet samt et telefonnummer til det pågældende apotek (se bilag 7.3)
- foldere om rygning og rygeafvænning hhv. 'Rygestop-guiden' (Tværmose et al. 2003) og apotekernes brochure 'Rygestop' (Apotekerne i Danmark 2001)

- foldere om konkrete rygestopkurser på nærliggende apoteker (individuelt og gruppebaseret)
- en tilmeldingsblanket til aktuelle rygestopkurser.

Idéen bag feasibility-studiet af *mundtlig invitation* er, at den praktiserende læge i en periode svarende til en arbejdsuge (5 dage) spørger samtlige patienter, der kommer til konsultation, om deres rygevaner. Hvis patienten er ryger, diskuteres patientens rygevaner og interesse for at holde op. Hvis hjælp til rygestop er relevant, og patienten udviser interesse herfor, anbefales patienten at starte på et rygestopkursus. Der laves en konkret aftale med lægen, og patienten har mulighed for at booke sig ind på konkrete rygestopkurser hos sekretæren. De patienter, som udviser interesse for et rygestopkursus, men ikke ønsker at tilmelde sig et kursus, får en konvolut med samme materiale, som beskrevet i feasibility-studiet af skriftlig invitation (se bilag 7.4).

I udgangspunktet var det hensigten at gennemføre feasibility-studier af hhv. skriftlig invitation med 2-4 læger og mundtlig invitation med andre 2-4 læger i Vejle og Roskilde Amt. Det lykkedes imidlertid kun at få en aftale om mundtlig invitation med én praktiserende læge i Vejle Amt. På baggrund af en personlig kontakt mellem én fra projektgruppen og en praktiserende læge i Frederiksborg Amt blev der her skabt kontakt til to lægepraksisser, som indvilligede i at gennemføre den skriftlige invitation (se tabel 4). I modsætning til Roskilde og Vejle Amt er der i Frederiksborg Amt ikke etableret et formelt samarbejde mellem amt og apotek. Som det fremgår af boks 3 på side 41, er samarbejdet mellem amtet, apoteker og praktiserende læger i Frederiksborg Amt imidlertid også begrænset.

Tabel 4. Feasibility-studier

Feasibility	Amt	Praksisform	Dage	Involverede	Interview
Skriftlig	Frederiksborg	Solo-praksis	5	1 læge, 1 sekretær	Interview S1
		Kompagniskabspraksis med 4 læger	4	3 læger ³⁷ , 1 sekretær	Interview S2
Mundtlig	Vejle	Kompagniskabspraksis med 5 læger	5	1 læge, 1 sekretær	Interview M

Gennemførelsen af feasibility-studierne er baseret på, at et eller flere apoteker i de pågældende lægers optageområde har indvilliget i at deltage i studiet i forhold til at opsamle eventuelle telefoniske eller skriftlige tilmeldinger. To apoteker i Vejle Amt og et i Frederiksborg Amt var involverede. Apoteket i Frederiksborg Amt havde oprindeligt ikke planlagt gruppekurser i efteråret. Men i forbindelse med dette studie, blev et sådant kursus udbudt.

RYGESTOPKURSER i Frederiksborg Amt

Amtet har ikke pt. noget videre samarbejde med apotekerne på rygestopområdet. Derimod er der på tre af amtets sygehuse oprettet rygestopklinikker, hvor personale, patienter og borgere har mulighed for at deltage i gratis rygestopkurser – både i grupper og individuelt (Nationalt Center for Rygestop 2001). I 2003 er der igangsat et projekt, der har til formål at styrke de regionale rygeafvænningsstilbud overfor den brede befolkning, gravide, unge og rygende sygehuspatienter. I den forbindelse sættes der på at inddrage aktører i sygehusvæsenet, almen praksis og tandlægepraksis, ligesom primærkommunalt sundhedspersonale og apoteksvæsenet tænkes inddraget. I forhold til den brede befolkning er planen at igangsætte en målrettet oplysnings- og efteruddannelseskampagne blandt de praktiserende læger m.h.p. at styrke lægerne i at afdække behov og motivation for hjælp til rygeafvænnings og henvise til relevante rygeafvænningsstilbud (Nygård 2003).

3.2.2.1 Indsamling og bearbejdning af feasibility-data

Under og efter de enkelte studier har projektgruppen løbende haft kontakt med de involverede apoteker med henblik på at samle op på eventuelle tilmeldinger. Efter gennemførelsen af feasibility-studie er de involverede parter i de enkelte lægepraksis desuden blevet interviewet med henblik på at opsamle erfaringer og problemer, som var opstået under forløbet.

Til disse interviews blev der udarbejdet en interviewguide (se bilag 7.5 og 7.6) tematiseret ud fra følgende emner:

- De involverede parters hidtidige praksis på tobaksområdet.
- Beskrivelse af de praktiske forhold omkring gennemførelsen af feasibility-studiet.
- Oplevelser og vurderinger i forbindelse med feasibility-studiet samt fremtidige perspektiver

De tre interviews blev transskriberet. I lighed med fokusgruppeinterviewene blev feasibility-interviewene kategoriseret ud fra gennemgående temaer i interviewene. Denne kategorisering tog udgangspunkt i lægernes og sekretærernes egne oplevelser og beskrivelser i forbindelse med at opfordre patienter mundtligt eller skriftligt til at deltage i et rygestopkursus.

³⁷ Det var primært én af lægerne, som var involveret i studiet, men de 2 øvrige læger havde givet tilsagn om, at de også var indstillede på, at det skriftlige materiale blev udleveret til deres patienter. I et efterfølgende interview, der havde til formål at indfange erfaringerne med den skriftlige invitation, deltog kun én af lægerne

4. Analyse og resultater

I det følgende præsenteres MTV'ens resultater. Først præsenteres økonomiperspektivet gennem en kort litteraturgennemgang, dernæst præsenteres patientperspektivet gennem analyser af surveyundersøgelse og til sidst præsenteres organisationsperspektivet gennem analyse af de gennemførte fokus-gruppeinterview og feasibility-studier.

4.1 Økonomiske analyser af apoteksbaserede rygestopkurser

Der er i litteratursøgningen ikke fundet nogen sundhedsøkonomiske analyser af danske apoteksbaserede rygestopkurser.

Der er publiceret én dansk sundhedsøkonomisk analyse af rygestopforsøg, som mere generelt søger at analysere effekten af rygestop (Aagren 2003). Denne analyse bør nok ikke betragtes som et forsøg på præcist at estimere effekterne af konkrete rygestopinterventioner i Danmark, men mere som en beregning, der giver en indikation af, hvad der kunne tænkes at være mulige effekter af rygestopinterventioner i Danmark. Resultaterne af analysen er, at ét rygestopforsøg hos en 35-årig ryger koster ca. 5.700 kr. og resulterer i forventet restlevetidsgevinst på 0,4 til 1,1 leveår og et omkostnings-effekt forhold på ca. 40.000 kr. per (diskonteret) vundet leveår. Forfatteren konkluderer på den baggrund, at omkostningen for den længere levetid er lav i forhold til andre behandlinger. Når der indregnes forventede besparelser i form af direkte omkostninger i sundhedsvæsenet og indirekte omkostninger, bliver rygestop samlet set omkostningsbesparende.

Den konkrete rygestopintervention er ikke klart defineret, men synes at være en intervention bestående af rådgivning i form af 13 konsultationer og 8 telefonkonsultationer hos alment praktiserende læge kombineret med nikotinplaster og/eller Bupropion. Rapporten er på en række områder ikke tilstrækkeligt klar og transparent til, at kvaliteten af analysen kan vurderes. De i analysen anvendte rygestoprater er ikke baseret på en systematisk vurdering af al tilgængelig evidens, men kun på ét amerikansk kontrolleret studie, der tilsyneladende ikke foregår under betingelser, der svarer til typiske danske forhold.

Konklusionerne i den danske undersøgelse er i overensstemmelse med analyser fra udlandet. Et systematisk review af sundhedsøkonomiske analyser af rygestopinterventioner konkluderer, at rygestopinterventioner er relativt omkostningseffektive. (Song et al. 2002; Woolacott et al. 2002). Konklusionerne fremgår af boks 4 på side 43.

Boks 4

KONKLUSION fra et systematisk review af sundhedsøkonomiske analyser af rygestopinterventioner

“Uanset hvilke metoder og antagelser der er anvendt, så indikerer både resultaterne af eksisterende økonomiske evalueringer og modellen, der er udviklet i dette review, konsekvent at rygestopinterventioner, der inkluderer nikotinerstatning og/eller Bupropion (depottabletter), er relativt omkostningseffektive, når der ses på omkostninger per vundet leveår. Selv under de mest ugunstige antagelser (worst-case) er estimaterne for omkostningseffektivitet bedre end for mange andre medicinske interventioner.” (Woolacott et al. 2002: 67 – frit oversat).

To britiske og en amerikansk analyse har evalueret omkostnings-effektivitet specifikt for apoteksbaserede rygestopinterventioner og rapporterer omkostninger per vundet leveår på hhv. ca. 2.200-8.500 kr. (Crealey et al. 1998), ca. 900 kr.³⁸ (Sinclair et al. 1999) og ca. 4.500-8.800 kr. (Tran et al. 2002)³⁹. Det er en politisk beslutning om en “pris” for et vundet leveår i denne størrelsesorden – ca. 1000 til 10.000 kr. per vundet leveår – er acceptabel, og dermed om der skal anvendes offentlige midler til apoteksbaserede rygestopinterventioner. Det ses dog næsten aldrig, at politikere eller offentlige institutioner klart melder ud, hvor meget de er villige til at betale for vundne leveår. For at sætte omkostningseffektiviteten af rygestopinterventioner i perspektiv kan man se på, hvilken pris man faktisk betaler for vundne leveår, når der fra politisk eller administrativt hold indføres nye behandlinger eller forebyggende interventioner.

Det engelske National Institute for Clinical Excellence (NICE) vurderer nye medicinske teknologier og giver anbefalinger, der for det engelske sundhedsvæsen (NHS) har bindende karakter. En statistisk analyse af de anbefalinger, som NICE har givet, indikerer, at man i England reelt opererer med en tærskelværdi for nye teknologiers omkostningseffekt-forhold på omkring 0,4-0,6 millioner kroner per vundet kvalitetsjusteret leveår (Devlin & Parkin 2004). Oversat til almindeligt dansk betyder det, at det er overvejende sandsynligt, at en ny teknologi bliver anbefalet, hvis dens omkostningseffekt-forhold er under tærskelværdien, og omvendt at det er overvejende sandsynligt, at en teknologi ikke bliver anbefalet, hvis dens omkostnings-effekt forhold er over tærskelværdien.

Sammenlignes apoteksbaserede rygestopinterventioners omkostningseffekt-forhold på 1.000-10.000 kr. per vundet leveår med den engelske tærskelværdi på 0,4-0,6 millioner kroner per vundet (kvalitetsjusteret) leveår ses det, at apoteksbaserede rygestopinterventioner er væsentligt mere omkostningseffektive

³⁸ Vundne leveår er ikke diskonteret.

³⁹ Her og i det foregående er beløb konverteret med gennemsnitlige valutakurser fra maj 2004 (www.nationalbanken.dk). Beløbene i originalvalutaer er hhv. 196-772 GBP 83 GBP (Crealey et al. 1998) 83 GBP (Sinclair et al. 1999) og 720-1418 USD (Tran et al. 2002).

end den engelske tærskelværdi for at anbefale nye interventioner⁴⁰. Det gennemsnitlige omkostningseffekt-forhold for teknologier, der blev anbefalet af NICE var 0,2 millioner kroner per vundet kvalitetsjusteret leveår, og 0,75 millioner kroner per vundet kvalitetsjusteret leveår for de teknologier, der ikke blev anbefalet⁴¹. Apoteksbaserede rygestopinterventioner er altså væsentligt mere omkostningseffektive end gennemsnittet af de interventioner, der blev anbefalet indført i England af NICE⁴².

4.4.1 Konklusion

Der er ikke gennemført sundhedsøkonomiske analyser af danske apoteksbaserede rygestopkurser. Udenlandske analyser viser, at apoteksbaserede rygestoptilbud og andre typer af rygestoptilbud er omkostningseffektive set i forhold til mange andre behandlings- eller forebyggelsesinterventioner.

4.2 Efterspørgsel efter rygestopkurser i apoteksregi

De følgende analyser er foretaget på baggrund af surveyundersøgelsen (se afsnit 3.2). Inden den egentlige analyse gives en kort præsentation af respondenternes svar på undersøgelsens spørgsmål. Herefter foretages separate logistiske regressioner: en analyse af interessen for rygestopkurser blandt samtlige rygere, en analyse af hvem der vil deltage i rygestopkurser blandt hverdagsrygere og til sidst en analyse af hverdagsrygernes betalingsvilje i forhold til apoteksbaserede rygestopkurser.

4.2.1 Surveyundersøgelsens overordnede resultater

Af de 5.004 respondenter der kunne kontaktes per telefon, blev der opnået besvarelser fra 4.027 personer, hvilket svarer til en svarprocent på 81. De primære årsager til bortfald har enten været, at respondenterne ikke ønskede at deltage i surveyundersøgelsen (9%), eller at de ikke var til at træffe i den periode, der var afsat til undersøgelsen (5%).

Gruppen, der blev opnået svar fra, adskilte sig ikke væsentligt mht. køn og alder fra befolkningen (15-74 årige). Andelen af kvinder var 52,5% mod 49,8% i befolkningen (Statistikbanken 2004). Gennemsnitsalderen var 44 år mod 43,1 år i befolkningen. Der var en svag tendens til, at personer mellem 20 og 26 år var underrepræsenteret, og omvendt at personer mellem 52 og 64 år var let overrepræsenteret blandt respondenterne.

⁴⁰ Faktisk er den reelle forskel større, idet NICE primært har vurderet omkostninger per vundet *kvalitetsjusteret* leveår, mens undersøgelserne af apoteksbaserede rygestopinterventioner angiver omkostninger per vundet leveår. Da rygestop ud over at forlænge restlevetiden også forbedrer livskvaliteten pga. undgået sygdom, vil omkostningerne per vundet kvalitetsjusteret leveår være lavere end omkostningerne per vundet leveår for apoteksbaserede rygestoptilbud. Der er derfor tale om et konservativt skøn for forskellen i omkostningseffektivitet.

⁴¹ Beregningerne er baseret på tabel 3 i NICE-artiklen (Devlin & Parkin 2004). Beløbene er konverteret med gennemsnitlige valutakurser fra maj 2004 (www.nationalbanken.dk).

⁴² Baseret på ovenstående tal er apoteksbaserede rygestopinterventioner i størrelsesordenen 40 til 600 gange mere omkostningseffektive end den engelske tærskelværdi for at anbefale nye interventioner. Apoteksbaserede rygestopinterventioner er i størrelsesordenen 20 til 200 gange mere omkostningseffektive end gennemsnittet af de interventioner, der blev anbefalet indført i England af NICE.

Blandt de adspurgte var 31% rygere og 69% ikke-rygere (se tabel 5). Denne andel af rygere er omtrent den samme som i PLS Rambølls undersøgelse af danskernes rygevaner, hvor der var 30% rygere og 70% ikke-rygere i en population på 3.127 personer (PLS Rambøll 2003).

Tabel 5. Rygning, alle svarpersoner

Rygerstatus	Frekvens	Procent
Ja, jeg ryger hver dag	1141	28,3%
Ja, jeg ryger mindst en gang om ugen	71	1,8%
Ja, men jeg ryger sjældnere end hver uge	35	0,9%
Nej, jeg er ikke-ryger	2780	69,0%
Total	4027	100%

Det er kun rygerne, i alt 1.247 respondenter, der har besvaret surveyundersøgelsens spørgsmål. I de foretagne analyser er rygerne blevet kategoriseret som hhv. hverdagsrygere og lejlighedsrygere (se tabel 6). Hverdagsrygerne er de rygere, der har angivet at de ryger hver dag, mens lejlighedsrygerne er de rygere, der enten ryger mindst en gang om ugen eller sjældnere end hver uge.

Tabel 6. Rygning – kategoriseret (kun rygere)

Rygerstatus	Frekvens	Procent
Hverdagsryger	1141	91,5%
Lejlighedsryger	106	8,5%
Total	1247	100%

Som det ses af tabel 7, er rygerne i surveyundersøgelsen mellem 14 og 74 år⁴³, og der er en ligelig fordeling mellem mænd og kvinder.

Tabel 7. Rygernes køns- og aldersfordeling

Variabel	Minimum	Maksimum	Gennemsnit	Total (n)
Alder	14	74	44	1247
	Svarkategori	Antal	Procent	
Køn	Kvinde	626	50,2%	
	Mand	621	49,8%	
	Total	1247	100%	

I tabel 8 (se næste side) præsenteres de 1.241 rygernes svarfordeling på surveyundersøgelsens øvrige spørgsmål.

⁴³ Der er i alt 8 personer, heraf en ryger, som har angivet deres alder til 14 år, selvom stikprøven kun indeholder personer mellem 15 og 74 år. Der er formodentlig tale om fejlrapporteringer.

Tabel 8: Rygernes svarfordeling

Spørgsmål/Variabel	Svarkategori	Antal	%		
Har du planer op at holde op med at ryge?	Ja, indenfor den kommende måned	106	8,5%		
	Ja, om 1-6 måneder	207	16,6%		
	Ja, længere ude i fremtiden	263	21,1%		
	Nej, har ikke planer om at holde op	638	51,2%		
	Ved ikke	33	2,7%		
	Total	1247	100%		
Er der på din nuværende arbejdsplads eller uddannelsesinstitution:	Fri adgang til at ryge som man vil	334	26,8%		
	Begrænset adgang til at ryge	340	27,3%		
	Meget begrænset adgang til at ryge	156	12,5%		
	Ingen adgang til at ryge indendørs overhovedet	94	7,5%		
	Ikke relevant	318	25,5%		
	Ved ikke	5	0,4%		
	Total	1247	100%		
Hvis du gennem dagspressen, ugeavisen eller på apoteket blev opmærksom på et gratis tilbud om et rygestopkursus på dit apotek, vil du så vælge at deltage i et sådant kursus?	Ja	280	22,6%		
	Nej	847	68,2%		
	Ved ikke	115	9,3%		
	Total	1242	100%		
Hvis din praktiserende læge kraftigt råder dig til at holde op med at ryge, vil du så gøre det?	Ja	895	72,0%		
	Nej	209	16,8%		
	Ved ikke	138	11,1%		
	Total	1242	100%		
Hvis din praktiserende læge kraftigt råder dig til at holde op, og samtidig tilbyder dig en plads på et gratis rygestopkursus på dit apotek, vil du så tage imod tilbuddet?	Ja	626	50,4%		
	Nej	493	39,7%		
	Ved ikke	124	10,0%		
	Total	1243	100%		
Hvis der er en egenbetaling på 500 kr. for det rygestopkursus på apoteket, som din praktiserende læge tilbyder dig en plads på, vil du så tage imod tilbuddet? (Er kun besvaret af rygere, der vil deltage i et rygestopkursus tilbudt af lægen)	Ja	424	67,8%		
	Nej	149	23,8%		
	Ved ikke	52	8,3%		
	Total	625	100%		
Hvad er det maksimale beløb, som du ville være villig til at betale for at deltage på rygestopkurset? Denne variabel er beregnet ud fra spørgsmål 8-10 (jf. afsnit 4.2.4).	0 kr. ⁴⁴	823	66,0%		
	500 kr.	232	18,6%		
	750 kr.	19	1,5%		
	1.000 kr.	106	8,5%		
	1.500 kr.	15	1,2%		
	2.000 kr.	21	1,7%		
	3.000 kr.	15	1,2%		
	4.000 kr.	2	0,2%		
	5.000 kr.	6	0,5%		
	7.000 kr.	1	0,1%		
	7.500 kr.	2	0,2%		
	10.000 kr.	4	0,3%		
	25.000 kr.	1	0,1%		
	Total	1247	100%		
Variabel	Min.	Maks.	Median	Gennemsnit	Total (n)
På en skala fra 0 til 100 – hvor 100 betyder at det er helt sikkert, at du ikke ryger ét år efter kurset, og 0 betyder, at det er helt sikkert, at du ryger ét år efter kurset – hvor sikker er du så på, at du ikke ryger ét år efter at du har gennemgået et rygestopkursus	0	100	50	46	1148

⁴⁴ Kategorien 0 kr. indeholder alle der enten har svaret, at de ikke vil deltage i et gratis rygestopkursus, alle der har svaret at de ikke ville betale 500 kr. for et rygestopkursus, samt alle der på de to spørgsmål har svaret 'ved ikke' eller 'uoplyst'.

4.2.2 Interessen for rygestop og rygestopkurser

I dette afsnit fokuseres på hverdagsrygeres og lejlighedsrygeres deltagelse i rygestopkurser, samt hvordan den praktiserende læge kan påvirke interessen for rygestop og rygestopkurser. Yderligere belyses det, hvorvidt der er størst interesse blandt rygerne for at deltage i rygestopkurser, som de ser i dagspressen eller kurser de tilbydes via praktiserende læge.

Interessen for at deltage i rygestopkurser, der ses i dagspressen, er begrænset. Blandt lejlighedsrygerne vil kun 8,5% deltage i et apoteksbaseret rygestopkursus. Blandt hverdagsrygere er interessen større – 24% af hverdagsrygerne angiver, at de vil deltage i et rygestopkursus set i dagspressen (tabel 9).

Tabel 9: Vil rygerne deltage i gratis rygestopkurser?

Spørgsmål:	Hverdagsrygere		Lejlighedsrygere	
	Ja	Total	Ja	Total
Hvis du gennem dagspressen, ugeavisen eller på apoteket blev opmærksom på et gratis tilbud om et rygestopkursus på dit apotek, vil du så vælge at deltage i et sådant kursus?	271	1136	9	106
	23,9% [21,4%;26,3%]	100%	8,5% [3%;14%]	100%
Hvis din praktiserende læge kraftigt råder dig til at holde op, og samtidig tilbyder dig en plads på et gratis rygestopkursus på dit apotek, vil du så tage imod tilbuddet?	585	1137	41	106
	51,5% [48,5%;54,4%]	100%	38,7% [29,4%;48,0%]	100%

Tal i [] er 95% konfidensintervaller

Når rygestopkurset tilbydes af en praktiserende læge, som samtidig kraftigt råder til at holde op med at ryge, er der markant større interesse for at deltage både hos hverdagsrygere og lejlighedsrygere. Blandt lejlighedsrygerne vil 39% sige ja tak til tilbudet om et rygestopkursus, hvis det kom fra den praktiserende læge. Blandt hverdagsrygerne vil 52% deltage i et rygestopkursus, hvis de fik det tilbudt af den praktiserende læge. Igen er det således hverdagsrygerne, der er mest tilbøjelige til at deltage i et rygestopkursus.

Ovenstående analyser viser, at der er tydelig forskel på lejlighedsrygere og hverdagsrygeres interesse for at deltage i rygestopkurser. Denne forskel underbygges af tidligere studier af rygestopkurser, der viser, at det primært er rygere med stærk nikotinafhængighed, der deltager i rygestopkurser (Lobato 2000). Samtidig er målgruppen for rygestopkurserne i langt højere grad hverdagsrygere end lejlighedsrygere.

En stor andel af både lejlighedsrygerne og hverdagsrygerne vil følge den praktiserende læges kraftige opfordring til rygestop. Som det fremgår af tabel 10

angiver 82% af lejlighedsrygerne, at de vil følge lægens råd om at holde op med at ryge. Blandt hverdagsrygerne angiver 72%, at de vil følge lægens råd om rygestop.

Tabel 10. Vil rygerne følge lægens råd om at holde op med at ryge?

	Hverdagsrygere		Lejlighedsrygere	
Spørgsmål:	Ja	Total	Ja	Total
Hvis din praktiserende læge kraftigt råder dig til at holde op med at ryge, vil du så gøre det?	808	1136	87	106
	71,1% [68,5%;73,8%]	100%	82,1% [74,8%;89,4%]	100%

Tal i [] er 95% konfidensintervaller

Ser vi alene på hverdagsrygerne, er det tydeligt, at interessen for at deltage i et rygestopkursus er større, hvis det bliver tilbudt af egen praktiserende læge, frem for et kursus set i dagspressen. Som tidligere nævnt angiver 23,9% af hverdagsrygerne, at de vil deltage i et kursus set i dagspressen, og 51,5% at de vil deltage i et kursus tilbudt af deres læge. Der er således 27,6% [23,8%-31,4%]⁴⁵ flere respondenter, der vil deltage i kurset, hvis det blev tilbudt af den praktiserende læge, end hvis det er et de har set i dagspressen. Forskellen er statistisk signifikant (McNemar test, $p < 0,0001$).

4.2.3 Hvad har betydning for rygestop og deltagelse i rygestopkurser?

Denne del af analysen har til formål at gå i dybden med, hvem det egentligt er, der vil deltage i rygestopkurser. Rygerne i surveyundersøgelsen bliver stillet følgende tre spørgsmål, der omhandler, hvorvidt de vil holde op med at ryge eller deltage i rygestopkurser:

- Hvis du gennem dagspressen, ugeavisen eller på apoteket blev opmærksom på et gratis tilbud om et rygestopkursus på dit lokale apotek, ville du så vælge at deltage i et sådant kursus?
- Hvis din praktiserende læge kraftigt råder dig til at holde op med at ryge, vil du så gøre det?
- Hvis din praktiserende læge kraftigt råder dig til at holde op, og samtidig tilbyder dig en plads på et gratis rygestopkursus på dit apotek, vil du så tage imod tilbuddet?

Ved hjælp af tre separate logistiske regressionsanalyser undersøges om disse tre former for accept af deltagelse i rygestop hver for sig påvirkes af alder,

⁴⁵ 95% konfidensinterval.

køn, motivation for rygestop, adgang til at ryge på arbejde/uddannelsesinstitution, samt deres egen vurdering af sandsynligheden for at holde op med at ryge og forblive røgfri via et rygestopkursus.

På baggrund af den forudgående analyse – der viser, at det er hverdagsrygerne, der udviser størst interesse i at deltage i et rygestopkursus – inkluderer vi kun hverdagsrygerne i vores logistiske regressionsanalyser. Dette valg skal yderligere ses i lyset af, at rygestopkurserne primært er rettet mod hverdagsrygere. Derudover viser flere tidligere undersøgelser, at rygere, der vælger at deltage i rygestopkurser, oftest er storrygere med stor nikotinafhængighed (Lobbato 2000).

Hverdagsrygernes køns- og aldersfordeling (tabel 11) svarer nogenlunde til fordelingen blandt alle rygerne i surveyundersøgelsen (se tabel 7, side 45).

Tabel 11. Hverdagsrygernes køns- og aldersfordeling

Variabel	Minimum	Maksimum	Gennemsnit	Total (n)
Alder	14	74	45	1141
	Svarkategori	Antal	Procent	
Køn	Kvinde	565	49,5%	
	Mand	576	50,5%	
	Total	1141	100%	

Til sammenligning er kønsfordelingen blandt hverdagsrygere i PLS Rambølls undersøgelse af danskernes rygevaner 53,6% mænd og 46,4% kvinder (PLS Rambøll 2003).

Tabel 12 (se næste side) giver et overblik over, hvordan hverdagsrygerne har svaret på de spørgsmål, der indgår i de logistiske regressionsanalyser.

Tabel 12. Hverdagsrygernes svarfordeling

Spørgsmål/Variabel	Svarkategori	Antal	%		
Har du planer op at holde op med at ryge?	Ja, indenfor den kommende måned	93	8,2%		
	Ja, om 1-6 måneder	187	16,4%		
	Ja, længere ude i fremtiden	246	21,6%		
	Nej, har ikke planer om at holde op	585	51,3%		
	Ved ikke	30	2,6%		
	Total	1141	100%		
Er der på din nuværende arbejdsplads eller uddannelsesinstitution:	Fri adgang til at ryge som man vil	313	27,4%		
	Begrænset adgang til at ryge	306	26,8%		
	Meget begrænset adgang til at ryge	139	12,2%		
	Ingen adgang til at ryge indendørs overhovedet	78	6,8%		
	Ikke relevant	300	26,3%		
	Ved ikke	5	0,4%		
	Total	1141	100%		
Hvis du gennem dagspressen, ugeavisen eller på apoteket blev opmærksom på et gratis tilbud om et rygestopkursus på dit lokale apotek, ville du så vælge at deltage?	Ja	271	23,9%		
	Nej	757	66,6%		
	Ved ikke	108	9,5%		
	Total	1136	100%		
Hvis din praktiserende læge kraftigt råder dig til at holde op med at ryge, vil du så gøre det?	Ja	808	71,1%		
	Nej	199	17,52%		
	Ved ikke	129	11,36%		
	Total	1136	100%		
Hvis din praktiserende læge kraftigt råder dig til at holde op, og samtidig tilbyder dig en plads på et gratis rygestopkursus på dit apotek, vil du så tage imod tilbuddet?	Ja	585	51,5%		
	Nej	438	38,5%		
	Ved ikke	114	10,0%		
	Total	1139	100%		
Variabel	Min.	Maks.	Median	Gennemsnit	Total (n)
På en skala fra 0 til 100 hvor sikker er du så på, at du ikke ryger ét år efter at du har gennemgået et rygestopkursus.	0	100	50	45	1052

På spørgsmålet om, hvorvidt rygerne har planer om at holde op med at ryge, søger vi at afdække, om rygerne er motiveret for rygeophør. Derfor har vi i de følgende analyser valgt at samle respondenterne i to kategorier: dem vi betragter som motiverede for rygeophør og dem vi betragter som ikke-motiverede. Variablen motivation for rygestop er defineret i tråd med den model for adfærdssændring, vi tidligere har præsenteret i afsnit 2.3.2.2. De ikke-motiverede er rygere, der befinder sig på 1. stadie, hvor rygeren enten ingen planer har om ændring, eller eventuelle planer om rygeophør ligger mere end 6 måneder ude i fremtiden. De motiverede er de rygere, der minimum befinder sig på 2. eller 3. stadie. I andet stadie har rygeren voksende ambivalens over for rygning, og planerne om rygeophør ligger indenfor 6 måneder. I tredje stadie er rygeren indstillet på, at der skal gøres noget, og planerne om rygeophør ligger indenfor en måned. Variablen motivation for rygestop er derfor konstrueret ud fra svarene på spørgsmål 4: *“Har du planer om at holde op med at ryge?”*, sådan at respondenter er kodet som motiverede, hvis de svarer, at de har planer om at holde op med at ryge indenfor den kommende måned, eller om 1-6 måneder. De, der har svaret ‘ved ikke’ på spørgsmålet om deres planer for at holde

op med at ryge, indgår ikke i analysen. Cirka en fjerdedel af hverdagsrygerne er motiverede for at holde op med at ryge (tabel 13).

Tabel 13: Hverdagsrygernes motivation for rygeophør – kategoriseret

Motivation	Frekvens	Procent
Ikke-motiveret	831	74,8%
Motiveret	280	25,2%
Total	1111	100%

Til sammenligning har vi flere motiverede hverdagsrygere end PLS Rambøll har i deres undersøgelse af danskernes rygevaner. Her er kun 18,6% af hverdagsrygerne, ud fra vores definition af motivation, motiverede for at holde op med at ryge (PLS Rambøll 2003).

I de logistiske regressionsanalyser indgår kun respondenter, der har angivet et gyldigt svar på samtlige uafhængige variable. Yderligere skal de have angivet enten “ja” eller “nej” på de afhængige variable i hver enkelt regression. Derfor varierer antallet af respondenter i analyserne fra 910-929. Som det ses af boks 5 er alle tre modelsøgninger i analysen baseret på den samme startmodel, der indeholder fem uafhængige variable. I de kommende afsnit præsenteres de endelige modeller, hvor de variable, der ikke bidrager til at forklare respondenternes svar, er udeladt⁴⁶.

Boks 5

OVERSIGT over logistiske regressionsanalyser

Der er gennemført 3 analyser. I hver analyse undersøges om én af ialt tre former for accept af rygestop (afhængige variable), kan forklares af en række faktorer (uafhængige variable). De uafhængige variable, der testes, er de samme i alle tre modeller.

Afhængige variable

- Hvis du gennem dagspressen, ugeavisen eller på apoteket blev opmærksom på et gratis tilbud om et rygestopkursus på dit lokale apotek, ville du så vælge at deltage i et sådant kursus?
- Hvis din praktiserende læge kraftigt råder dig til at holde op med at ryge, vil du så gøre det?
- Hvis din praktiserende læge kraftigt råder dig til at holde op, og samtidig tilbyder dig en plads på et gratis rygestopkursus på dit apotek, vil du så tage imod tilbuddet?

Startmodel (uafhængige variable)

- Motivation for rygestop
- Egen vurderet sandsynlighed for at holde op med at ryge og forblive røgfri via et rygestopkursus
- Adgang til at ryge på arbejdspladsen
- Køn
- Alder

⁴⁶ Dette er nærmere beskrevet i afsnit 3.2.1.

Effekten af de enkelte variable er præsenteret som odds-ratioer. For en beskrivelse af odds-ratioer se boks 6.

Boks 6

BESKRIVELSE af Odds-ratio

Odds kendes f.eks. fra hestevæddeløb og betyder sandsynligheden for, at noget sker i forhold til, at det ikke sker. I denne undersøgelse svarer 271 hverdagsrygere 'ja' til, at de vil vælge at deltage i et rygestopkursus set i dagspressen, mens 757 svarer 'nej'. Odds for at svare ja er her $271/757 = 0,36$. Odds-ratioen knyttet til en forklarende variabel, her f.eks. motivation, er odds blandt dem, der er motiveret divideret med odds blandt dem, der ikke er motiveret. En odds-ratio på én betyder at motivation ikke påvirker rygenes valg. En odds-ratio over én betyder, at der er større sandsynlighed for at sige ja til rygestopkursus, hvis man er motiveret. En odds-ratio på under én udtrykker omvendt, at der er mindre sandsynlighed for at sige ja til rygestopkursus, hvis man er motiveret. Der er gennemført 3 analyser. I hver analyse undersøges om én af ialt tre former for accept af rygestop (afhængige variable), kan forklares af en række faktorer (uafhængige variable). De uafhængige variable, der testes, er de samme i alle tre modeller.

4.2.3.1 Rygestopkursus set i dagspressen

Der er relativt begrænset interesse blandt hverdagsrygerne for at deltage i rygestopkurser, som de ser i dagspressen. Som tidligere nævnt svarer omkring hver fjerde hverdagsryger 'ja' til, at de vil deltage i et sådant kursus. I denne analyse undersøges det, hvilke faktorer der har indflydelse på, om respondenterne vil deltage i et sådan kursus. Den logistiske regression har resulteret i nedenstående model (tabel 14):

Tabel 14. Hvad har betydning for, om hverdagsrygerne vil deltage i rygestopkursus set i dagspressen? (n=921)

Variabel	Odds-ratio	95% konfidensinterval
Motivation	4,211	[3,054;5,806], p< 0,0001
Selvvrideret sandsynlighed for at kunne fastholde rygestop efter 1 år	1,077*	[1,033;1,123], p= 0,0005

** Odds-ratio for selvvurderet sandsynlighed er angivet for en ændring på 10 procentpoint.
Hosmer-Lemeshow Goodness-of-fit $\chi^2=42,1725$, $df=7$, $p<0,0001$*

Som det ses af ovenstående tabel har hverdagsrygeres motivation markant betydning for, om de vil deltage i et rygestopkursus, de har set i dagspressen. Selvvurderet sandsynlighed for at kunne fastholde rygestop efter 1 år via et rygestopkursus har også signifikant positiv effekt på interessen for deltagelse. For hver gang respondenternes egen vurderede sandsynlighed for rygeophør stiger med 10%-point, stiger odds for at deltage i et rygestopkursus set i dagspressen 1,077 gange. Det vil sige, at jo mere sikker hverdags-

rygeren er på at kunne stoppe med at ryge via et rygestopkursus, desto større er sandsynligheden for, at de vælger at deltage i et sådant kursus.

Hverken respondenternes alder, køn eller adgang til rygning på arbejdspladsen havde signifikant betydning for accepten af at deltage i et rygestopkursus set i dagspressen.

4.2.3.2 Tilbud om rygestopkursus fra praktiserende læge

Godt halvdelen af hverdagsrygerne angiver, at de ville tage imod et tilbud om et gratis rygestopkursus fra deres læge, hvis lægen kraftigt rådede dem til at holde op med at ryge. Analysen af hvilke faktorer, der har betydning for, om rygerne takker ja til et tilbud om rygestop fra den praktiserende læge, fører frem til nedenstående model (tabel 15):

Tabel 15. Hvis praktiserende læge kraftigt råder hverdagsrygeren til rygestop og tilbyder et rygestopkursus, hvad har så betydning for, om hverdagsrygerne vil deltage i rygestopkurset? (n=929)

Variabel	Odds-ratio	95% konfidensinterval
Alder	0,900*	[0,818;0,991], p=0,0318
Køn	1,266	[0,964;1,663], p=0,0898
Motivation	1,459	[1,054;2,022], p=0,0230
Selvurderet sandsynlighed for at kunne fastholde rygestop efter 1 år	1,141*	[1,098;1,186], p=0,0001

* Odds Ratio for alder er angivet for en ændring på 10 år. Odds-ratio for selvvurderet sandsynlighed er angivet for en ændring på 10 procentpoint.

Hosmer-Lemeshow goodness-of-fit $\chi^2=55,1714$, $df=8$, $p<0,0001$

Ligesom for rygestopkurser set i dagspressen har motivation og selvvurderet sandsynlighed for at kunne fastholde rygestop også statistisk signifikant betydning for, om hverdagsrygerne vil deltage i et rygestopkursus, som de får tilbudt af deres praktiserende læge. Motivation påvirker dog sandsynligheden for at sige ja mindre, end det er tilfældet for rygestopkurser, som ses i dagspressen.

Derudover har respondenternes alder også en effekt. Jo ældre respondenterne bliver, desto lavere bliver odds for, at de vil deltage i et rygestopkursus tilbudt af deres praktiserende læge. Respondentens køn indgår også i modellen, men effekten er ikke statistisk signifikant. Respondenternes adgang til rygning på arbejdsplads viste sig ikke at have betydning for deres accept af et rygestopkursus tilbudt af praktiserende læge.

4.2.3.3 Råd fra praktiserende læge om rygestop

Knap tre fjerdedele af hverdagsrygerne vil følge råd fra deres praktiserende læge om at holde op med at ryge, hvis lægen kraftigt opfordrer til, at de skal stoppe. Den logistiske regressionsanalyse af, hvilke faktorer, der har betydning for, om rygerne vil følge lægens råd, fører til nedenstående model (tabel 16):

Tabel 16. Hvad har betydning for, om hverdagsrygere vil følge et kraftigt råd fra den praktiserende læge om rygestop? (n=910)

Variabel	Odds-ratio	95% konfidensinterval
Alder	0,750*	[0,659;0,853], p<0,000
Motivation	2,576	[1,521;4,356], p=0,0004
Selvurderet sandsynlighed for at kunne fastholde rygestop efter 1 år	1,286*	[1,213;1,365], p<0,0001

* Odds Ratio for alder er angivet for en ændring på 10 år. Odds Ratio for selvvurderet sandsynlighed er angivet for en ændring på 10 procentpoint.

Hosmer-Lemeshow goodness-of-fit $\chi^2=42,7277$, $df=8$, $p<0,0001$

Igen er de samme faktorer i spil. Hverdagsrygeres motivation har en væsentlig betydning for, om de vil følge deres praktiserende læges råd om at holde op med at ryge. Hverdagsrygeres egen vurdering af deres sandsynlighed for at kunne fastholde rygestop via et rygestopkursus spiller også ind på, om de vil følge lægens råd. For hver gang den selvvurderede sandsynlighed stiger med 10 procentpoint, stiger odds for at følge lægens råd 1,286 gange.

Også alderen spiller en rolle. Jo ældre respondenterne er, desto lavere er sandsynligheden for, at de følger lægens råd om, at holde op med at ryge. Således reduceres sandsynligheden med en fjerdedel, hver gang respondenterne bliver 10 år ældre.

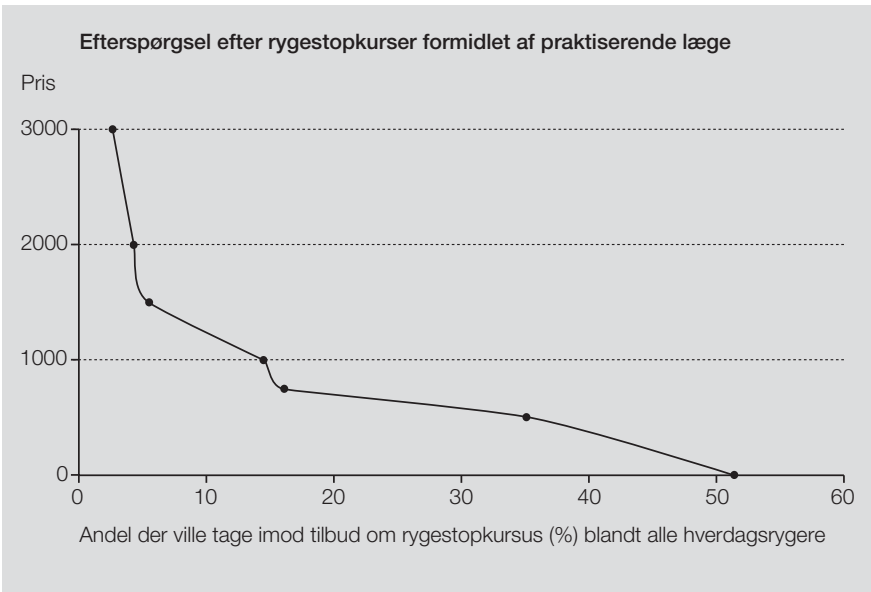
Hverken respondenternes køn eller adgang til rygning på arbejdspladsen havde betydning for, om hverdagsrygerne vil følge den praktiserende læges råd om rygestop.

4.2.4 Rygeres betalingsvilje

For at belyse rygeres hypotetiske betalingsvilje er der konstrueret en ny variabel. Betalingsvilje for et rygestopkursus er beregnet ved at kombinere svarene på spørgsmål 8-10 (jf. bilag 7.1), sådan at respondenter, der ikke vil tage imod et gratis kursus eller ikke vil betale 500 kr., er blevet tildelt en betalingsvilje på 0 kr., mens øvrige respondenter er tildelt det højeste beløb, som de i spørgsmål 9 eller 10 har angivet at ville betale. Udspørgningen om betalingsvilje gennem flere spørgsmål er designet m.h.p., at en så stor andel af respondenterne som muligt besvarer betalingsviljespørgsmålene.

Godt halvdelen af hverdagsrygerne i surveyundersøgelsen svarer, at de vil tage imod et tilbud om et gratis rygestopkursus, hvis deres praktiserende læge kraftigt råder dem til at holde op med at ryge og samtidig tilbyder et rygestopkursus på et apotek (jf. tabel 12). Hvis der er brugerbetaling på kurserne, påvirker det imidlertid antallet af hverdagsrygere, som vil tage imod tilbuddet. Hvis prisen er 500 kr. reduceres andelen, der vil tage imod tilbuddet til 35%. Hvis prisen hæves til 1.000 kr. reduceres andelen yderligere til 15%, og hvis prisen stiger til 1.500 kr. og derofter, vil 6% eller færre tage imod tilbuddet om et rygestopkursus. Sammenhængen mellem kurspris og andelen af hverdagsrygere, der vil deltage, er illustreret som en efterspørgselskurve i figur 2. Den gennemsnitlige betalingsvilje for et rygestopkursus er blandt alle hverdagsrygere 394 kr., og dette beløb er statistisk signifikant forskelligt fra nul (Wilcoxon test, $p < 0.0001$). I gennemsnit er hverdagsrygere altså villige til at betale for rygestopkurser. Det er imidlertid ikke alle hverdagsrygere, der ønsker at deltage på rygestopkurser. Hvis vi alene fokuserer på de hverdagsrygere, der har sagt ja til at tage imod et rygestopkursus tilbudt af praktiserende læge, stiger den gennemsnitlige betalingsvilje for et rygestopkursus til 768 kr.

Figur 2. Hverdagsrygernes betalingsvillighed



Note: Figuren viser af hensyn til overskueligheden ikke de 1,3% af hverdagsrygerne, som havde en betalingsvilje på over 3.000 kr.

Brugerbetaling reducerer således antallet af hverdagsrygere, som vil tage imod et rygestoptilbud tilbudt af deres praktiserende læge, selv om lægen kraftigt råder dem til rygesophør.

At stille interviewpersoner hypotetiske spørgsmål om kursusdeltagelse og betalingsvilje betyder ikke, at de nødvendigvis ville gøre, som de siger, hvis de faktisk fik valget i virkeligheden. Specielt for hypotetisk betalingsviljeafdækning er det velkendt, at der kan forventes betydelige forskelle mellem dét en person siger, han vil gøre, og det han faktisk gør (Bateman et al. 2002; Cummings et al. 1986; Mitchell & Carson 1989). Resultaterne af surveyundersøgelsen skal derfor fortolkes og anvendes med forsigtighed. Resultaterne af betalingsviljeundersøgelsen er dog i rimelig overensstemmelse med andre undersøgelser, der har søgt at vurdere holdninger til brugerbetaling for rygestopaktiviteter (Baagø 1994; Isacson et al. 1998; WHO 1997).

Ud fra klassisk økonomisk teori vil betalingsviljen afspejle rygerens samlede afvejning af fordele og eventuelle ulemper ved at deltage i rygestopkurset. Hvis fordelene samlet set er større end ulemperne, vil rygeren have en positiv betalingsvilje, og jo større nytten af rygestopkurset er, jo større vil betalingsviljen være. Hvilke ting, der faktisk indgår i rygerens afvejning af fordele og ulemper, er et empirisk spørgsmål. Man kan dog forvente, at rygeren vil lade forventede helbredsgevinster og økonomiske gevinster ved at holde op med at ryge indgå i overvejelserne. Helbredseffekterne er veldokumenterede og formodentlig kendt af de fleste rygere. De økonomiske fordele ved at holde op med at ryge er også klart gennemskuelige for rygeren. Fx vil en ryger, der ryger 20 cigaretter om dagen, kunne spare omkring 10.000 kr. om året, hvis han/hun kan holde op med at ryge. Ulemper, som rygeren muligvis tager i betragtning, er ubehag ved afvænningsprocessen, herunder rygestopkurset, og det langsigtede fravær af den nydelse som tobaksrygning giver rygeren.

Surveyundersøgelsen viser, at ca. 85% af hverdagsrygerne enten ikke ville deltage i rygestopkurser eller har en ret begrænset betalingsvilje på mellem 0 og 1000 kr. (jvf. figur 2). Der kan tænkes flere forskellige typer af forklaringer på dette resultat. Én mulig forklaring er, at ubehaget ved afvænningsprocessen og fraværet af nydelsen ved tobaksrygning tilsammen er så væsentlige ulemper, at det for rygeren næsten eller fuldstændigt opvejer de helbredsmæssige og økonomiske fordele, og derfor resulterer i ingen eller beskeden betalingsvilje for rygestopkurser. En anden mulig forklaring kunne være, at rygeren ikke har gjort sig de helbredsmæssige og økonomiske fordele klart, og dermed træffer beslutning på et ufuldstændigt grundlag.

En tredje mulig forklaring kan være, at rygeren ikke tror på, at et rygestopkursus vil gøre ham i stand til at gennemføre og fastholde et rygestop. Rygerne i surveyundersøgelsen er dog temmelig optimistiske omkring deres egen sandsynlighed for at kunne fastholde røgfrihed set i forhold til de faktiske erfaringer fra rygestopkurserne. I gennemsnit vurderer hverdagsrygerne, at de har 45% chance for at være røgfrie ét år efter et rygestopkursus.

Ud fra en samfundsøkonomisk synsvinkel vil det være fordelagtigt at gennemføre programmer, hvor betalingsviljen overstiger omkostningerne. Den gennemsnitlige betalingsvilje blandt de hverdagsrygere, der vil tage imod et rygestoptilbud formidlet af deres praktiserende læge, var i surveyundersøgelsen 768 kr. Dette tal kan ses i lyset af, at man groft kan skønne personaleudgifterne til et typisk gruppebaseret rygestopkursus i apoteksregi til omkring 540 kr. per deltager⁴⁷.

Ud fra en interventionistisk tilgang til forebyggelse (jf. afsnit 2.3.2.1) kan der argumenteres for, at når rygerne er villige til at betale et beløb i samme størrelsesorden som de direkte omkostninger, er det et yderligere argument for at intervenere for at opnå de afledte sundhedsgevinster for befolkningen.

4.2.5 Behov for kapacitetsudbygning og potentiel efterspørgsel efter rygestopkurser

Rygestopkurser kan nedbringe antallet af rygere, og udenlandske undersøgelser tyder endda på, at det kan være en meget omkostningseffektiv metode. Begge dele taler for at udvide kapaciteten, sådan at flere rygere kan blive røgfri. Spørgsmålet er dog, om der vil være tilstrækkelig efterspørgsel efter rygestopkurser – vil der komme “kunder i butikken”? Surveyundersøgelsen er derfor bl.a. tilrettelagt m.h.p. at kunne give en indikation af, hvor mange rygere der kunne være potentielle efterspørgere af rygestopkurser. Potentielle efterspørgere omfatter personer, der i surveyundersøgelsen svarer, at de – under givne omstændigheder – vil deltage i et rygestopkursus. At efterspørgslen kun er “potentiel” afspejler, at der kan være en diskrepans mellem udtrykte intentioner og faktiske handlinger. At en ryger i undersøgelsen svarer, at han vil deltage i et rygestopkursus, er ikke det samme som, at han i praksis vil deltage, hvis han faktisk får tilbudt et rygestopkursus.

Hvis målgruppen for apoteksbaserede rygestopkurser defineres som bestående primært af 15-74 årige hverdagsrygere, betyder det, at der i alt er godt 1,1 mio. personer i målgruppen⁴⁸. Ikke alle i målgruppen er dog motiverede for rygestop, og ikke alle vil ønske at anvende rygestopkurser. Da surveyundersøgelsen har vist, at 23,9% af målgruppen vil tage imod et apoteksbase-ret rygestoptilbud, som de ser i dagspressen, kan det på baggrund af undersøgelsen estimeres, at der er en potentiel efterspørgsel efter apoteksbaserede, gratis rygestoptilbud på ca. 270.000 personer. Hvis praktiserende læger kraftigt råder hverdagsrygere til at holde op, og tilbyder dem et gratis apoteksba-

⁴⁷ Beregningsforudsætninger: Gennemsnitligt 8,5 deltagere per kursus. Tidsforbrug for instruktør 12 timer + 6 timers forberedelse. Timepris for farmaceut = 255 kr. (apoteksansat farmaceut med 6 års anciennitet, en gennemsnitlig bruttoløn pr. måned inkl. pension på 35.075 DKK og en nettoarbejdstid på 137,5 time pr. måned) (Dansk Farmaceutforening 2004).

⁴⁸ Antal 15-74 årige danskere (4.065.760) gange andelen af hverdagsrygere (28,3%) = 1.132.321. Befolkningstallet er fra Danmarks Statistik pr. 1.1.2004 (Statistikbanken 2004).

seret rygestopkursus, vil 51,5% af målgruppen deltage, og den potentielle efterspørgsel kan derfor øges til ca. 580.000 personer. En brugerbetaling på hhv. 500 kr. og 1.000 kr. på dette tilbud vil dog reducere den potentielle efterspørgsel til hhv. ca. 400.000 og 160.000 personer. Surveyundersøgelsen tyder således på, at der er en betydelig *potentiel* efterspørgsel efter rygestopkurser som – afhængigt af hvordan rygestopkurset tilbydes til rygeren og om der er brugerbetaling – kan vurderes til at være i størrelsesordenen fra 160.000 til 580.000 personer.

Sammenlignet med den nuværende aktivitet på 1.500-2.000 apoteksbaserede rygestopforløb per år kan den estimerede potentielle efterspørgsel synes *meget* høj. 72% af rygerne vil holde op med at ryge, hvis deres praktiserende læge kraftigt råder dem til det, men kun godt to tredjedele af disse rygere siger i undersøgelsen, at de vil tage imod et tilbud fra lægen om et gratis rygestopkursus på apoteket. Ud fra surveyundersøgelsen data må man altså formode, at omkring en tredjedel af de rygere, der vil følge lægens råd og holde op med at ryge, vil bruge andre rygestopmetoder end apoteksbaserede rygestopkurser. I praksis er der en bred vifte af rygestopmetoder og -tilbud, og blandt eks-rygere har ¾ ikke benyttet sig af støtte/hjælp fra andre, da de holdt op med at ryge (PLS Rambøll 2003). Der er altså for rygeren mulighed for at vælge mellem forskellige rygestopmetoder. Hvis et specielt tilbud ikke er tilgængeligt, er for dyrt, eller af andre årsager ikke er attraktivt, kan rygeren således vælge et andet tilbud eller en anden metode. Hvis vi i surveyundersøgelsen samtidigt havde præsenteret rygere for flere forskellige af disse valgmuligheder, er det muligt, at færre vil vælge lige præcis apoteksbaserede rygestoptilbud. Det kan derfor ikke afvises, at den potentielle efterspørgsel, som kommer til udtryk i surveyundersøgelsen, ikke alene er efterspørgsel efter apoteksbaserede rygestoptilbud, men måske også kan fortolkes som en mere generel efterspørgsel efter forskellige rygestoptilbud.

I det afsluttende syntese-afsnit (afsnit 5.2) vil de estimerede tal for den potentielle efterspørgsel efter rygestoptilbud blive diskuteret nærmere i lyset af resultaterne fra de andre dele af rapporten.

4.2.6 Sammenfatning – resultater fra surveyundersøgelsen

Den første del af analysen viser, at 71% af hverdagsrygerne vil holde op med at ryge, hvis deres læge kraftigt råder dem til det, at langt flere rygere vil deltage i apoteksbaserede rygestopkurser, hvis deres praktiserende læge kraftigt råder til rygestop og tilbyder et gratis rygestopkursus, end hvis rygerne ser et rygestopkursus i dagspressen. Desuden er interessen for deltagelse i rygestopkurser langt større blandt hverdagsrygere end blandt lejlighedsrygere, hvilket er i tråd med målgruppen for de apoteksbaserede rygestopkurser.

Den anden del af analysen viser, at viljen til rygestop og efterspørgslen efter apoteksbaserede rygestopkurser er størst blandt de rygere, der er motiverede for rygeophør, og som vurderer, at der er en høj sandsynlighed for, at de kan holde op med at ryge, hvis de gennemfører et rygestopkursus. Når den praktiserende læge er involveret, har rygerens alder betydning, således at jo yngre rygeren er, desto mere tilbøjelig er rygeren til at følge lægens råd om rygeophør eller tage imod dennes tilbud om et rygestopkursus. Analysen har yderligere vist, at rygeforholdene på arbejdspladsen ikke har nogen signifikant betydning for accepten af at deltage i et rygestopkursus, uanset hvordan dette kursus formidles.

Den tredje del af analysen viser, at der blandt hverdagsrygerne er vilje til at betale for at deltage i et apoteksbaseret rygestopkursus. Dog reducerer brugerbetaling antallet af hverdagsrygere, der ønsker at deltage i et rygestopkursus tilbudt af egen læge.

Endelig viser undersøgelsen at der er en betydelig *potentiel* efterspørgsel efter rygestopkurser, der langt overstiger det nuværende udbud af kurser

4.3 Analyse af praktiserende lægers holdninger og handlinger

I dette afsnit præsenteres analysen af interviewundersøgelsen og feasibility-studierne. Det søges belyst, hvilke muligheder og barrierer, der eksisterer for et tættere samarbejde mellem de praktiserende læger og de apoteksbaserede rygestopkurser.

I analysen af interviewene præsenteres først lægernes opfattelse af deres rolle i forbindelse med forebyggelse på tobaksområdet, hvorefter handlinger på området belyses. Formålet med dette er at få indblik i – og en forståelse for – lægernes måde at gribe rådgivning om rygning og rygeafvænnings an på. Dette giver en baggrund for at forstå lægernes holdninger til og anvendelse af de apoteksbaserede rygestopkurser, som afrunder denne del af analysen⁴⁹. Samlet set består interviewanalysen således at tre afsnit, der hver afsluttes med en opsamling. De centrale punkter i opsamlingen er gengivet i punktform i en boks i hver delanalyse, for dem som har brug for et kort oprids.

Efter interviewanalysen præsenteres de konkrete erfaringer fra feasibility-studierne. Forløbet i både det skriftlige og mundtlige feasibility-studie formidles, og de involverede aktørers oplevelse med de to interventionsformer beskrives. Dernæst vurderes den praktiske gennemførlighed af de to feasibility-studier, og endelig evalueres den konkrete effekt af den skriftlige og mundtlige intervention.

⁴⁹ Se tabel 3 afsnit 3.3.1.1 for en oversigt over de interviews, analysen er baseret på.

4.3.1 Interviewundersøgelsen

De interviewede praktiserende læger har forskellige holdninger, interesser og oplevelser i forbindelse med at informere og rådgive om rygning og rygeafvænning. Samlet set udgør forebyggelse på tobaksområdet en lille del af de praktiserende lægers samlede arbejdsopgaver. Der er imidlertid stor forskel på, hvordan lægerne griber rygeafvænning an, og hvilke metoder de tager i anvendelse. Disse forskelligheder knytter sig ikke til, hvilket amt lægerne har praksis i, men er funderet i helt andre forhold. Derfor er de fem fokusgruppeinterview med de praktiserende læger fra både Vejle og Roskilde Amt analyseret samlet. I de få tilfælde, hvor der kan spores forskelle blandt de to grupper af læger, vil dette blive fremhævet i de enkelte afsnit.

4.3.1.1 De praktiserende lægers rolle overfor rygere

De interviewede praktiserende læger anser det som en vigtig opgave at tage rygning op med deres patienter og mener, at de som læger bør have en aktiv rolle. En af lægerne udtrykker det således:

“Lige så vel som vi argumenterer for, at patienterne skal tage deres medicin for, hvad de fejler, så er det jo lige så vigtigt at diskutere rygning – som måske er en endnu vigtigere del af en behandling indenfor visse patientgrupper end medicinen i virkeligheden er. Man kan ikke tillade sig at være passiv, hvis man vil behandle deres helbred og sygdom.” (Interview 2).

Lægerne anerkender, at de via konsultationerne har en unik mulighed for at tage rygning op og gøre patienterne opmærksomme på, hvad rygning betyder for patientens helbred og eventuelle sygdomsforløb. Som det vil fremgå af afsnittet om lægernes konkrete handlinger, er det dog primært, når en patient eksempelvis har rygerelaterede sygdomme eller kommer for at få et helbredstjek, at rygning tages op. Udover at gøre opmærksom på rygningens skadelige virkninger, er det endvidere opfattelsen hos en stor del af de praktiserende læger, at de kan medvirke til at motivere patienterne.

En enkelt læge opfatter det ikke som en egentlig lægelig opgave at få patienter til at holde op med at ryge. Som den pågældende læge beskriver i følgende citat, bliver snakken om rygning og rygeafvænning derfor ofte nedprioriteret til fordel for mere traditionelle lægelige opgaver:

“... der er ingen tvivl om, at hvis du skal have lavet en prøve, taget stingerne efter en operation, lagt en spiral eller den slags – det er lige på og hårdt. Det med at holde op med at ryge, er jo noget de selv gør der hjemme.” (Interview 4).

Den pågældende læge giver her udtryk for, at rygeafvænning hører til i privatsfæren og ikke indenfor det medicinske område. Den generelle holdning er dog, at de praktiserende læger føler, at de har ansvar og pligt til at tale om rygning med deres patienter i lyset af de sundhedsmæssige problemer, rygningen medfører.

I samtlige interviews fremhæver lægerne, at de ser deres rolle som en brik i et større spil. De anser deres påvirkning som én blandt mange andre påvirkningsfaktorer i samfundet, såsom rygestop-kampanjer, røgfrie sygehuse, dagspressen, røgfrie zoner på restauranter og advarsler på cigaret-pakkerne – faktorer der samlet set er med til at lægge pres på rygerne. De praktiserende læger oplever i den forbindelse, at folk generelt er meget bevidste om rygningens skadelige effekter. Dette vidensniveau medvirker til at støtte op om lægernes rådgivning om rygning og rygeafvænning. Lægerne mener imidlertid, at ambitionsniveauet i forhold til lægens rolle på rygeafvænningsområdet bør justeres:

“... der er jo på mange måder sket en ændret holdning til rygning. Og der er vi bare én brik i spillet. Og derfor skal vi heller ikke sætte vores ambitionsniveau efter, at det er os, der skal være den afgørende faktor, men det kan da medvirke.” (Interview 5).

I citatet antydes det, at det ikke blot er forventningerne fra andre aktører, men lige så meget lægernes egne forventninger til, hvad de kan udrette, som bør justeres. Én af lægerne giver dog udtryk for, at den praktiserende læge måske kan være den brik i det samlede billede, som kan være med til at give det sidste skub. Dette skyldes, at situationen bliver sat mere på spidsen for patienten, hvis helbredet viser sig at være truet eller måske allerede er påvirket af rygningen.

Forståelse og respekt for patienten

Selv om de praktiserende læger mener, at de bør have en aktiv rolle i forhold til at få folk til at holde op med at ryge, synes der at være en vis tilbageholdenhed på nogle punkter. Det drejer sig fortrinsvis om, at de praktiserende læger ikke ønsker at have en fordømmende rolle overfor deres patienter. I forhold til at bevare et godt og tillidsfuldt forhold til patienterne, pointerer nogle af lægerne, at det er vigtigt at respektere patienterne:

“Jeg synes man skal huske at respektere sine patienter. Når en patient bestiller en tid hos lægen, så har de en dagsorden, de kan også godt have en skjult dagsorden. Men hvis dagsordenen er fodvorter, så er det ikke altid at den skjulte dagsorden hedder: ‘Jeg har et problem med min rygning doktor’. Man skal også passe på, at man ikke bliver sådan en hellig ko, så hver gang man går til læge, så skal man høre på,

at man skal holde op med at ryge. Det er ikke synderligt befordrende for læge-patient samarbejdet. Så det er virkelig en balancegang.” (Interview 5).

Hvis en patient klart har meldt ud, at vedkommende ikke ønsker at holde op med at ryge, er det holdningen blandt en stor del af de interviewede læger, at lægen ikke går aktivt ind i det, før patienten evt. selv bringer det på banen igen. Udover respekten for patienten mener et par læger også, at det er vigtigt at have en forstående tilgang til patienter, der ryger. Derigennem har lægen bedre mulighed for at bedømme og støtte op om den motivation, patienten måtte have for at holde op med at ryge. For at kunne respektere patientens valg og beslutninger i forhold til helbred og livsstil, påpeger lægerne, at det for dem er vigtig at vide, at patienten har taget et informeret valg og således er bevidst om konsekvenserne af deres valg. Som én af lægerne påpeger:

“... patienterne skal have et besluthningsgrundlag og information om den skadelige virkning, og hvis de har et besluthningsgrundlag og siger: “Sådan er det”, så kan jeg sagtens acceptere det, og det må man jo gøre.” (Interview 1).

Lige så vel som de praktiserende læger påtager sig et ansvar for at tale om rygning med deres patienter, pålægger de også patienten et ansvar for konsekvenserne af deres livsførelse.

Lægernes udtalelser vidner om, at det er en svær balancegang at tale om rygning med patienterne, fordi der også er etiske aspekter i spil. Samtidig er lægerne også klar over, at de kan medvirke til at motivere patienterne til at ændre adfærd til gavn for helbredet, men at det kræver en god fingerspidsførmelse. Lægernes egne erfaringer i forbindelse med at tage rygning op med deres patienter synes imidlertid at indikere, at de måske er for tilbageholdende. Lægerne oplever generelt, at patienterne reagerer positivt på deres spørgsmål om rygevaner, samt at patienterne udmærket er klar over, at rygning er skadelig. Kun et par enkelte læger har oplevet, at patienterne er gået i forsvarsposition. Et par af lægerne giver selv udtryk for, at deres tilbageholdenhed måske er ubegrundet. Én af dem udtrykker det således:

“... så er vi måske også for bange for at tage rygning op (...). Altså jeg har i hvert fald hørt og ladet mig fortælle, at patienter i virkeligheden kan opleve det som en positiv ting, at lægen tager det op og snakker om det, fordi det viser interesse, og at lægen er opmærksom på risikofaktorer. Så måske har vi også nogle barrierer selv, som vi af en eller anden grund ikke er gået over eller ikke har kastet os ud over.” (Interview 5).

Samme læge påpeger, at én af barriererne kan være, at praktiserende læger er opdraget til at sætte patientens dagsorden i fokus. At ændre på patientens dagsorden under en konsultation betragtes således ikke som passende. Den pågældende læge forholder sig imidlertid tvivlende overfor, om det i virkeligheden er så grænseoverskridende for patienterne, at lægen tager rygning op ved en given lejlighed. En anden læge pointerer, at: *“Når det kommer til stykket kan det jo være, at vi har sat grænsen før patienterne selv ville sætte den.”* (Interview 4). Resultaterne af den tidligere nævnte undersøgelsen af danskerne rygevaner, støtter op om dette synspunkt, idet det viser sig, at over 70% af rygerne faktisk finder det helt naturligt, at lægen tager rygning op (PLS Rambøll 2003).

Nytter det noget?

På trods af den aktive holdning, de praktiserende læger giver udtryk for at have til forebyggelse af tobaksrygning, har lægerne forskellige meninger om effekten af deres intervention. Et par af de interviewede læger har det synspunkt, at deres rolle er overvurderet⁵⁰. Én af disse læger påpeger, at patienterne f.eks. i forhold til medicin heller ikke følger lægens råd, hvorfor det heller ikke er forventeligt, at patienterne følger lægernes råd i forbindelse med rygning. Manglende patientkompliance er således en barriere for den gennemslagskraft, de praktiserende læger oplever at have i forbindelse med rådgivning om rygning og rygeafvænning. Andre af lægerne har større tiltro til betydning af deres intervention, men fremhæver samtidig, at det ofte drejer sig om en lang proces:

“... jeg tror måske ikke, at det er fordi vi tager det op en gang, men det er måske den patient, vi snakker med nogle gange i løbet af en 10-års periode. Og så får vi nævnt det nogle gange, og så lige pludselig er patienten der. Og så kan det godt være, at vi slet ikke er involveret den dag, hvor beslutningen bliver taget, men måske det, at vi har vendt det nogle gange, gør, at nu er patienten nået dertil ikke. Så på den måde tror jeg, det har en effekt.” (Interview 5).

Én af lægerne giver endda udtryk for, at effekten ved at intervenere måske undervurderes. Pågældende læge oplevede til stor overraskelse, at en patient faktisk fulgte lægens opfordring om at holde op med at ryge. For samtlige læger er det imidlertid kendetegnende, at de prioriterer deres indsats i forhold til de rygere, hvor de oplever, at deres indsats har størst effekt. Blandt de interviewede læger er der bred enighed om, at patienter med rygerelaterede sygdomme samt gravide kvinder, er en oplagt målgruppe for lægens forebyggende indsats på tobaksområdet. Derudover er der imidlertid stor forskel på, hvilke grupper af rygere lægerne retter deres forebyggelsesindsats mod.

⁵⁰ Et Cochrane review påviser, at ganske kort rådgivning om rygestop fra lægens side har en effekt på rygestopraten om end denne effekt er forholdsvis lille (Silagy & Stead 2003).

En af lægerne betragter ikke lejlighedsrygerne som primær målgruppe – han anser ikke den gruppe for at være deciderede rygere. Dagligrygerne, som ryger over 20 cigaretter om dagen, betragter han derimod som primær målgruppe. Storrygerne har han imidlertid mere eller mindre givet op overfor, for som han selv udtrykker det: *“... storrygerne er ligeglade, for de synes, det er så uoverkommeligt at gennemføre et rygestop.”* (Interview 1). En række af lægerne fremhæver desuden, at de primært fokuserer på rygere over 30 år, fordi det efter deres opfattelser er i den alder, det for alvor bliver farligt at ryge. Desuden er det i den alder, mange af de rygerelaterede sygdomme begynder at vise sig. Den største forskel i lægernes indsatsgrupper i forbindelse med rådgivning om rygning og rygeafvænning findes i indsatsen overfor unge rygere. Nogle af lægerne mener ikke, at de har mulighed for at nå de helt unge, for det første fordi de unge konsulterer lægen meget sjældent, for det andet fordi de mener, at forebyggelsesindsatsen overfor de unge bør foregå i et andet regi – eksempelvis i skoler og ungdomsklubber. Andre læger gør særligt meget for at påvirke de unge rygere. Dette begrundes én af lægerne således:

“... grunden til jeg gør det, det er jo, fordi det er da for sent at sige det, når de er 35. Det kunne jeg da godt have sagt 15 år før, så de havde en reel chance for at smide den tobak. (...) for det er da meget nemmere at holde op, når man er tyve, end når man er blevet syg.” (Interview 2).

Samme læger tager også rygning op med rygere, der har astmatiske børn. En af de andre læger bruger p-piller som indgangsvinkel til at tage rygning op med de unge og også ældre piger. Lægen orienterer i den forbindelse om, at det er farligt at ryge, specielt når det kombineres med p-piller. Derudover tager lægen ikke yderligere initiativer, medmindre der opstår problemer på et senere tidspunkt. Som det fremgår af følgende citat synes en læge fra en anden praksis imidlertid ikke, at disse piger er særligt modtagelige for lægens information og rådgivning – dette til trods for, at han finder det yderst relevant at rette indsatsen mod de unge:

“Det er enormt træls, de her unge piger der kommer og får p-piller, der ryger hovedparten af dem. Der snakker man så om det. Men de er absolut sjældent motiveret overhovedet. Og det har noget at gøre med, at de kan holde sig slanke, og det er smart at ryge.” (Interview 3).

I lyset af de prioriteringer, som lægerne dagligt må foretage i forhold til andre arbejdsopgaver, er det på sin vis forståeligt, at de vælger at fokusere på de områder, hvor de skønner, at indsatsen har størst effekt. Spørgsmålet er imidlertid, på hvilket grundlag lægerne foretager dette skøn samt hvilke konsekvenser det har. Lægerne giver udtryk for, at de foretager et erfaringsba-

seret skøn, som i mange henseender kan betragtes som én af styrkerne ved almen praksis. Men i nogle situationer kan det måske betyde, at nogle rygere ikke får tilbudt den hjælp og vejledning, som de har brug for, til at starte et rygeafvænningsforløb.

Sammenfatning og fortolkning

Der viser sig at være ambivalens forbundet med de praktiserende lægers opfattelse af deres rolle på rygeafvænningsområdet. Lægerne mener, at de bør have en aktiv rolle, men at de samtidig udgør en brik i et større spil – ifølge lægerne er det således ikke deres indsats alene, der har betydning for, om en patient holder op med at ryge eller ej. Blandt lægerne viser sig imidlertid at være forskellige holdninger til tilgangen til forebyggelse. På nogle punkter synes lægernes udsagn at afspejle en interventionistisk tilgang til forebyggelse, idet de mener, at gøre en aktiv indsats for at motivere rygerne til at holde op med at ryge. Andre hælder mere til en liberalistisk tilgang og mener således, at det primært er patientens eget ansvar at ændre livsstil. Samlet set er lægerne dog meget opmærksomme på at respektere patienten, og er derfor tilbageholdende overfor at tage rygning op med patienter, der ikke umiddelbart ønsker at ændre på deres rygevaner. Lægerne vil med andre ord ikke indtage en moraliserende rolle, men tilstræber en mere ligeværdig relation. Et par af lægerne antyder imidlertid, at de måske i nogle situationer er for tilbageholdne overfor at tage rygning op med deres patienter. Derudover er der blandt lægerne forskellige holdninger til, hvorvidt deres intervention har en effekt eller ej. Karakteristisk er det dog, at den enkelte læge fokuserer sin indsats på de grupper, hvor han/hun oplever, at indsatsen har størst effekt.

Boks 7

OPSUMMERING af de praktiserende lægers rolle

- De praktiserende læger mener, de bør spille en aktiv rolle på rygeafvænningsområdet men mener ikke, at de alene bærer ansvaret for at få folk til at holde op med at ryge.
- Lægerne har forskellige holdninger til, hvilken tilgang de bør have til forebyggelse af tobaksrygning. Nogle anvender en interventionistisk tilgang mens andre foretrækker en liberalistisk tilgang.
- De praktiserende læger ønsker ikke at virke fordømmende overfor rygerne. Nogle læger indikerer dog, at de kan være for tilbageholdende overfor at tage rygning op.
- Lægerne fokuserer deres indsats mod de rygere, hvor deres indsats synes at have størst effekt. Lægerne har dog meget forskellige holdninger til effekten af deres intervention.

4.3.1.2 Praktiserende lægers handlinger overfor rygere

De interviewede praktiserende læger har tilsyneladende ikke en særlig systematiseret praksis i forbindelse med rådgivning om rygning og rygeafvænnning. Evidensbaseret viden synes ikke at være en parameter i udvælgelsen og anbefalingen af rygeafvænningsmetoder. Lægerne anvender vidt forskellige

metoder og redskaber, og de enkelte læger bruger også forskellige metoder fra patient til patient. Nogle har gode erfaringer med nikotinerstatningsprodukter, mens andre vægrer sig ved at anbefale det. Andre påtager sig en opfølgende rolle overfor patienter, der ønsker at stoppe med at ryge og fastsætter en stopdato, mens andre kun gør dette på opfordring fra patienten. Nogle anbefaler rygestopkurserne til deres patienter, mens andre har deres egen rygestopinstruktør. Derudover kombineres de enkelte metoder frit. Som konsekvens heraf er der stor forskel på, hvad lægerne vælger at gøre i forbindelse med rygning. Der er dog nogle overordnede kriterier, som langt de fleste læger anvender som pejlemærker for deres indsats overfor patienter, der ryger. I tråd med lægernes udtrykte holdninger tager de primært rygning op, når patienterne kommer med rygerelaterede problemer eller vurderes at være risikopatienter. Derudover individualiserer lægerne i høj grad indsatsen overfor patienter, der ønsker at holde op med at ryge, ligesom patientens motivation for rygeophør er en afgørende faktor for lægernes indsats. Disse handlekriterier uddybes i de kommende afsnit.

Hvornår er forebyggelse af tobaksrygning relevant?

Samtlige læger giver udtryk for, at de primært tager rygning op i situationer, hvor det ud fra et lægeligt perspektiv forekommer relevant. Det drejer sig om situationer, hvor patienterne kommer til lægen med rygerelaterede sygdomme herunder lungesygdomme og akutte luftvejsinfektioner, samt hvis rygningen vurderes at forværre en given sygdom. Ligeledes tages rygning op, hvis patienten samlet set vurderes at have øget risiko for at udvikle en rygerelateret sygdom. I disse sammenhænge fokuserer lægerne primært deres indsats på sekundær og tertiær forebyggelse. Derudover er helbredstjek en oplagt mulighed for at tage rygning op, ligesom hvis patienten selv tager rygning op i forbindelse med en konsultation. Sidstnævnte åbner mulighed for også at yde primær forebyggelse.

Samlet set finder de praktiserende læger det malplaceret at tage rygning op ved enhver lejlighed. Det begrundes bl.a. således:

“De fleste almindelige mennesker (...), de aner jo først alvoren, når det begynder at give nogle symptomer. Det er meget svært at forholde sig til sådan nogle ting, når man ingen symptomer har. Vi har jo bøvlnok med at få folk i blodtryksbehandling og sådan noget, for det mærker de jo heller ikke noget til.” (Interview 3).

Citatet illustrerer, at de praktiserende læger vælger indsats ud fra en vurdering af, hvilke forhold der virker befordrende for patienternes villighed til at ændre adfærd i sundere retning. Én af de praktiserende læger fremhæver, at mange forskellige sygdomme kan fungere som indgangsvinkel til at tage rygning op. Hvis en patient eksempelvis skal opereres, er det oplagt at diskutere

et eventuelt rygestop eller rygereduktion. Hvis en ryger klager over, at en sårhelingsproces går for langsom, kan det ifølge lægerne også være en indgangsvinkel til at tage rygning op. Den forebyggende indsats i forbindelse med rygning foregår således som en integreret del af de ordinære konsultationer. Bl.a. derfor er det ikke alle læger, der registrerer deciderede forebyggelseskonsultationer, da anvendelsen af de dertil hørende ydelsesnumre forudsætter, at konsultationens formål og indhold skal være aftalt på forhånd (Sygesikringens Forhandlingsudvalg & Praktiserende Lægers Organisation 2003). Et yderligere aspekt i arbejdet med forebyggelse på tobaksområdet er ifølge lægerne, at deres indsats skal prioriteres i forhold til de andre sundheds- og sygdomsmæssige problematikker, som lægerne forventes at tage sig af. Konkret beskriver en af lægerne det således:

“... når du kommer til læge, så er det et eller andet akut (...). Og der tænker jeg i øvrigt slet ikke på det at tage rygning op i den sammenhæng. For der kommer du med et defineret problem, der skal løses. Og det er tit på nogle tider, der er meget komprimerede, så der er slet ikke sat tid af til, at vi skal sidde og diskutere. (...) Vi må jo prioritere vores tid.” (Interview 3).

Et andet forhold, som tilsyneladende også spiller ind på lægernes praksis i forhold til rygeafvænning, er, at lægerne som tidligere nævnt tager udgangspunkt i patientens dagsorden. Hvis det ikke umiddelbart forekommer relevant at tage rygning op under en konsultation, kan det ifølge én af lægerne bryde logikken i konsultationen at tage rygning op:

“Det er mere trygt for patienten, hvis patienten oplever, at der er en logik i det, man snakker om. Man skal virkelig passe på, at man ikke kommer med sådan nogle mystiske udtalelser (...), hvis patienten har en dagsorden, så skal man passe på ikke at overskride det tillidsforhold, man har der.” (Interview 5).

Lægen ønsker således ikke at indtage en formynderisk rolle med et forebyggelsesbudskab, der overtræder patientens grænser.

Individualiseret rådgivning og indsats

Et gennemgående kendetegn for lægernes indsats i forbindelse med rygeafvænning er, at de i vid udstrækning tager udgangspunkt i patienternes ønsker og behov. Det forklarer én af lægerne således:

“... det er jo vidt forskelligt, fuldstændig ligesom alt muligt andet. Nogle har brug for plaster, nogle har brug for at komme herop og snakke, nogle har brug for at snakke med kæresten derhjemme, og nogle vil gerne gå med det helt alene og tage beslutningen. Det kommer fuld-

stændig an på situationen og omstændighederne. Og det handler rådgivningen da også meget om. At finde hvad der er det rigtige for den person.” (Interview 5).

Størsteparten af lægerne prøver at spore sig ind på, hvad patienten har behov for og forsøger at imødekomme disse individuelle behov. Ofte bliver det derfor patientens forslag til rygeafvænnings tiltag og -metoder, der bliver afgørende for, hvad lægen vælger at gøre. Et par af lægerne fremhæver, at de forsøger at ridse de eksisterende muligheder op, således at patienten har mulighed for at træffe et informeret valg i forbindelse med metoder til rygeafvænnning. Men herefter er det – i lighed med de andre læger – igen patientens udtrykte ønsker og behov, disse læger tager udgangspunkt i. Patientens dagsorden har således ikke kun betydning for, om rygning tages op eller ej under en konsultation, men spiller også en stor rolle i lægens arbejde med patienter, der ønsker at holde op med at ryge. Enkelte læger fremhæver imidlertid, at de ofte anbefaler nikotinerstatningsprodukter, men den anbefaling hviler hovedsageligt på et erfaringsbaseret grundlag – herunder positive tilbagemeldinger fra andre patienter. Lægerne er også åbne overfor at anbefale andre metoder – selv hypnose og akupunktur indgår i enkelte lægers forslagsrepertoire. Lægerne giver dog udtryk for, at der er stor forskel på, hvilke rygeafvænningsmetoder der virker for den enkelte patient. Derfor er en høj grad af individualisering essentiel i lægernes arbejde med rygeafvænnning.

Patientens motivation

Som et led i individualisering af rådgivningen om rygning og rygeafvænnning er det kendetegnende for de interviewede læger, at de tillægger patientens motivation stor vægt. Dette skyldes, at et succesfuldt rygeafvænningsforløb ifølge lægerne er tæt forbundet med patientens motivation. Størstedelen af lægerne prøver – via samtaler med patienterne – at få en fornemmelse for, hvilket motivationsstadium patienten befinder sig på. På baggrund af patientens motivationsniveau afvejer de praktiserende læger, hvorvidt der er grundlag for en indsats eller ej fra lægens side. Et par af lægerne beskriver det således:

“Jeg tror, rygeafvænningsmetoder virker, hvis patienten er meget motiveret, fordi så er det næsten ligegyldigt, hvad vi lægger oveni. (...) det der er alfa og omega, tror jeg, det er, at vi har en patient som virkelig er motiveret og som bestemmer: “Nu vil jeg holde op”. Så har vi noget at arbejde med. Hvis ikke vi har patienten der, så kan vi hælde Zyban på, så kan vi hælde nikotinplaster på osv.. Så hjælper det ikke et klap, og vi kan snakke selv og det hjælper ingenting.” (Interview 2).

“... hvis ikke rygerne er motiverede, så tror jeg ikke, det hjælper spor, at man begynder at snakke til dem om det. Så kan du lige så godt tage det op en anden gang. Det handler meget om, hvor de selv er henne.”
(Interview 3).

Som ovenstående citater illustrerer, foretrækker de praktiserende læger at gå aktivt ind i processen, hvis de fornemmer en klar motivation for rygestop fra patientens side. Mange af lægerne giver udtryk for, at de på forhånd vælger de rygere fra, hvor motivationen for rygestop er minimal eller helt fraværende. Det skyldes dels, at lægerne som tidligere nævnt ikke ønsker at have en for dømmende rolle overfor deres patienter, dels at lægerne fokuserer deres indsats der, hvor den har størst chance for at have en effekt. På baggrund heraf er de praktiserende læger tilbageholdende overfor at forsøge at skubbe til rygere, der ikke ønsker at ændre cigaretforbruget – det der svarer til 1. stadie i Prochaska et al.’s (1994) forandringsstadier (jf. afsnit 2.3.2.2).

I forlængelse af ovenstående skal det nævnes, at de praktiserende læger ofte oplever, at de ikke nødvendigvis er den afgørende aktør i at motivere rygere til et rygestop. Hvis folk selv bliver syge eller oplever sygdom eller dødsfald i familien eller omgangskredsen, har det ifølge lægerne ofte en stor og meget effektiv indvirkning på en rygers motivation til at holde op. Som én af lægerne påpeger i følgende citat er sådanne situationer en god indgangsvinkel til at tage rygning op:

“Til folk der får en blodprop, der kan man jo sige: “Det er ikke så godt, der er dobbelt så stor risiko for, at du får en igen, hvis du fortsætter med at ryge. Og at du kan selv bestemme, hvilken lungefunktion du vil have om 10 år.” (Interview 4).

Et yderligere perspektiv i forhold til lægernes fokusering på patientens egen motivation er, at lægerne ikke ønsker, at ansvaret for patientens problemer i relation til rygning placeres hos lægen. Dette er især én af lægerne meget opmærksom på:

*“Der er nogen, der kommer og læsser af og siger: “Nu skal du løse mit rygestop eller mit rygeproblem. Hvordan gør **du** det doktor?” og ikke “Hvordan gør **jeg** det doktor”. Og så kan jeg mærke, så bruger jeg meget energi på at holde det ovre på deres side af bordet.”* (Interview 5).

Nogle af de interviewede læger er dog af den opfattelse, at de kan medvirke til at skubbe til patienterne og derved hjælpe dem videre i den forandringsproces, det er at holde op med at ryge. Eller som én af lægerne udtrykker det: *“Det væsentligste bidrag, vi kan yde, er at prøve at få folk til at komme til den motivationsgrad, der gør, at de kan holde.”* (Interview 3).

En anden læge beskriver mere detaljeret, hvordan han griber motivationsarbejdet an:

“Jeg synes, det kører i små ryk. Man starter måske forsigtigt op med at spørge, om de ryger, om de nogensinde har holdt op eller overvejer at holde op. Og så får man en fornemmelse af, hvor de er henne i det. Og så næste gang, så er det jo så hensigtsmæssigt, at det er mig igen, og så spørger jeg måske videre til det. Hvis de helt har afvist tanken, så varer det nok lidt længere tid, inden jeg begynder at snakke om det igen. Med dem, hvor jeg kan se at jeg kunne faktisk godt holde den i gang, der holder jeg den kogende. Men stille og roligt. Ikke i store doser.” (Interview 1).

Et par af lægerne påtager sig også en opfølgende rolle. Disse læger afholder konsultationer med patienter i et rygeafvænningsforløb m.h.p. at følge op på og støtte patienten i forløbet. For den ene af lægerne drejer det sig dog primært om patienter, der – som en del af rygeafvænningen – får Zyban. Denne læge har også fokus på de patienter, for hvem det ikke lykkes at holde op med at ryge. Den pågældende læge har selv gennemgået et rygestopforløb og fortæller følgende om hendes opfølgende rolle:

“Så siger jeg også til dem, når de kommer og er rigtig kede af, at de er faldet i, at det skal de ikke være. For det er vejen mod sejr. Så de ikke går og har det så skidt. Det har de ikke så meget glæde af.” (Interview 4).

Størstedelen af de interviewede læger påtager sig imidlertid ikke en opfølgende rolle, medmindre patienten selv har ønsket det.

Samlet set har de praktiserende læger forståelse for, at patienterne kan befinde sig på vidt forskellige motivationsstadier. På den baggrund varierer lægerne deres indsats. Det afgørende for langt størsteparten af de interviewede læger er at sætte ind på et tidspunkt, hvor de vurderer, at der er størst chance for, at patienten lykkes med at holde op med at ryge. Ud fra Prochaska et al.'s (1994) forandringsstadier er det, når patienten enten overvejer ændring (stadie 2), forbereder ændring (stadie 3) eller påbegynder ændring (stadie 4). Det er kun et fåtal af de interviewede læger, der også engagerer sig i at motivere de patienter, som umiddelbart ikke er motiverede (stadie 1), ligesom få læger påtager sig en opfølgende rolle i forhold til at fastholde og vedligeholde patientens rygeophør (stadie 5).

Forventninger fra nationalt og regionalt niveau

De praktiserende læger har forskellige oplevelser af, hvilke forventninger der er til dem fra nationalt og regionalt niveau i forbindelse med forebyggelse på tobaksområdet. Nogle læger oplever et vist pres i forhold til at udføre mere

forebyggende arbejde. Som det fremgår af følgende citat, mener én af lægerne, at det samtidig anfægter lægernes grundlæggende funktion overfor borgerne:

“Jeg synes måske nok, at der sådan politisk set er et ønske om, at vi skal løse sådan nogle forebyggende opgaver i højere grad, end vi har gjort tidligere. De vil jo gerne have, vi skal specialisere os. Så kan torvet her blive rygestoplæger, og så kan vi lave det resten af vores liv. Det er sådan noget vi dør af at høre, fordi vi vil gerne være generalister, og være familielæger for alle generationer og for alle sygdomme.” (Interview 5).

En stigende forventning fra nationalt niveau om at rette forebyggelsesaktiviteter mod bestemte patientgrupper – i dette tilfælde rygerne – betragtes således som en anfægtelse af lægernes rolle som generalister.

Indførelsen af ydelsesnumre til forebyggelseskonsultationer betragter lægerne som et konkret signal fra politisk side om, at det er ønskværdigt, hvis lægerne sætter mere fokus på forebyggelse. Nogle af lægerne forsøger at registrere deres forebyggelsesaktiviteter under de pågældende ydelsesnumre med henblik på at synliggøre aktiviteten på området. De fleste læger mener imidlertid ikke, at ydelsesnumrene har betydet en øget aktivitet på området, fordi forebyggelsesaktiviteterne hidtil er foregået som en del af de almindelige konsultationer. I den forbindelse pointerer én af lægerne følgende:

“...det med at man prøver at motivere ved at give en tillægsydelse på ditten og på datten, det synes jeg er en dårlig måde at gøre det på. Fordi en lægekonsultation, det er en konsultation. Så må vi indbyrdes efteruddanne os til, at den bliver så god, som den overhovedet kan blive. Men den der specifikke registrering af alle de der tillægsydelser, det har jeg altid været imod.” (Interview1).

Samme læge anser primært ydelsesnumrene til forebyggelseskonsultationer som et redskab, politikerne kan bruge til at tjekke, hvad lægerne bruger deres tid på. Ligeledes anskuer han indførelsen af forebyggelseskonsultationer som et politisk prestigeprojekt, fordi det giver politikerne positiv omtale at sætte øget fokus på forebyggelse.

Blandt de praktiserende læger fra Vejle Amt fremstår amtet som meget aktiv på forebyggelsesområdet. Som én af lægerne udtrykker det: *“Altså vi ved i hvert fald godt, hvor vi har amtet. Når vi arbejder for at få folk til at holde op med at ryge, så arbejder vi helt klart i deres interesse.” (Interview 2).* Samtlige læger kender også samarbejdsaftalen fra 1999 mellem amtet og de praktiserende læger, hvor de praktiserende læger blev opfordret til at udarbejde en rygeprofil på samtlige patienter (Vejle Amt & Praksisudvalget 1999). Det er

imidlertid kun 3 ud af de i alt 15 interviewede læger fra Vejle Amt, som systematisk foretager denne registrering. Ifølge to af de læger, som registrerer rygestatus, er det imidlertid ikke noget de gør på amtets opfordring. Derimod er det ud fra et ønske om at få et bedre overblik over patienttyper tilknyttet praksissen. Holdningen blandt langt de fleste læger fra Vejle Amt synes at være, at initiativet omkring registrering af rygestatus var at skyde over målet. Ifølge lægerne har patientens rygestatus ikke nødvendigvis nogen relation til de problemer, patienterne kommer med, og derfor synes de ikke, det er relevant at registrere denne. I forlængelse heraf påpeger én af lægerne, at: *“det er ikke de eneste forventninger, amtet har til, hvad vi skal.”* (Interview 3). På baggrund af argumenter om relevans og prioriteringer har lægernes således nærmest boykottet amtets initiativ. Frem for at lade sig diktere af øvre instanser, foretrækker de praktiserende læger i Vejle Amt at vurdere fra patient til patient, hvad der er relevant at gøre.

Lægerne fra Roskilde Amt oplever ikke, at det fra regionalt niveau forventes, at de skal tage rygning op med samtlige patienter. Derimod oplever lægerne, at: *“... det forventes, at vi tager det op, når det er relevant, og dvs. i forhold til sygdomstilstande, hvor det har en betydning. Og det synes jeg er helt ok.”* (Interview 5). Disse forventninger passer godt ind i lægernes opfattelse af, hvilken rolle de kan spille i forbindelse med forebyggelse på tobaksområdet og har således ikke givet anledning til større diskussioner eller uenigheder.

Sammenfatning og fortolkning

Der er samlet set mange faktorer, der spiller ind på, hvordan de praktiserende læger griber arbejdet med forebyggelse på tobaksområdet an. Ligeledes er der stor forskel på, hvor aktive de enkelte læger er i forbindelse med at rådgive og intervenere overfor patienter, der ryger. Det afgørende for lægerne er, at der er konsistens og relevans forbundet med det forebyggende arbejde, de udøver på tobaksområdet. For lægerne er relevansen hovedsageligt knyttet til risikopatienter, patienter med rygerrelaterede sygdomme og helbredstjek. Ud fra et kritisk perspektiv kan lægernes handlinger tolkes som udtryk for, at de primært fokuserer på at behandle sygdomme frem for at engagere sig i sundhedsfremme og forebyggelse. Samlet set peger analysen imidlertid på, at det ikke er tilfældet. De praktiserende læger foretager forebyggelse, men der er tendens til, at lægerne koncentrerer deres indsats omkring sekundær og tertiær forebyggelse, hvorimod den primære forebyggelse har en perifer plads i lægernes arbejde.

Lægernes egne rygevaner kan også have betydning for deres rådgivningspraksis omkring rygestop. En spørgeskemaundersøgelse blandt sygehuspersonale på Frederikssund Sygehus viser, at personale, der aldrig har røget eller er eks-rygere, har et højere vidensniveau om rygningens helbredsmæssige konsekvenser og har en mere aktiv holdning til rådgivning om ændring

af livsstil end rygerne (Willaing 2000). En ældre dansk undersøgelse viser i tråd hermed, at praktiserende læger, der er ikke-rygere, er mere aktive i deres rådgivning end rygere (Christensen 1993). Individuelle rygevaner kan således være en del af forklaringen på, hvorfor nogle af de interviewede læger er mindre aktive end andre i at rådgive om rygeafvænning. Interviewdata giver desværre ikke mulighed for at afgøre, om det er tilfældet. Udover at rygning blandt lægerne kan være en barriere for rådgivning om rygning, rejser det tilfældige spørgsmål om lægernes troværdighed overfor de patienter, de råder til at holde op med at ryge.

De interviewede praktiserende læger tager afstand fra at anvende en populationsbaseret tilgang til forebyggelse. Afhængig af patientens henvendelsesårsag, motivation for at ændre rygevaner og situation generelt individualiserer lægerne den forebyggende indsats på tobaksområdet. Spørgsmålet er imidlertid, om den filtrering, som lægerne foretager, når de på den måde differentierer deres indsats, altid er hensigtsmæssig. Hvis lægerne er tilbageholdne med at bryde patientens dagsorden, kan det sortere nogle rygere fra, som måske er motiverede for et rygestop, men ikke giver udtryk for det. Det kan med andre ord diskuteres, om de praktiserende læger i nogle situationer bør revurdere deres opfattelse af, hvad patienterne finder acceptabelt at tage op under en konsultation. På den anden side kan der argumenteres for, at det netop er lægernes styrke, at de har mulighed for at fange rygerne på et tidspunkt, hvor der er opstået helbreds-mæssige problemer. I sådanne situationer vurderes rygere at være langt mere motiverede for at iværksætte livsstilsændringer, hvilket øger chancerne for, at en indsats fra lægens side bærer frugt (Green & Kreauter 1999; Olesen & Lous 2001). Lægerne kan med andre ord sætte præcist og målrettet ind overfor rygerne i en grad som eksempelvis forebyggelseskampagner ikke kan. Det kræver blot, at lægerne har et bredt kendskab til forskellige rygeafvænningsmetoder og – tilbud. Det er i den forbindelse væsentligt at bemærke, at lægernes indsats overfor rygere primært er funderet på erfaringsbaseret viden – dette til trods for, at der faktisk eksisterer evidensbaseret viden om effekten af forskellige rygeafvænningsmetoder (Anderson et al. 2002; Harrington 2001; Raw et al. 1999; Sundhedsstyrelsen 2003).

Hovedparten af de interviewede læger synes at foretrække en liberalistisk tilgang til forebyggelse på tobaksområdet, idet de er opmærksomme på at placere ansvaret hos patienterne selv. Dette skal ses i lyset af, at lægerne lægger stor vægt på at have god kontakt med deres patienter. De ønsker ikke at have en fordømmende rolle overfor deres patienter, og derfor kan det være en svær balancegang, at gå aktivt ind i at motivere patienter til at holde op med at ryge. Lægerne er derimod mere aktive, når de fornemmer en klar motivation hos patienterne. Det er primært også den gruppe af rygere, som de apoteksbaserede rygestopkurser henvender sig til. Lægernes sorterings-

kriterie synes således at være i apotekernes interesse. Nogle af lægerne går mere interventionistisk til værks. De forsøger at motivere patienter til rygestop og fungerer som katalysator for den forandringsproces, rygerne gennemgår i forbindelse med et rygestop.

Overordnet har lægerne en pragmatisk holdning til en forventning fra nationalt og regionalt niveau om at være mere aktive i forebyggelsen af tobaksrygning. På regionalt niveau er specielt lægerne fra Vejle Amt skeptiske overfor amtets initiativ om udarbejdelse af rygeprofiler, fordi initiativet ikke går i spænd med lægernes måde at gribe forebyggelse af tobaksrygning an på. Generelt synes lægerne at værne om autonomien i deres lægegerning, og det kan måske forklare denne skepsis. En opfordring til de praktiserende læger om at gøre mere for forebyggelsen af tobaksrygning end de gør, kan indirekte opfattes som en anfægtelse af lægernes prioriteringer og dermed deres faglighed, og det får lægerne til at gå i forsvarsposition. Lægerne i Roskilde Amt er ikke i samme grad på barrikaderne, men her føler lægerne heller ikke, at der bliver stillet urealistiske krav til dem. Samlet set oplever lægerne i både Vejle og Roskilde Amt dog, at der er mange andre forventninger til, hvad de – udover forebyggelse – skal bruge deres tid på. Derfor føler lægerne sig nødsaget til at prioritere ud fra kriterier om relevans og det praktisk mulige. Derudover er der forskel på, hvor meget den enkelte læge interesserer sig for området, hvilket også har indflydelse på den daglige prioritering.

Boks 8

OPSUMMERING af de praktiserende lægers handlinger

- Evidensbaseret viden synes ikke at være et kriterium for lægernes valg af rådgivnings- og rygeafvænningsmetoder – den erfaringsbaserede viden har langt større betydning. Lægerne anvender følgende kriterier i forbindelse med patienter, der ryger:
 - Forebyggelsesindsatsen prioriteres i forhold til andre sundheds- og sygdomsmæssige problematikker. Lægerne tager primært rygning op, hvis det har relevans i forbindelse med konsultationen (rygerrelaterede sygdomme, risikopatienter eller helbredstjek). Lægerne afstår således fra at yde primær forebyggelse.
 - Den forebyggende indsats individualiseres. Lægerne tager primært udgangspunkt i patientens ønsker og behov, og tager dermed decideret afstand fra en populationsbaserede tilgang.
 - Hovedparten af læger går først aktivt ind i forebyggelsesarbejdet, når patienten er motiveret for rygestop.
- I konkrete handlinger har størstedelen af lægerne en liberalistisk tilgang til forebyggelse af tobaksrygning, idet de placerer ansvaret for rygeafvænningen hos patienten. Enkelte læger forsøger også at motivere patienterne til rygestop.
- Oplevelsen af forventninger fra nationale/regionale myndigheder er forskellige. I Vejle Amt vurderer lægerne, at der er urealistiske forventningerne til deres indsats. Lægerne i Roskilde Amt oplever ikke noget særligt forventningspres fra amtsligt niveau.

4.3.1.3 Anvendelse af apotekernes rygestopkurser

I lægernes beskrivelse af deres arbejde med forebyggelse af tobaksrygning var det meget få, der uopfordret nævnte de apoteksbaserede rygestopkurser som led i deres indsats overfor rygere. Det indikerer, at de apoteksbase-rede rygestopkurser ikke fylder særlig meget i de praktiserende lægers verden, når det drejer sig om forebyggelse på tobaksområdet. Når lægerne blev spurgt mere direkte om de apoteksbaserede rygestopkurser, var de fleste dog bekendt med kursernes eksistens. Som sådan betragter lægerne de apoteksbaserede rygestopkurser som et udmærket tilbud til nogle af de patienter, som ønsker at holde op med at ryge. Det er primært de gruppebase-rede kurser, som indgår i de praktiserende lægers billede af apotekets ryge-stoptilbud. I udgangspunktet har det også være den kursusform, apotekerne oprindeligt startede med at udbyde (WHO 1997). Lægerne finder det positivt, at der findes et tilbud til de patienter, som har brug for støtte og forståelse fra andre i samme situation og kan have gavn af et vist form for gruppepres. Samtidig er det indtrykket hos et par af de læger, som henviser til de apoteks-baserede rygestopkurser, at kurserne primært henvender sig til højt motive-rede patienter, hvilket i sig selv gør rygestopkurserne til et foretrukket tilbud. Som én af lægerne påpeger:

“Jeg synes også, det er der, succeserne ligger. Det er fordi dem, der er motiverede, de tager på kursus, og dem der er motiverede, det er dem, der holder op med at ryge. Dem der som bare vil have plastre og tyggegummi – det er min egen rygerfordom – det er ren substitution, man kommer ingen vegne.” (Interview 5).

I forhold til at henvise til de apoteksbaserede rygestopkurser har det imidlertid konsekvenser, at de praktiserende læger tager udgangspunkt i patientens ønsker og behov samt individualiserer rådgivningen om rygning og rygeaf-vænning. For det første er det fortrinsvis på patientens initiativ, at lægerne henviser til de apoteksbaserede rygestopkurser. For det andet er de apoteks-baserede rygestopkurser blot et tilbud blandt en vifte af muligheder, som lægerne kan præsentere for patienter, der ønsker at ændre rygevaner.

Rygestopinstruktører i egen praksis

To af de interviewede praktiserende læger fra Vejle Amt har deres egen ryge-stopinstruktør i form af en sygeplejerske, der har uddannet sig indenfor områ-det⁵¹. Derudover har to læger fra samme kompagniskabspraksis i Roskilde Amt planer om at sende deres sygeplejerske på rygestopkursus. De læger, som har egen instruktør, foretrækker naturligt nok at tilbyde deres patienter et forløb i eget regi frem for at henvise til de apoteksbaserede rygestopkurser. En rygestopinstruktør i egen praksis er således en direkte konkurrent til apotekernes rygestopkurser.

⁵¹ Vejle Amt gik i 2002 ind i at støtte etableringen af rygestopkurser i almen praksis (Vejle Amt 2002b).

Generelt er de praktiserende læger positivt stemte overfor at have rygestopkurser i eget regi. Fordelene ved det beskriver én af lægerne således:

“Det er jo klart, det er for at udnytte situationen når folk kommer og siger, de gerne vil. Så er der lige én, de kan snakke lidt nærmere med, når vi lige har drøftet det her. (...) Det er en fordel, det er i lægehuset, det kan virke ekstra motiverende for nogen, at de skal komme til kontrol her.” (Interview 3).

Rent praktisk mener en række af lægerne dog, at det kan være problematisk at køre rygestopkurser i eget regi, dels pga. pladsmangel, dels pga. en i forvejen stor arbejdsbelastning hos både læger og sygeplejersker i almen praksis. Derudover gør et par af lægerne opmærksom på, at de kan have svært ved at få nok deltagere til et gruppekursus i eget regi. Derfor vil der primært være grundlag for at køre individuelle kurser i regi af almen praksis. I lyset af de nævnte problemer synes de apoteksbaserede rygestopkurser netop at være et udmærket alternativ og en hjælpende hånd til de praktiserende læger. Men som det fremgår af de følgende afsnit, er der mange andre faktorer, der spiller ind på lægernes anvendelse af de apoteksbaserede rygestopkurser eller mangel på samme.

Manglende information

En del af lægerne har brochurer stående om apotekernes rygestopkurser i deres konsultation. Blandt en række af lægerne viser der sig imidlertid at være udbredt usikkerhed om kursernes afholdelse, konkrete indhold og effekt. Alligevel har nogle af disse læger anbefalet patienter at deltage i apotekernes rygestopkurser. Samlet set har den manglende information imidlertid konsekvenser for lægernes anvendelse af kurserne. Det uddyber én af lægerne således: *“En af grundene til at vi ikke henviser så mange til rygestopkursus er, at jeg ved heller ikke lige, hvad der foregår, og hvem der er ansvarlige.”* (Interview 2). Størstedelen af lægerne giver dog udtryk for, at de i sin tid er blevet informeret om, at kurserne eksisterer. De kan dog ikke mindes at have fået information om omfanget og indholdet af kurserne. Én af de unge læger var slet ikke klar over, at kurserne eksisterede. I den forbindelse fremhæver en anden læge, at de praktiserende læger generelt modtager meget information om forskellige tiltag og præparater, og som han siger: *“Der er meget støj på linien.”* (Interview 2). Selv om lægerne måske har modtaget information om kursernes afholdelse og indhold, er det ikke givet, at de har læst det. Noget kunne imidlertid også tyde på, at informationen om kurserne på de omkringliggende apoteker er blevet udfaset siden kursernes første opstart.

Lægerne efterlyser også information om kursernes effekt og kvalitet – herunder rygestopraten for kursusdeltagerne. Langt de fleste interviewede læger efterlyser tilbagemeldinger fra apotekerne – en efterspørgsel der forstærkes

af en mangel på tilbagemeldinger fra patienter, der har deltaget i et apoteks-baseret rygestopkursus. Som det fremgår af følgende citat, er tilbagemeldingerne også begrænsede hos de læger, der følger op på patienter, der er holdt op med at ryge:

“Når jeg tænker tilbage, jeg har aldrig oplevet at en patient er holdt op med at ryge og kommer tilbage, og jeg spørger hvordan og hvorledes: “Jo jeg har været på kursus på apoteket” – den bemærkning har jeg aldrig hørt. Så jeg har da ikke nogen erfaring med det.” (Interview 2).

Citatet viser, at den erfaringsbaserede viden prioriteres højt i denne sammenhæng. Enkelte læger har oplevet, at patienter er holdt op med at ryge vha. et rygestopkursus, men det overordnede indtryk er, at lægerne mangler feedback fra patienter, der har deltaget i rygestopkurser, samt konkret viden om de apoteksbaserede rygestopkurser. Konsekvenser heraf er, at de praktiserende læger kun i begrænset omfang anbefaler og henviser patienter til kurserne.

Kursusfrekvens og booking-funktion

Især blandt de interviewede læger fra Vejle Amt er lægerne meget i tvivl om, hvorvidt kurserne overhovedet afvikles eller ej. Dette skyldes formentlig, at kurserne i en periode ikke er blevet afviklet på apotekerne i nærområdet, men i efteråret 2003 var der igen etableret kurser. Frekvensen af kurserne har således været svingende. I forlængelse heraf påpeger én af de praktiserende læger vigtigheden af, at der er en vis frekvens i afholdelsen af kurserne:

“Hvis vi skal kunne benytte os af det her, så skal det være kontinuerligt kørende, sådan så du kan henvise dem simpelthen med dags varsel. For hvis du siger, der starter vist nok ét den 14. eller hvornår, det kan du lige gå over og spørge om. Så er det ligesom så har du den motivation – den hænger i en lidt tyndere tråd, og ens råd bliver jo ikke så godt, som hvis du kan sige, gå derover på tirsdag kl. 17, der ved jeg de vil instruere dig.” (Interview 1).

De interviewede læger er generelt enige om, at der med jævne mellemrum skal være kurser at henvise til, da det er væsentligt at få patienter i gang med rygeafvænning, så snart de er motiverede for det. Der er dog ikke enighed om, hvor detaljeret information lægerne skal give, når de henviser patienter til apotekernes rygestopkurser. Det er synspunktet hos en række af lægerne, at de patienter, som ønsker at holde op med at ryge, bør være så motiverede, at de selv formår at opsøge apoteket og dér få information om kursusstart og indhold. Bl.a. derfor ønsker de praktiserende læger ikke at have booking-funktion i forhold til apotekernes rygestopkurser. Som det fremhæves i følgende citat, handler det om at placere ansvaret hos patienten:

“Jeg synes også noget af deres motivation skal de også netop bevise gennem, at de selv aktivt kan gøre noget for at komme ind på det kursus. Det skal da ikke være mig, og så udebliver de i øvrigt også bare. Det må være dem selv.” (Interview 2).

Lægerne er dog enige i, at det er en fordel, hvis de er informerede om, hvor og hvornår kurserne afholdes, så patienterne ikke opsøger apoteket forgæves. Men det er meget magtpåliggende for lægerne, at ansvaret for rygeafvænningen placeres hos den enkelte patient.

Apoteket som forretning og helsecenter

Som tidligere nævnt anser de praktiserende læger i udgangspunktet de apoteksbaserede kurser som et udmærket tilbud. Et par af de praktiserende læger tilskynder endda, at apotekerne har påtaget sig den opgave, for som de siger: *“Det tager jo ikke noget fra os, om man så må sige. Vi har såmænd så rigeligt at lave så...”* (Interview 3). Hovedparten af lægerne giver dog udtryk for, at de principielt finder det problematisk, at rygestopaktiviteter foregår i apoteksregi. Én af lægerne beskriver det således:

“Det er en mærkelig sammenblanding for mig at se. Så kunne det lige så godt foregå i Brugsen, så kunne de også lave rygestopkurser. Apoteket er en forretning, der skal tjene penge. Så kan man sige, at det er vi også, men altså det er vi alligevel ikke på samme vis som apoteket. I amtet – et neutralt sted, nogle der kun har sundhedsmæssig interesse i det – burde det ligge.” (Interview 2).

Som citatet illustrerer, har de praktiserende læger svært ved at acceptere, at forebyggende arbejde foregår i regi af en forretning. De praktiserende læger betragter ikke apotekerne som uvildige aktører, der kun tænker på patienternes ve og vel. Som følgende citat illustrerer, betragter lægerne derimod apoteket som en aktør, der er interesseret i at tjene penge også i forbindelse med rygeafvænnings: *“Det må være lidt svært at rådgive om rygestop og så ikke nævne, at det er nødvendigt at give nikotinsubstitut, når der står en stor reklame lige ved siden af med nikotintyggegummi.”* (Interview 2). De praktiserende læger mener således, at apotekerne har et troværdighedssproblem, og én af lægerne betegner sågar rygestopkurserne som et ’fordækt salgsmest’ til trods for, at de apoteksbaserede kurser i både Roskilde og Vejle Amt er etableret i samarbejde med amtet. Selv om lægerne også er indtjeningsafhængige, har de imidlertid en opfattelse af, at de i højere grad end apotekerne er uvildige aktører, der vil patienterne det bedste.

Lægernes skepsis overfor apotekerne skal også ses i lyset af, at apotekerne de seneste år har bevæget sig ind på områder, som apoteket ifølge lægerne bør holde sig fra. I Roskilde Amt har bølgerne især gået højt. Her har to apo-

teker indgået en samarbejdsaftale med Falck Health Care om at fungere som et sundhedscenter for medarbejdere på nærliggende arbejdspladser⁵². Denne aktivitet mener Praktiserende Lægers Organisation (P.L.O.) er en overtrædelse af en samarbejdsaftale, og samarbejdet mellem den lokale lægekredsforening og Apotekerforeningen er formelt set afbrudt. I det ene interview med praktiserende læger fra Roskilde Amt, er denne konflikt meget nærværende. Bl.a. fremhæver én af lægerne, at:

“... det er et kæmpe problem, at apotekerne har lavet sådan en helsepolitik. Det synes vi i forhold til vores kernefunktion som praktiserende læger. Jeg synes det er udhulning af sundhedsmarkedet.” (Interview 5).

Den pågældende læge oplever således, at apotekerne med deres helsecenterfunktion bevæger sig ind på det lægefaglig område, og det reagerer lægerne meget kraftigt på. Samtidig giver lægerne i interviewet udtryk for, at de har et glimrende samarbejde med og et tillidsfuldt forhold til den lokale apoteker, som har forretning på den anden side af gaden. Den overordnede problematik synes således ikke at eksistere på lokalt niveau. Alligevel påvirker den overordnede diskussion anvendelsen af de lokale tilbud om apoteksbaserede rygestopkurser, hvilket kommer til udtryk i følgende:

“Det er helt klart, at det at de går ud og vil være sundhedsklinikker, det gør, at jeg vil være tilbageholden. Helt sikkert. (...) Det der med at til sidst er alle folk syge, indtil det modsatte er bevist. Og det er sådan nogle sundhedsklinikker med til, at de skal screenes for det ene og det andet og det tredje og det fjerde. Og det er ikke den måde vi ønsker at arbejde på, eller det patient-læge forhold vi ønsker at have, eller den måde at anskue sygdom og sundhed på. Og jo mere der kommer derfra, jo mindre tilbøjelig vil jeg være til at bruge apotekets tilbud.” (Interview 5).

Udover at lægerne oplever, at apotekerne træder ind på lægernes enemærker, betragter lægerne således apotekernes aktiviteter som havende en sygeliggørende effekt. I det andet interview med praktiserende læger fra Roskilde Amt, er den overordnede problematik omkring sundhedscentre ikke så nærværende. Her har lægerne et meget positivt samarbejde med det lokale apotek og lægerne oplever, at apotekerne har sobre hensigter. Dog er lægerne her skeptiske overfor det lokale apoteks afholdelse af såkaldte sundhedsdage. Én af lægerne betegner tiltaget som en 'sygdomsdag', idet patienter, som eksempelvis har fået målt blodtryk på apoteket, ofte henvender sig til lægen et par dage efter, selv om de viser sig at være sunde og raske. Det giver i sidste

⁵² Det overordnede formål med disse centre er: “at behandle og forebygge arbejdsrelaterede skader og livsstilsbetingede sygdomme” (Falck Healthcare 2003).

ende lægerne mere arbejde. Til trods for at situationen ikke er så tilspidset i Vejle Amt, findes samme holdning i 2 af de 3 interview med praktiserende læger i Vejle Amt. Én af lægerne giver meget klart udtryk for sin skepsis:

“Principielt så synes jeg, at apotekerne skal koncentrere sig om at sælge medicin og rådgive patienter om den medicin, de udleverer, og det er de som regel også gode til, bestemt. Jeg synes ikke, de skal begynde at gå ind på vores områder og så gøre det halvhjertet og uden den viden, der er nødvendig for at kunne beskæftige sig med det. Det har vi set nogle gange her, lørdag formiddags blodtryks- og blodsuktermålinger, kolesterolprøver og knoglemineralmålinger. Det skal de altså ikke beskæftige sig med, fordi de kan ikke rådgive tilstrækkeligt grundigt – det har de ikke mandskab til. Og hvis de her rygekurser skal køres ind under det samme, så kan det ikke undgås, at det image, de har fået i den anden ende, (...) smitter af på vores indstilling.” (Interview 2).

Sammenfatning og fortolkning

Langt de fleste interviewede praktiserende læger har kendskab til apotekernes rygestopkurser, selvom lægerne selv efterlyser mere information om kursernes indhold og effekt. Især manglen på positive tilbagemeldinger fra patienter, der har deltaget i et apoteksbaseret rygestopkursus, synes at begrænse lægernes anvendelse af kurserne. Der ligger imidlertid et dilemma i, at lægerne på den baggrund ikke henviser patienter til rygestopkurserne – her ved afskærer lægerne sig fra at få patientbaserede erfaringer med kurserne. Der er således et åbenlyst behov for at få brudt med denne erfaringscirkel.

Der er stor forskel på, i hvilket omfang lægerne henviser til kurserne, idet det betragtes som én mulighed blandt mange andre. Det er fortrinsvis de højt motiverede rygere, som lægerne anbefaler kurserne til. Det har imidlertid stor betydning for lægernes villighed til at henvise til apotekernes rygestopkurser, at apotekerne tilbyder borgerne helbredstjek. Det giver anledning til skepsis blandt lægerne. Denne skepsis kan tolkes som en markering af lægernes faglighed – lægerne vil ikke finde sig i, at apotekerne bevæger sig ind på deres enemærker. Selv om rygestopkurserne ikke i samme grad synes at overlappe lægernes fagområde, påvirker problematikken lægernes generelle holdning til apotekerne. Dertil kommer, at lægerne anfægter apotekernes forretningsmæssige interesser i at afholde rygestopkurser. Samlet set udgør de praktiserende lægers skeptiske holdning til apotekernes sundhedsfremmende aktiviteter en betydelig barriere for et tættere samarbejde omkring rekruttering til rygestopkurser. Der er med andre ord behov for at ændre apotekernes image blandt de praktiserende læger, hvis samarbejdet skal fungere. Spørgsmålet er dog, om denne barriere er for vanskelig at overvinde.

Boks 9

OPSUMMERING af praktiserende lægers anvendelse af apoteks-baserede rygestopkurser

- De praktiserende læger, som har en rygestopinstruktør i egen praksis, foretrækker at henvise rygere hertil frem for apoteket.
- Et lavt informationsniveau blandt lægerne er en barriere for deres anvendelse af de apoteksbaserede kurser.
- De praktiserende læger har kun begrænset patientbaseret erfaring med apoteksbaserede rygestopkurser og er derfor mindre tilbøjelige til at henvise til kurserne.
- Det er væsentligt for lægernes anvendelse af apoteksbaserede rygestopkurser, at kurserne afvikles kontinuerligt.
- De praktiserende læger er skeptiske overfor apotekernes tilbud om helbredstjek og de profitmæssige interesser i at gennemføre rygestopkurser. Dette image blandt lægerne er en barriere for et nærmere samarbejde med lægerne på rygeafvænningsområdet.

4.3.1.4 Diskussion af resultaterne fra interviewundersøgelsen

I det konkrete arbejde med forebyggelse på tobaksområdet anvender de praktiserende læger forskellige individuelle kriterier for, hvordan og hvornår de tager rygning op med deres patienter. Lægernes handlinger i forbindelse med forebyggelse på tobaksområdet synes således ikke at være særligt systematiske eller evidensbaserede. Ud fra Lipskys perspektiv udøver de praktiserende læger således et udpræget grad af skøn, når det drejer sig om forebyggelse på tobaksområdet. Det betyder på sin vis, at der er stor forskel på, hvad den enkelte ryger tilbydes af hjælp og vejledning.

Lægerne gør opmærksom på, at rådgivning om rygning og rygeafvænnning ikke er det eneste område, de forventes at tage sig af. De er i mange sammenhænge tvunget til at prioritere mellem arbejdsopgaver. Ifølge lægerne er deres primære opgave at behandle sygdomme, og i pressede situationer er det det, de koncentrerer sig om. Dette er imidlertid ikke ensbetydende med, at de ikke bruger tid på forebyggelse, men "ideologien" om at behandle sygdomme overføres også til arbejdet med forebyggelse på tobaksområdet. Det kommer konkret til udtryk ved, at lægerne primært tager rygning op, når patienterne kommer med rygerelaterede sygdomme og således er syge i et eller andet omfang. Dette er et væsentligt relevanskriterium for lægerne og kan tolkes som en måde, hvorpå lægerne rationerer deres arbejde. Det betyder imidlertid, at lægerne kun i begrænset omfang yder primær forebyggelse i forbindelse med tobaksrygning. Den individualisering, som lægerne praktiserer i deres arbejde med rygere, kan betragtes som endnu en måde, hvorpå lægerne rationerer deres arbejde. Lægerne gør konkret det, at de differentierer blandt rygerne, således at indsatsen rettes mod de rygere, hvor lægerne vurderer, at deres indsats har størst chance for at have en effekt. Det drejer sig om de motiverede rygere, hvorimod indsatsen overfor eksempelvis stor-

rygerne, der ikke ønsker at ændre rygevaner, er minimal. Lægerne gør det, der i Lipskys terminologi kaldes 'creaming'. Det betyder, at patienterne reelt set får forskellig rådgivning afhængig af, hvilket motivationsniveau de befinder sig på, samt hvilke specifikke behov og problemer patienten har.

De praktiserende læger ser sig selv som en brik i et større puslespil, når det drejer sig om forebyggelse indenfor tobaksområdet. De mener således ikke, at de alene bærer ansvaret for at reducere antallet af rygere i Danmark. I Lipskys terminologi kan denne overdragelse eller deling af ansvar ses som et forsøg fra lægernes side på at begrænse brugen af egne ressourcer. Lægernes udsagn kan dog også tolkes som en erkendelse af, at de ikke kan løfte opgaven alene, men at der er brug for en bred funderet indsats på tværs af sektorer og faggrænser. I de konkrete situationer er lægerne endvidere opmærksomme på at holde ansvaret på patientens skuldre. Det kommer til udtryk ved, at lægerne primært handler på patientens initiativ og tager udgangspunkt i patientens ønsker og behov. Dette minder på sin vis om én af de afværgemekanismer, som Lipsky fremhæver, der handler om at overføre beslutningstagningen til andre offentlige ansatte. I dette tilfælde overføres beslutningstagningen imidlertid ikke til en anden offentlig ansat, men til patienten selv, idet lægerne ofte placerer beslutningen om valg af rygeafvænningsmetoder hos patienten. I det perspektiv synes lægerne at have en høj grad af kundeorientering overfor rygerne.

For nogle af lægerne ligger forebyggelse af tobaksrygning i periferien af deres prioriterede arbejdsopgaver. Det kan derfor undre, hvorfor lægerne ikke i højere grad benytter de apoteksbaserede rygestopkurser som en aflastning i arbejdet med rygeafvænnning, og herigennem sparer på deres egne ressourcer. En mulig forklaring på lægernes tilbageholdenhed i den forbindelse kan være, at de vægrer sig ved at give arbejdsopgaver videre til andre faggrupper. De praktiserende læger har dog ingen problemer med at overlade et rygeafvænningsforløb til en sygeplejerske i eget regi. Her har lægerne imidlertid også mulighed for at følge patienten på tæt hold, hvilket ikke i samme omfang kan lade sig gøre, hvis rygeafvænningsforløbet finder sted på apoteket. De praktiserende lægers egne rygestopinstruktører er en klar konkurrent til apotekernes kurser. Men forklaringen på, hvorfor også lægerne uden egen rygestopinstruktør er tilbageholdne med at henvise til apotekernes kurser, skal formentlig findes i, at det som tidligere beskrevet anstøder lægerne, at apotekerne bevæger sig ind på det lægelige område ved at tilbyde helbredstjek og etablere sig som helbredscentre. Den arbejdsaflastning, en højere grad af arbejdsdeling mellem apotek og læge potentielt kunne bibringe lægerne, overskygges således af de praktiserende lægers skepsis overfor apotekernes sundhedsfremmende aktiviteter.

4.3.1.5 Interviewundersøgelsens resultater set i forhold til øvrig forskning på området

Resultaterne fra denne interviewundersøgelse er i tråd med resultaterne fra danske og udenlandske undersøgelser om praktiserende lægers holdninger og handlinger i forhold til arbejdet med forebyggelse på tobaksområdet samt anvendelse af de apoteksbaserede rygestopkurser (jf. afsnit 2.3.3).

Den aktive rolle, som lægerne i denne undersøgelse mener, de bør have overfor rygerne, er i overensstemmelse med undersøgelser foretaget blandt praktiserende læger i Danmark (Christensen 1993; Clemmensen et al. 2002; Lous & Ollendorff 2003). De interviewede lægers opmærksomhed omkring at undgå at få en fordømmende rolle overfor patienterne er endvidere i tråd med resultaterne fra en engelsk undersøgelse (Coleman et al. 2000).

Det faktum, at lægerne prioriterer deres forebyggelsesindsats i forhold til andre problematikker er et forhold, som også til dels findes i en enkelt amerikansk undersøgelse – her konstaterer forfatterne, at rådgivning om rygeafvænning tilsidesættes til fordel for konkurrerende krav om behandling (Jaen et al. 2001). Tendensen blandt de interviewede læger til primært at tage rygning op under en konsultation, hvis det forekommer relevant – eksempelvis hvis patienten kommer med rygerelaterede problemer – er endvidere i overensstemmelse med eksisterende forskning (Hentze Jensen & Osler 1996; Jørgensen 2002; Lous & Ollendorff 2003; Wynn et al. 2002). Ligeledes er den udprægede grad af individualisering, som de interviewede læger praktiserer i forbindelse med rådgivning om rygning og rygeafvænning også et fænomen, som er fremkommet i både dansk og udenlandsk forskning (Coleman et al. 2000; Coleman & Wilson 1996; Coleman & Wilson 2000; Jaen et al. 1998; Senore et al. 1999; Senehey et al. 1997; Tulinius & Dencker 2001). At patienternes motivation for rygestop er en afgørende faktor for lægernes engagement i at rådgive om rygning og rygestop, ligesom de interviewede læger fokuserer på de patienter, hvor en indsats vurderes at have størst effekt, er endvidere i tråd med eksisterende undersøgelser (Gottlieb et al. 1987; Jacobsen 2001; Kottke et al. 1994; McIlvain et al. 1997; McLeod et al. 2000; Mowat et al. 1996; Saywell et al. 1996; Tulinius & Dencker 2001; Young & Ward 2001).

Denne undersøgelse bidrager imidlertid med yderligere viden om de praktiserende lægers forskellige holdninger til, hvilken tilgang til forebyggelse de bør have – herunder et fokus på at placere ansvaret hos patienten, men også at motivere patienterne til at holde op med at ryge. Ligeledes viser denne undersøgelse en tendens til, at de praktiserende læger fortrinsvis tager udgangspunkt i erfaringsbaseret viden i deres indsats overfor forebyggelse på tobaksområdet. Derudover giver denne undersøgelse et indblik i, hvorledes lægerne anskuer sig selv som forebyggelsesaktører i et større samfundsmæssigt perspektiv.

I forhold til eksisterende forskning giver denne undersøgelse et mere dybdegående indblik i lægernes bevæggrunde for at anvende kurserne som henvisningsmulighed eller ej. I tråd med eksisterende forskning kan de praktiserende læger fra denne undersøgelse i nogle tilfælde være tilbageholdne med at henvise til rygestoptilbud udenfor eget regi (Gottlieb et al. 2001; Hentze Jensen & Osler 1996; Humair & Ward 1998; Jørgensen 2002; Marosi 2003; PLS Rambøll 2003; Slot 2002). Det gælder især de praktiserende læger, der har en rygestopinstruktør i egen praksis. Der er imidlertid en ikke ubetydelig del af de interviewede praktiserende læger, der ofte henviser til apotekernes rygestoptilbud, hvilket også viser sig i en undersøgelse foretaget i Vejle Amt (Lous & Ollendorff 2003).

I modsætning til resultatet fra en amerikansk undersøgelse (Gottlieb et al. 1987) er der på baggrund af denne undersøgelse ikke belæg for at konkludere, at lægernes tilbageholdenhed overfor at henvise til apotekernes kurser hænger sammen med, at lægerne har stor tiltro til effekten af deres egen indsats. Derimod bibringer denne undersøgelse indsigt i andre forhold som påvirker lægernes tilbøjelighed til at henvise til apotekernes kurser. Eksempelvis har mangel på information og patientbaseret erfaring, lægernes skepsis overfor apotekernes profitmæssige interesser og tilbud om helsetjek samt manglende kontinuitet i afviklingen af rygestopkurserne tilsammen stor indvirkning på de praktiserende lægers anvendelse af de apoteksbaserede rygestopkurser som henvisningsmulighed.

4.3.2 Erfaringer fra feasibility-studierne

I det følgende fremlægges de konkrete erfaringer med det mundtlige feasibility-studie i Vejle Amt og de to skriftlige feasibility-studier i Frederiksborg Amt⁵³. Fokus er primært på de praktiserende lægers oplevelser og erfaringer med at gennemføre studiet, ligesom opgørelsen af rekrutteringseffekten fra de involverede apoteker er inddraget. Hvorledes patienterne har oplevet interventionen indgår ikke i denne del af studiet.

Resultater fra de gennemførte feasibility-studier gør sig ikke nødvendigvis gældende generelt. Studierne skal derimod betragtes som eksempler på, hvordan de forskellige interventioner er forløbet i tre forskellige lægepraksis. Studierne kan således give indblik i nogle af de muligheder og barrierer, der kan eksistere for at rekruttere kursister til apoteksbaserede rygestopkurser via praktiserende læger.

4.3.2.1 Mundtlig feasibility

Feasibility-studiet i Vejle Amt blev gennemført af en mandlig læge i en kompagniskabspraksis. Det er lægens holdning, at han som praktiserende læge

⁵³ Se tabel 4 afsnit 3.3.2 for en oversigt over de involverede læger.

kan medvirke til at motivere folk til at holde op med at ryge og støtte dem i en rygeafvænningsproces. Hidtil har han ikke henvist sine patienter til de apoteksbaserede rygestopkurser, men er blevet informeret om kursernes eksistens. Feasibility-studiet blev gennemført over 5 arbejdsdage sidst i september 2003. I løbet af disse 5 dage afviklede lægen 116 konsultationer. Samtlige patienter blev spurgt om de røg. 24 af de 166 patienter var rygere (21%). Disse rygere blev præsenteret for muligheden for at deltage i enten et gruppebaseret rygestopkursus med start 1. oktober og 5. november 2003 på et nærliggende apotek, eller et individuelt rygestopkursus på et andet apotek.

Hos de patienter, hvor rygning havde betydning for det problem, de havde henvendt sig til lægen med, var der en umiddelbar anledning til at diskutere rygevaner. Hos de øvrige patienter blev rygevaner diskuteret efter, at patientens umiddelbare problem var gennemgået og eventuelt behandlet.

Udover den mundtlige intervention fik ca. ½ af rygerne (dvs. 15-16) udleveret skriftlig materiale. Den resterende halvdel ønskede ikke at modtage materialet – lægen betegner dem som 'de inkarnerede rygere'. Ifølge lægen ville det være at overskride patientens personlige grænse at insistere på at aflevere materialet til disse patienter.

Lægens oplevelse af interventionen

Patienterne reagerede fortrinsvis positivt overfor lægens spørgsmål om rygevaner. Rygerne ville gerne have information om rygestopkurserne og var udmærket klar over, at deres rygeforbrug udgjorde et sundhedsmæssigt problem. De 8 af de 24 rygere oplevede lægen som motiverede for et rygestop. De fleste af de rygere, hvor anledningen til at tage rygning op ikke var umiddelbar, udviste ifølge lægen en vis modstand, og ønskede ikke at tale om deres rygevaner. Rygerne var generelt tilbageholdne med at lave konkrete aftaler om kursustilmelding. Lægen beskriver det således:

"Men der hvor de for alvor cutter fra, det er, når man så siger: 'Jamen skal vi så ikke få lavet en aftale om, at du får dig meldt til?'. Der falder de alle sammen fra. Det er der ingen, der sådan – når man bliver taget på sengen på den måde – er klar til at tage sin kalender op, og lige – bong – fem onsdage fra. Det er der ikke. De skal alle sammen hjem og se og tænke sig om og melde sig til." (Interview M).

Som konsekvens heraf skrev ingen af rygerne sig på tilmeldingslisten placeret hos sekretæren. Desuden havde nogle af rygerne tidligere uden succes fulgt et rygestopkursus eller kendte nogen, som ikke havde haft succes med kurset. Egne oplevelser og omtale har således betydning for villigheden til at anvende kurset. Langt de fleste rygere gav udtryk for, at de havde brug for tænketid. Ud fra lægens vurdering hindrede kursusgebyret på 500 kr., ikke

rygerne i at tilmelde sig. Lægen forklarede endvidere rygernes tilbageholdenhed med, at de ikke nødvendigvis var motiverede for rygestop, og derfor ikke var modtagelige for hans opfordring til at følge et rygestopkursus (jf. Prochaska et al's forandringsstadier i afsnit 2.3.2.2).

Der var ikke væsentlige praktiske problemer med at gennemføre feasibility-studiet. Det krævede dog ekstra tid af lægen, og andre arbejdsopgaver såsom at overføre post, tage akutpatienter ind og foretage tests måtte nedprioriteres. Lægen vil derfor ikke i fremtiden bruge denne tilgang, da det kræver for meget ekstra tid at indføre som en generel procedure.

Interventionseffekt

Lægens intervention førte ikke umiddelbart til konkrete tilmeldinger via tilmeldingslisten hos sekretæren. Heller ikke efter tre måneder havde de to involverede apoteker fået en eneste tilmelding til hverken gruppeforløbene eller individuelle kurser – dette til trods for, at lægen vurderede, at 8 rygerne var motiverede for rygestop. En forklaring kan være, at disse rygere ønskede en anden form for hjælp end det et rygestopkursus omfatter. Til trods for den manglende rekrutteringseffekt, mener lægen ikke, at interventionen er forgæves. Det er hans vurdering, at det har en effekt, at han som praktiserende læge sætter rygning på dagsordenen:

“... den effekt er der jo, at når man så på en eller anden måde systematisk har spurgt alle rygere, og så de får noget materiale i hånden, det tror jeg skubber lidt til det. Det har trods alt stadigvæk da lidt effekt, når lægen kommer med et stykke papir og beder patienten om, vil du ikke godt læse det her igennem, for det tror jeg er vigtigt for dig. (...) Det tror jeg egentlig – det kan være nogen af dem, de drister sig til en mørk natte-time at kigge i dem.” (Interview M).

Lægen anerkender den effekt, en populationsbaseret tilgang kan have som led i en længere motivationsproces. Han foretrækker dog at praktisere en mere individbaseret tilgang, og først sætte ind, når han fornemmer en klar motivation for rygestop hos den enkelte ryger. Studiet har øget hans bevidsthed om, hvordan han griber rådgivning om rygning og rygeafvænning an, ligesom han har fået mere viden om rygestopkurserne.

4.3.2.2 Skriftlige feasibility-studier

De skriftlige feasibility-studier blev gennemført i én solo-praksis og én kompagniskabspraksis i Frederiksborg Amt. Det var hensigten, at lægen skulle udlevere det skriftlige materiale. Det blev imidlertid sekretæren, der udleverede materialet til patienterne før konsultationen med lægen, fordi lægerne mente, det ville tage for meget af deres tid.

Solo-praksissen bestod af en læge, der har praktiseret i 26 år, og en sekretær, der har været lægesekretær gennem 12 år. Lægen har i perioder henvist til apotekernes rygestopkurser – i andre perioder har der ikke været kurser at henvise til. Solo-lægen betragter det som sin opgave at påpege rygningens helbredsmæssige konsekvenser overfor rygerne og vejlede dem i rygestop. Ifølge lægen er det ideelle at tage rygning op med samtlige rygere, men praktisk er det ikke muligt. Han prioriterer derfor at tage rygning op ved ryge-relaterede sygdomme, samt ved helbredsundersøgelser.

I *kompagniskabspraksissen* var det primært én kvindelig læge⁵⁴ og lægesekretæren, der var involveret i studiet. Lægen har været praktiserende i 16 år, og sekretæren har været lægesekretær i 15 år. Før feasibility-studiet henviste kompagniskabs-lægen kun til apoteket, hvis en patient behøvede vejledning i brugen af nikotinerstatningsprodukter. Hun har hidtil ikke vidst, at apoteket udbød rygestopkurser⁵⁵. Lægen anser det som sin pligt at informere rygere, om rygningens skadelige indvirkning på helbredet. Samtidig betragter hun rygestop som patientens eget valg. Hvis en patient udtrykker ønske om – og er motiveret for – rygestop, anser lægen det som sin opgave at øge patientens motivation og hjælpe patienten i rygeafvænningsprocessen.

Interventionens forløb

De skriftlige feasibility-studier blev gennemført i efteråret 2003. Sekretærene spurgte samtlige patienter om deres rygevaner før konsultationen med lægen, og udleverede skriftligt materiale om rygestop og apotekernes rygestopkurser til rygerne. Via en tilmeldingsblanket havde rygerne mulighed for at tilmelde sig et individuelt rådgivningsforløb eller et gruppekursus med opstart to uger senere på et nærliggende apotek.

I *solo-praksissen* foregik materialeudleveringen over fem arbejdsdage, og materialet blev udleveret til ca. 10 rygere. Ifølge sekretæren afviste over halvdelen af rygerne imidlertid at modtage materialet. I *kompagniskabspraksissen* foregik udleveringen over fire arbejdsdage. Det skriftlige materialet blev udleveret til ca. 35 rygere. Ingen af rygerne afviste at modtage materialet, men én efterlod materialet i praksissen

Sekretæren fra kompagniskabspraksissen oplevede, at patienterne tog pænt imod materialet. Sekretæren fra solo-praksissen havde en mere blandet oplevelse, idet en stor del af rygerne som nævnt ikke ønskede at modtage mate-

⁵⁴ De to øvrige læger i praksissen havde også indvilliget i at indgå i studiet, men havde ikke mulighed for at deltage i det opsamlende interview.

⁵⁵ Hverken kompagniskabs-lægen eller solo-lægen har desuden henvist patienter til et gratis rygestop-kursus på det nærliggende sygehus, som kan siges at være et konkurrerende tilbud til apotekernes rygestopkurser, der koster mellem 500-600 kr. Ifølge solo-lægen er sygehusets tilbud primært henvendt til patienter indlagt på sygehuset. Ifølge rygestopinstruktøren på det pågældende sygehus gælder tilbuddet imidlertid for samtlige borgere.

rialet. Nogle af disse var storrygere og ønskede ikke at holde op, mens andre var festrøgere, som mente, at de kunne holde op på egen hånd. Nogle gav udtryk for, at de ville overveje, om et rygestopkursus var noget for dem. Nogle af patienterne syntes, at rygestopkurserne var for dyre. Det var dog sekretærens overordnede indtryk, at langt de fleste af rygerne ikke var motiverede for at holde op med at ryge. I begge praksisser fik hverken læger eller sekretærer konkrete tilbagemeldinger fra patienterne om indholdet af materialet. I kompagniskabspraksissen tilkendegav enkelte patienter dog overfor lægen, at de var glade for at få materialet.

I forhold til øvrige arbejdsopgaver var det ikke problematisk for sekretærerne at udlevere det skriftlige materiale. Fordi det drejede sig om en afgrænset periode, kunne sekretærerne uden de store problemer legitimere overfor patienterne, hvorfor de udleverede materialet. Begge sekretærer gav dog udtryk for, at dette ville være vanskeligere, hvis det var en standard procedure, for som én af sekretærerne fremhæver: *"...der er nok mange, der føler, at det skal sekretæren ikke"* (Interview S1), og den anden sekretær fremhæver i tråd hermed: *"Det bliver straks vanskeligere, hvis man sådan skulle sidde og gøre det permanent. Så ville folk nok tænke: Hvorfor gør de nu det?"* (Interview S2). Citaterne illustrerer, at sekretærerne ikke umiddelbart mener, at deres arbejdsfunktion legitimerer, at de indgår i forebyggelsesarbejdet. Ifølge sekretæren fra solo-praksissen er det mere legitimt og relevant, hvis lægen tager rygning op i forbindelse med en rygerelateret sygdom.

Interventionseffekt

Tre måneder efter udleveringen af materialet om rygestop og rygestopkurser, var der ikke kommet konkrete tilmeldinger til apotekets rygestopkurser. Ifølge solo-lægen tilkendegav enkelte rygere, at de ville vende tilbage og snakke med lægen om deres rygevaner. Derudover har et par af hans patienter fortalt, at de har været i kontakt med apoteket, men uden at tilmelde sig kurset. Nogle af rygerne fra kompagniskabspraksissen har henvendt sig på ny for at tale om rygestop. På trods af manglende tilmeldinger tror lægen, at interventionen på sigt har en effekt:

"Jeg tror, det har mening at pirke til motivationen. Når sekretæren siger: "Nå, er det noget med at holde op med at ryge", så tror jeg, det ligger latent hos næsten alle, der ryger, at der bliver måske en dag, hvor jeg ikke skal ryge mere." (Interview S2).

Det er samtidig kompagniskabs-lægens opfattelse, at der skal sættes ind overfor rygerne på mange punkter, og at det ikke er tilstrækkeligt at udlevere skriftligt materiale. Det er hendes erfaring, at effekten af en intervention ikke viser sig med det samme, fordi det tager tid at modne den enkeltes motivation.

Som i det mundtlige feasibility har den skriftlige intervention skærpet lægernes opmærksomhed på rygning. Kompagniskabs-lægen har fået øget viden om muligheden for at henvise patienter til apotekets rygestopkurser. Den øgede viden har dog ikke ændret på lægernes holdning til, hvordan de i fremtiden vil gribe rygning an overfor deres patienter. De vil fortsat fokusere deres indsats på de patienter, som er motiverede for rygestop.

4.3.2.3 Sammenfatning og diskussion

Feasibility-studierne giver indblik i nogle af de muligheder og barrierer, der eksisterer for at rekruttere kursister til de apoteksbaserede rygestopkurser via de praktiserende læger. Det skal bemærkes, at tidsperioden for interventionen var kort, og at lægerne havde kontakt med et begrænset antal rygere. Da feasibility-studierne er baseret på frivillig deltagelse fra de involverede læger og sekretærer, må de samtidig forventes at have en positiv indstilling til interventionsformen. Dette kan give en bias i belysningen af de implementeringsproblemer og barrierer, interventionerne kan afstedkomme. Med disse forhold in mente opsummeres de væsentligste pointer fra feasibility-studierne i boks 10.

Boks 10

OPSUMMERING af erfaringer fra feasibility studierne

- Praktisk er det forholdsvis uproblematisk både mundtlig og skriftligt at opfordre rygere i almen praksis til at deltage i et rygestopkursus. Den mundtlige intervention er dog mere tidskrævende end den skriftlige intervention.
- Den skriftlige intervention synes at gå bedst i spænd med, at lægerne helst venter med at gå aktivt ind i rygeproblematikken, når rygerne selv tager initiativ og er motiverede for rygestop.
- Selv tre måneder efter interventionen har ingen af de gennemførte feasibility-studier ført til tilmeldinger til rygestopkurser på de lokale apoteker. Ifølge lægerne kan det skyldes, at patienterne ikke har været motiverede for rygestop på det givne tidspunkt. Lægerne mener dog, at interventionen kan have en effekt på sigt.
- Feasibility-studierne har skærpet lægernes opmærksomhed på apotekets tilbud. Studierne har dog ikke ændret på, at lægerne foretrækker at tage udgangspunkt i det enkelte individs behov og ressourcer – herunder motivationen for rygestop.

Begge feasibility-studier anlægger en populationsbaseret tilgang, og anbefaler én bestemt rygeafvænningsmetode, hvilket står umiddelbart kontrast til den individbaserede tilgang, som både interviewundersøgelsen og eksisterende forskning viser, at lægerne foretrækker (Coleman & Wilson 1996; Coleman & Wilson 2000; Jaen et al. 1998; Senore et al. 1999; Sesney et al. 1997; Tulinius & Dencker 2001). Lægernes anke mod den populationsbaserede tilgang er, at den ikke nødvendigvis fanger patienterne på det tidspunkt, hvor de er motiverede for et rygestop, og har brug for hjælp f.eks. i form af et rygestopkursus.

Omvendt påpeger de praktiserende læger selv, at interventionen potentielt set kan have en effekt på sigt og sætte en motivationsproces i gang hos den enkelte patient. Et Cochran review påviser desuden, at selv korte råd fra den praktiserende læge fremmer rygestopraten (Silagy & Stead 2003). Selv om feasibility-studier ikke har ført til konkrete tilmeldinger til apotekernes kurser kan det således ikke sidestilles med, at sådanne interventioner ikke har nogen effekt. Som nævnt i gennemgangen af eksisterende viden om lægers anvendelse af rygestopkurser (afsnit 2.3.3.1) peger et engelsk studie endda på, at patienter udsat for kort lægeintervention *kombineret* med støtte fra en rygestopklinik har en større rygestoprate end rygere, der udelukkende har været igennem en kort lægeintervention eller en almindelig lægekonsultation (Russell et al. 1987).

Et yderligere aspekt knyttet til feasibility-studiernes manglende rekrutteringseffekt er patienternes præferencer og holdninger. PLS Rambølls undersøgelse af danskernes rygevaner viser stor variation i, hvilke hjælpemidler eller metoder rygerne vil anvende, hvis de beslutter sig for at holde op med at ryge. Undersøgelsen viser desuden, at langt størstedelen af eksrygerne er holdt op på egen hånd (PLS Rambøll 2003). Selv om nogle af de rygere, som har indgået i feasibility-studierne, har været motiverede for rygestop, er det således ikke sikkert, at de apoteksbaserede rygestopkurser har passeret til rygenes behov og præferencer. Rygerne kan således have valgt andre rygeafvænningsstilbud end apotekets.

I lyset af feasibility-studiernes manglende rekrutteringseffekt, kan der stilles spørgsmålstejn ved at satse på den form for rekruttering via almen praksis. Med både den korte interventionsperiode og forskellene i patientpræferencer in mente, vil det dog være for drastisk at konkludere, at mundtlig og skriftlig intervention overfor rygerne i almen praksis ikke har nogen effekt. Effekten vil dog formentlig være større, hvis der satses på en flerstrengt indsats, der styrker lægernes muligheder for at yde en individualiseret rådgivning herunder at kunne henvise til forskellige former for rygeafvænningsstilbud.

5. Afrunding

Apoteksbaserede rygestopkursers økonomi, efterspørgslen efter kurserne samt mulighederne for et nærmere samarbejde mellem praktiserende læger og rygestopkurserne er gennem forskellige analyser blevet undersøgt ud fra forskellige vinkler. I dette kapitel præsenteres en kort sammenfatning af konklusionerne, ligesom tværgående perspektiver uddybes i en syntese. Kapitlet afsluttes med en række anbefalinger til forskellige aktører.

5.1 Sammenfatning

Samlet set kan det på baggrund af de enkelte dele af denne undersøgelse konstateres følgende:

Apoteksbaserede rygestopkursers økonomi

- Der er ikke fundet sundhedsøkonomiske undersøgelser af danske apoteksbaserede rygestopkurser.
- Udenlandsk litteratur viser imidlertid, at apoteksbaserede rygestopkurser og andre typer af rygestoptilbud er omkostningseffektive.

Efterspørgsel efter rygestopkurser

- 71,1% af hverdagsrygerne vil holde op med at ryge, hvis deres læge kraftigt råder dem til det.
- 23,9% af hverdagsrygerne vil deltage i et gratis rygestopkursus set via dagspressen, ugeavisen eller på apoteket. Hvis den praktiserende læge kraftigt råder til rygestop og tilbyder et gratis rygestopkursus, vil 51,5% af hverdagsrygerne deltage i et rygestopkursus.
- Rygernes motivation for rygestop samt deres egen vurdering af, om de kan opnå og fastholde rygestop via et rygestopkursus, har væsentlig betydning for, om de vil følge lægens råd om rygestop, og for om de vil deltage i et rygestopkursus, uanset om kurset er set i dagspressen eller tilbudt via praktiserende læge.
- Jo yngre rygerne er, des mere tilbøjelige er de til at følge lægens råd om rygeophør samt at tage imod et tilbud om et rygestopkursus.
- Brugerbetaling reducerer antallet af hverdagsrygere, der vil tage imod et rygestopkursus tilbudt af egen læge. Blandt de hverdagsrygere, som er villige til at betale for et rygestopkursus, er den gennemsnitlige betalingsvilje 768 kr.
- Der er en *potentiel* efterspørgsel efter rygestopkurser hos omkring 160.000 til 580.000 personer – variationen afhænger af, dels om kurset tilbydes via dagspressen eller af egen læge, dels om der er brugerbetaling.

Praktiserende lægers holdninger og handlinger

- De praktiserende læger har forskellige holdninger, interesser og oplevelser i forbindelse med at informere og rådgive om rygning og rygeafvænning – nogle lægger vægt på en interventionistisk tilgang til forebyggelse og forsøger gerne at motivere patienterne til rygeophør mens andre foretrækker en liberalistisk tilgang. Forholdsmæssigt udgør forebyggelse af tobaksrygning dog en lille del af de praktiserende lægers samlede arbejdsopgaver.
- Evidensbaseret viden er ikke et væsentligt kriterium for lægernes valg af rådgivnings- og rygeafvænningsmetoder.
- Lægerne prioriterer deres indsats overfor rygerne ud fra kriterier om relevans – fx når det drejer sig om risikopatienter eller patienter med rygerelaterede sygdomme – og patientens egen motivation for rygeophør.
- Lægerne tager afstand fra en populationsbaseret tilgang til forebyggelse. De foretrækker at individualisere deres indsats overfor rygerne, og tager primært udgangspunkt i patientens ønsker og behov. Der er således stor forskel på, hvordan den enkelte læge griber rygeafvænning an, og hvilke metoder der tages i anvendelse.
- Lægerne har forskellige oplevelser af forventninger fra nationalt og regionalt niveau i forhold til deres indsats overfor rygerne. I Vejle Amt mener lægerne, at forventningerne er urealistisk høje, mens lægerne i Roskilde Amt ikke oplever et forventningspres fra regionalt hold.
- Et lavt informationsniveau blandt de praktiserende læger er en barriere for lægernes anvendelse af de apoteksbaserede rygestopkurser som tilbud til deres patienter. De efterlyser især information om rygestopkursernes effekt, samt praktiske oplysninger om fx hvor og hvornår der holdes kurser.
- Begrænset feedback fra patienter, der har deltaget i apotekernes rygestopkurser, betyder, at lægerne er mindre tilbøjelig til at anbefale kurserne.
- Lægerne er skeptiske, dels overfor apotekernes profitmæssige interesser i at afvikle rygestopkurser, dels overfor apotekernes tilbud om helbredstjek. Det image som apotekerne generelt har blandt lægerne, har en negativ afsmittende effekt på lægernes holdning til de apoteksbaserede rygestopkurser.
- Praktisk er det forholdsvist uproblematisk både mundtligt og skriftligt at opfordre rygere i almen praksis til at deltage i et rygestopkursus. Der er dog et større tidsmæssigt forbrug behæftet med den mundtlige invitation.
- Mundtligt og skriftlig invitation i almen praksis har ikke ført til konkrete tilmeldinger til rygestopkurser. Det kan dog ikke afvises, at interventionen på sigt kan have en vis effekt.
- Feasibility-studierne har skærpet lægernes opmærksomhed på apotekernes tilbud om rygestopkurser, men lægerne foretrækker fortsat at individualisere deres rådgivning.

5.2 Syntese

En meget stor del af hverdagsrygerne vil følge et kraftigt råd fra deres læge om at holde op med at ryge, og et sådant kraftigt råd fra den praktiserende læger mere end fordobler andelen, der vil tage imod et rygestopkursus i forhold til et kursus, som rygeren har set i dagspressen. Samtidigt er yngre rygere væsentligt mere tilbøjelige til at ville følge lægens råd om rygestop. De praktiserende læger er imidlertid tilbageholdende med at tage rygning op, medmindre rygeren allerede har rygerelaterede symptomer eller sygdomme, og/eller at lægen fornemmer en klar motivation for rygestop fra rygerens side. Der synes derfor at være et uudnyttet potentiale for primær forebyggelse af rygerelaterede sygdomme i almen praksis. Det kan diskuteres, om lægerne er *for* tilbageholdende med at råde deres rygende patienter til rygestop og motivere rygere til at holde op med at ryge, og dermed på kort eller længere sigt gøre den enkelte ryger motiveret til at starte et rygeafvænningsforløb med eller uden hjælp fra et rygestoptilbud. Nogle af de interviewede læger indikerer selv, at de måske er for tilbageholdne, hvilket formentlig bunder i, at en del af lægerne foretrækker at praktisere en individualiseret og liberalistisk tilgang til forebyggelse.

Den store *potentielle* efterspørgsel efter rygestopkurser formidlet af den praktiserende læge står i umiddelbar kontrast til erfaringerne fra feasibility-studierne. På trods af en opfordring fra den praktiserende læge var der ikke en eneste, der tilmeldte sig et rygestopkursus⁵⁶. En forklaring på denne diskrepans kan være, at rygerne i praksis gør noget andet, end det de svarer i et spørgeskema i forhold til at følge lægens råd og tage imod et rygestopkursus. Indenfor rammerne af denne undersøgelse, er det imidlertid ikke muligt at afgøre, om det er tilfældet. En forklaring på, hvorfor det skriftlige feasibility-studie ikke havde nogen umiddelbar effekt kan være, at det ikke var den praktiserende læge, der ansigt til ansigt gav råd om rygestop til rygerne. Men heller ikke det mundtlige feasibility-studie resulterede i konkrete tilmeldinger, til trods for at den involverede læge var overbevist om, at flere af rygerne var motiverede for rygestop. Det kan også være, at lægerne trods deres involvering i studierne har været tilbageholdende overfor at opfordre rygerne til rygeafvænnning, fordi de generelt vægrer sig ved at praktisere en populationsbaseret tilgang. En yderligere forklaring kan kobles til det faktum, at motivation og egen vurdering af sandsynligheden for at opnå rygeophør via et rygestopkursus er afgørende for, hvorvidt rygerne vil deltage i et rygestopkursus. Patienterne involveret i feasibility-studiet var ikke nødvendigvis motiverede for rygestop på det tidspunkt, hvor lægen rådede dem til rygeophør og deltagelse i et rygestopkursus, og den enkelte patient har måske ikke syntes, at et rygestopkursus var det rette tilbud ham/hende. Det kan dog ikke afvises, at lægernes intervention kan have en effekt på længere sigt. Selv om undersø-

⁵⁶ Der skal dog tages forbehold for, at feasibility-studierne kun er afprøvet i tre lægepraksis.

gelsen viser, at en populationsbaseret intervention i almen praksis er praktisk gennemførlig, har vi ikke kunnet vise, at det fører til, at flere rygere deltager i rygestopkurser. Samlet set er det derfor spørgsmålet, om den form for populationsbaseret tilgang, som er afprøvet i feasibility-undersøgelsen, overhovedet virker som rekrutteringsmetode, eller om interventionen skal skrues sammen på anden vis.

Motivation og den selv vurderede sandsynlighed for rygestop via et rygestop-kursus er stærke prædiktorer for at ville følge lægens råd om rygestop – hver 4. hverdagsryger er motiveret for rygestop. Det er et potentiale, som lægerne bør udnytte. Det kræver selvsagt, at lægerne er gode til at aflæse og spørge ind til rygerens motivation for rygestop. Det viser sig imidlertid, at lægerne ikke er særligt systematiske i deres tilgang til rygere. Den individualiserede tilgang, som lægerne foretrækker, har helt klart sine styrker, bl.a. fordi de via deres kendskab til patienterne, har mulighed for at sætte ind lige præcis på det tidspunkt, hvor der viser sig en åbning for forandring hos patienten. Men der kan være behov for, at lægerne er mere aktive på området, og får skærpet deres opmærksomhed omkring rygerens motivationsniveau.

5.3 anbefalinger

Rapportens resultater giver anledning til en række anbefalinger, som henvender sig til både apotekerne, de praktiserende læger og myndigheder med ansvar for forebyggelse.

Der er behov for at lukke det “gab”, som eksisterer i forholdet mellem rygerens villighed til at følge lægernes råd om rygestop, og lægernes tilbageholdenhed overfor at tage rygning op.

- Praktiserende læger bør være mere aktive i forhold til utvetydigt at råde og motivere alle rygere til at holde op med at ryge.
- Lægernes organisationer og faglige fora kan medvirke til at støtte lægerne i at være mere aktive ved internt at sætte lægernes rolle i forebyggelsen af rygerelaterede sygdomme på dagsordenen, og medvirke til en diskussion af lægernes holdninger til at påtage sig en mere aktiv rolle.
- Myndigheder med ansvar for forebyggelse bør udvikle tiltag, der kan støtte lægerne i at være mere aktive i forebyggelse på tobaksområdet. Det vil være særligt relevant at udvikle tiltag eller retningslinjer, der støtter op om lægernes risikopatient-tilgang. Der bør dog være en realistisk holdning til, hvor meget arbejde der kan forventes indpasset i de alment praktiserende lægers travle hverdag, hvorfor der måske i særlig grad skal sættes på at sikre, at de praktiserende læger har konkret og operationelt kendskab til den vifte af rygestoptilbud, der eksisterer.

Det er en helt central opgave at få lægerne bedre informeret om rygestopkursernes indhold og effekt. Ligeledes er det væsentligt at få brudt den erfaringsskirkel, som betyder, at lægerne ikke henviser deres patienter til rygestopkurserne, fordi de mangler patientbaseret erfaring med kurserne.

- Apotekerne bør videreformidle deltagernes erfaringer med og effekten af kurserne til lægerne, samt informere om tidspunktet for kursusafholdelse og -frekvensen – en viden som lægerne selv efterlyser. Formen og indholdet af den information, lægerne får, skal imidlertid overvejes grundigt, da lægerne i forvejen modtager meget materiale. Et par af lægerne foreslår, at apotekerne kommer ud til de praktiserende læger, og på den vis informerer om kurserne. Et forum kunne eksempelvis være lægernes 12-mandsforeningsmøder.
- Den viden, som Rygestopbasen generer om rygestopkursernes effekt, bør formidles til de praktiserende læger, således at lægerne har et bredt grundlag, hvorudfra de kan vurdere kurserne.
- Apotekerne bør overveje at markedsføre rygestopkurserne mere målrettet overfor de praktiserende læger som et tilbud til rygere, der er motiverede for rygestop. Overfor denne gruppe af rygere indtager lægerne en aktiv rolle, og er således særligt opmærksomme på at rådgive og tilbyde hjælpeforanstaltninger til disse rygere. De apoteksbaserede rygestopkurser bør i højere grad indgå i den vifte af tilbud, som de praktiserende læger i den sammenhæng tilbyder deres patienter.
- En vis kontinuitet i afholdelsen af kurserne er en afgørende faktor for lægernes tilbøjelighed til at henvise patienter til rygestopkurser. Samarbejdsaftaler mellem amt og apotek kan potentielt medvirke til at sikre denne kontinuitet, fordi der derved er opbakning til afviklingen af rygestopkurserne på tværs af apoteker. De enkelte apoteker kan have svært ved at skaffe nok deltagere eksempelvis til et gruppebaseret rygestopkursus – et problem som kan løses ved at koordinere kursusafholdelsen i henhold til en samarbejdsaftale. Sådanne aftaler kan forhåbentlig videreføres i den nye regionsstruktur.

Der eksisterer et potentiale for rekruttering af rygere via almen praksis. De viste sten med hensyn til, hvordan rygerne konkret rekrutteres til rygestopkurser, er imidlertid ikke fundet i denne undersøgelse. Lægernes skepsis overfor apotekerne udgør én af de væsentligste barrierer for lægernes tilbøjelighed til at henvise til apotekernes rygestopkurser.

- Der er behov for at undersøge og afprøve andre modeller for rekruttering via almen praksis til apoteksbaserede rygestopkurser samt andre rygeafvænningsstilbud.
- Hvis apotekerne ønsker et tættere samarbejde om rygestop med de praktiserende læger, bør apotekerne overveje, hvordan de kan medvirke til at ændre deres image blandt de praktiserende læger.

- Egne rygestopinstruktører i almen praksis i form af uddannet klinikpersonale eller amtslige rygestopinstruktører, der tager ud i almen praksis, er et muligt alternativ, som kan skærpe lægernes opmærksomhed på forebyggelsen af rygerelaterede sygdomme.
- Der bør foretages mere dybdegående studier af rygernes bevæggrunde for at begynde et rygeophør, samt deres konkrete præferencer for valg af rygeafvænningsmetoder og hjælpemidler.

6. Referencer

Aagren, M. (2003): "Effekten af et rygestopforsøg", *Månedsskrift for Praktisk Lægegerning*, vol. 81, no. 5, pp. 719-725.

Anderson, J. E., Jorenby, D. E., Scott, W. J., & Fiore, M. C. (2002): "Treating tobacco use and dependence: an evidence-based clinical practice guideline for tobacco cessation", *Chest*, vol. 121, no. 3, pp. 932-941.

Apotekerforeningen (2002): *Rygeafvænning: Oversigt over aftaler mellem amter og apoteker*. Apotekerforeningen, København.

Apotekerne i Danmark (2001): *Rygestop*. Apotekerne i Danmark, København.

Baagø, H. (1994): "Ribe tager sig kærligt af kunderne", *Apoteksassistenten*, vol. 48, no. 19, pp. 4-8.

Bateman, I. J., Carson, R. T., Day, B., Hanemann, M., Hanley, N., & Hett, T. (2002): *Economic valuation with stated preference techniques. A manual*. Edward Elgar, Cheltenham, UK.

Christensen, B. (1993): "Praktiserende læger og rygning. Praktiserende lægers viden, holdninger og rygevaner og sammenhængen imellem disse vurderet ved en enqueteundersøgelse i Århus Amt", *Ugeskr.Læger*, vol. 155, no. 5, pp. 307-310.

Clemmensen, I. H., Schroll, B., & Storm, H. (2002): *Praktiserende lægers holdninger og adfærd overfor rygende patienter*. Forebyggelse og Dokumentationsafdelingen i Kræftens Bekæmpelse, København.

Coleman, T., Murphy, E., & Cheater, F. (2000): "Factors influencing discussion of smoking between general practitioners and patients who smoke: a qualitative study", *Br.J.Gen.Pract.*, vol. 50, no. 452, pp. 207-210.

Coleman, T. & Wilson, A. (1996): "Anti-smoking advice in general practice consultations: general practitioners' attitudes, reported practice and perceived problems", *Br.J.Gen.Pract.*, vol. 46, no. 403, pp. 87-91.

Coleman, T. & Wilson, A. (2000): "Anti-smoking advice from general practitioners: is a population-based approach to advice-giving feasible?", *Br.J.Gen.Pract.*, vol. 50, no. 461, pp. 1001-1004.

Crealey, G. E., McElnay, J. C., Maguire, T. A., & O'Neill, C. (1998): "Costs and effects associated with a community pharmacy-based smoking-cessation programme", *Pharmacoeconomics*, vol. 14, no. 3, pp. 323-333.

Cummings, R. G., Brookshire, D. S., & Schulze, W. D. (1986): *Valuing Environmental Goods: An Assessment of the Contingent Valuation Method*. Totowa.

Dahlager, L. (2001): "I forebyggelsens magt", *Distinktion* no. 3, pp. 91-102.

Dansk Farmaceutforening (2004): *Lønstatistik 2003*. Dansk Farmaceutforening, Hellerup.

Devlin, N. & Parkin, D. (2004): "Does NICE have a cost-effectiveness threshold and what other factors influence its decisions? A binary choice analysis", *Health Econ.*, vol. 13, no. 5, pp. 437-452.

Falk Healthcare. Sundhedscenter for dine medarbejdere.
http://www.falkhealthcare.dk/TBC_apotek.htm Sidst opdateret: 22-12-2003. Udskrevet: 10-6-2004.

Forebyggelsesrådet (2003): *Partnerskabsaftale mellem Forebyggelsesrådet og apotekerne i Roskilde Amt om rygestopaktiviteter, 2003-2006*. Roskilde Amt.

- Gottlieb, N. H., Guo, J. L., Blozis, S. A., & Huang, P. P. (2001): "Individual and contextual factors related to family practice residents' assessment and counseling for tobacco cessation", *J.Am.Board Fam.Pract.*, vol. 14, no. 5, pp. 343-351.
- Gottlieb, N. H., Mullen, P. D., & McAlister, A. L. (1987): "Patients' substance abuse and the primary care physician: patterns of practice", *Addict.Behav.*, vol. 12, no. 1, pp. 23-32.
- Green, L. W. & Kreuter, M. W. (1999): "11. Applications in Health Care Settings," in *Health Promotion Planning. An Educational and Ecological Approach*, L. W. Green & M. W. Kreuter, eds., Mayfield Publishing Company, USA, pp. 417-469.
- Harrington, P. (2001): "WHO evidence based recommendations on the treatment of tobacco dependence", *Monaldi Arch.Chest Dis.*, vol. 56, no. 5, pp. 462-466.
- Hentze Jensen, L. H. & Osler, M. (1996): "Rygeafvænning i almen praksis", *Ugeskr.Laeger*, vol. 158, no. 35, pp. 4905-4908.
- Humair, J. P. & Ward, J. (1998): "Smoking-cessation strategies observed in videotaped general practice consultations", *Am.J.Prev.Med.*, vol. 14, no. 1, pp. 1-8.
- Isacson, D., Binge-fors, C., & Ribohn, M. (1998): "Quit Smoking and the Pharmacy – an evaluation of a Smoking Cessation Programme in Sweden", *Journal of Soc.Adm.Pharm.*, vol. 15 (3), pp. 164-173.
- Iversen, L. (2002): "Forebyggelse og sundhedsfremme," in *Medicinsk sociologi. Samfund, sundhed og sygdom*, L. Iversen et al., eds., Munksgaard Danmark, København, pp. 275-301.
- Jacobsen, E. T. (2001): *Sundhedsprojektet Ebeltoft*. DSI, København.
- Jaen, C. R., Crabtree, B. F., Zyzanski, S. J., Goodwin, M. A., & Stange, K. C. (1998): "Making time for tobacco cessation counseling", *J.Fam.Pract.*, vol. 46, no. 5, pp. 425-428.
- Jaen, C. R., McIvain, H., Pol, L., Phillips, R. L., Jr., Flocke, S., & Crabtree, B. F. (2001): "Tailoring tobacco counseling to the competing demands in the clinical encounter", *J.Fam.Pract.*, vol. 50, no. 10, pp. 859-863.
- Jørgensen, L. R. (2002): "Rygestop – er det en opgave for almen praksis?", *Practicus*, vol. 26, no. 152, pp. 86-88.
- Kjær, N. T. (2004): *Bilag vedrørende STOP's koncept for rygestopkurser*. Kræftens Bekæmpelse, København.
- Klinisk enhed for Sygdomsforebyggelse (2001): *Rygeophør på sygehus. Fakta, metoder og anbefalinger*. Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse, København.
- Knudsen, M. S. (2003): *Statistik om rygestop i apoteksregi baseret på indberettet salg (internt notat)*. Apotekerforeningen, København.
- Knudsen, M. S. (2004): *Rygestop: Omsætning og aktivitet (internt SAS-output)*. Apotekerforeningen, København.
- Kottke, T. E., Willms, D. G., Solberg, L. I., & Brekke, M. L. (1994): "Physician-delivered smoking cessation advice: issues identified during ethnographic interview", *Tobacco Control*, vol. 3, pp. 46-49.
- Kvale, S. (1998): *InterView. En introduktion til det kvalitative forskningsinterview*. Hans Reitzels Forlag, København.
- Lancaster, T. & Stead, L. F. (2003): "Individual behavioural counselling for smoking cessation", *Cochrane.Database.Syst.Rev.* no. 4, p. CD001292.
- Lipsky, M. (1980): *Street-level bureaucracy*. Russell Sage Foundation, New York.
- Lobbato, K. H. (2000): *Rygeafvænning. Hvad karakteriserer rygere, som ønsker at deltage i et rygeafvænningskursus?* Master of Public Health, Københavns Universitet, København.
- Lous, J. & Ollendorff, S. (2003): *Rygeafvænning i almen praksis i Vejle Amt*. Vejle Amt.

- Maalo, E. (1996): *Case-studier af og om mennesker og organisationer*. Akademisk Forlag, København.
- Mabeck, C. E., Kallerup, H., & Maunsbach, M. (1999): *Den motiverende samtale*. Dansk selskab for almen medicin, Aalborg.
- Mabeck, C. E., Kallerup, H., & Maunsbach, M. (2001): *Den motiverende samtale*. Dansk selskab for almen medicin, København.
- Maguire, T. A., McElroy, J. C., & Drummond, A. (2001): "A randomized controlled trial of a smoking cessation intervention based in community pharmacies", *Addiction*, vol. 96, no. 2, pp. 325-331.
- Marosi, K. (2003): *Evaluering af apoteksmodellen*. Nationalt Center for Rygestop, København.
- McIlvain, H. E., Crabtree, B. F., Gilbert, C., Havranek, R., & Backer, E. L. (1997): "Current trends in tobacco prevention and cessation in Nebraska physicians' offices", *J.Fam.Pract.*, vol. 44, no. 2, pp. 193-202.
- McLeod, D., Somasundaram, R., Howden-Chapman, P., & Dowell, A. C. (2000): "Promotion of smoking cessation by New Zealand general practitioners: a description of current practice", *N.Z.Med.J.*, vol. 113, no. 1122, pp. 480-485.
- Mitchell, R. C. & Carson, R. T. (1989): *Using Surveys to Value Public Goods: The contingent Valuation Method*. Rowman & Allanheld, Resources for the Future, Washington DC.
- Molzen, J. E. (2001): *Evaluering af rygestopkurserne på apotekerne – et samarbejde mellem Forebyggelsesrådet og apotekerne i Roskilde Amt*. Forebyggelsesafdelingen, Roskilde Amt.
- Morgan, D. L. (1997): *Focus groups as qualitative research*. Sage Publications, London.
- Mowat, D. L., Mecredy, D., Lee, F., Hajela, R., & Wilson, R. (1996): "Family physicians and smoking cessation. Survey of practices, opinions, and barriers", *Can.Fam.Physician*, vol. 42, pp. 1946-1951.
- Nationalt Center for Rygestop (2001): *Tobaksindsatsen i amterne – oversigt og perspektiver på rygestopaktiviteter*. Nationalt Center for Rygestop, København.
- Nygård, S. (2003): *Projektbeskrivelse for "Den regionale model"*. Frederiksborg Amt, Hillerød.
- Olesen, F. & Lous, J. (2001): "Sygdomsforebyggelse i almen praksis," in *Sygdomsforebyggelse – hverdag og visioner*, H. Goldstein, ed., Akademisk Forlag, København, pp. 31-42.
- PLS Rambøll (2003): *Monitorering af danskernes rygevaner*. Udarbejdet for Hjerteforeningen, Kræftens Bekæmpelse, Lungeforeningen og Sundhedsstyrelsen, København.
- Prochaska, J. O., Norcross, J. C., & DiClemente, C. C. (1994): *Changing for Good*. Avon Books, New York.
- Rasmussen, S. R. (2001): "Rygestop og forebyggelse af rygning – omkostninger og finansiering", *Nyfigen* no. 12, pp. 3-7.
- Rasmussen, S. R., Gyldenstof, S., & Bruun, J. J. (2002): *Rygestop i Apoteksregi*. DSI Institut for Sundhedsvæsen, København.
- Rasmussen, S. R., Prescott, E., Sorensen, T. I., & Sogaard, J. (2004): "The total lifetime costs of smoking", *Eur.J.Public Health*, vol. 14, no. 1, pp. 95-100.
- Raw, M., McNeill, A., & West, R. (1999): "Smoking cessation: evidence based recommendations for the healthcare system", *BMJ*, vol. 318, no. 7177, pp. 182-185.
- Rieper, O. (1993): *Gruppeinterview i praksis – brug af fokusgruppeinterview i evalueringsforskning*. AKF Forlaget, København.
- Russell, M. A., Stapleton, J. A., Jackson, P. H., Hajek, P., & Belcher, M. (1987): "District programme to reduce smoking: effect of clinic supported brief intervention by general practitioners", *Br.Med.J.(Clin.Res.Ed)*, vol. 295, no. 6608, pp. 1240-1244.
- Rygestopbasen (2004a): *Halvårsrapport Januar 2004*. Fælles rapport. Rygestopbasen, Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse, Bispebjerg Hospital, København.

Rygestopbasen (2004b): *Rygestopforløb i apoteksregi (udtræk fra Rygestopbasen 07-06-2004)*. Rygestopbasen, Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse, Bispebjerg Hospital, København.

Rygestopbasens sekretariat (2001): *Rygestopbasen*. Sekretariatet for Rygestopbasen, Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse, Bispebjerg Hospital, København.

Saywell, R. M., Jay, S. J., Lukas, P. J., Casebeer, L. L., Mybeck, K. C., Parchman, M. L., & Haley, A. J. (1996): "Indiana family physician attitudes and practices concerning smoking cessation", *Indiana Med.*, vol. 89, no. 2, pp. 149-156.

Senore, C., Battista, R. N., Ponti, A., Segnan, N., Shapiro, S. H., Rosso, S., & Ainar, D. (1999): "Comparing participants and nonparticipants in a smoking cessation trial: selection factors associated with general practitioner recruitment activity", *J.Clin.Epidemiol.*, vol. 52, no. 1, pp. 83-89.

Sesney, J. W., Kreher, N. E., Hickner, J. M., & Webb, S. (1997): "Smoking cessation interventions in rural family practices: an UPRNet study", *J.Fam.Pract.*, vol. 44, no. 6, pp. 578-585.

Silagy, C. & Stead, L. F. (2003): "Physician advice for smoking cessation", *Cochrane.Database.Syst.Rev.* no. 4, p. CD000165.

Sinclair, H., Bond, C., & Stead, L. (2004): "Community pharmacy personnel interventions for smoking cessation", *Cochrane.Database.Syst.Rev.* no. 4, p. CD003698.

Sinclair, H. K., Bond, C. M., Lennox, A. S., Silcock, J., Winfield, A. J., & Donnan, P. T. (1998): "Training pharmacists and pharmacy assistants in the stage-of-change model of smoking cessation: a randomised controlled trial in Scotland", *Tob.Control*, vol. 7, no. 3, pp. 253-261.

Sinclair, H. K., Silcock, J., Bond, C. M., Lennox, S., & Winfield, J. (1999): "The cost-effectiveness of intensive pharmaceutical intervention in assisting people to stop smoking", *The International Journal of Pharmacy Practice*, vol. 7, pp. 107-112.

Slot, C. (2002): *Sygesikringstilskud til nikotinerstatningsprodukter i Vejle Amt*. Vejle Amt, Vejle.

Song, F., Raftery, J., Aveyard, P., Hyde, C., Barton, P., & Woolacott, N. (2002): "Cost-effectiveness of pharmacological interventions for smoking cessation: a literature review and a decision analytic analysis", *Med.Decis.Making*, vol. 22, no. 5 Suppl, p. S26-S37.

Statens Institut for Medicinsk Teknologivurdering (2000): *Medicinsk Teknologivurdering. Hvorfor? Hvad? Hvornår? Hvordan?* Statens Institut for Medicinsk Teknologivurdering, København.

Statens Institut for Medicinsk Teknologivurdering (2001): *Metodebog for Medicinsk Teknologivurdering*. Statens Institut for Medicinsk Teknologivurdering, København.

Statistikbanken. BEF1A: Folketal pr. 1. januar efter kommune/amt, civilstand, alder og køn. <http://www.statistikbanken.dk/statbank5a/default.asp?w=800> Sidst opdateret: 22-7-2004. Udskrevet: 22-7-2004.

Stead, L. F. & Lancaster, T. (2003): "Group behaviour therapy programmes for smoking cessation", *Cochrane.Database.Syst.Rev.* no. 4, p. CD001007.

Sundhedsministeriet (1999): *Regeringens folkesundhedsprogram 1999-2008*. Sundhedsministeriet, København.

Sundhedsstyrelsen (2003): *Metoder til rygeafvænning – dokumentation og anbefalinger*. Sundhedsstyrelsen & Nationalt Center for Rygestop, København.

Sygesikringens Forhandlingsudvalg & Praktiserende Lægers Organisation (2003): *Landsoverenskomst om almen lægegerning mellem Sygesikringens Forhandlingsudvalg (SFU) og Praktiserende Lægers Organisation (P.L.O.)*. SFU & P.L.O., København.

Tran, M. T., Holdford, D. A., Kennedy, D. T., & Small, R. E. (2002): "Modeling the cost-effectiveness of a smoking-cessation program in a community pharmacy practice", *Pharmacotherapy*, vol. 22, no. 12, pp. 1623-1631.

Tulinius, D. & Dencker, A. (2001): "*Patienterne ville tro, at jeg var monoman, hvis jeg tog rygning op hver eneste gang...*". Afd. for Almen Medicin & Central Forskningsenhed for Almen Praksis, København.

Tværmose, P., Haystrup, P., Hundborg, L., Holst, A., & Falk, J. (2003): *Rygestop-guiden*. Sundhedsstyrelsen, København.

Vallgård, S. (2003): "Styring gennem ansvarliggørelse," in *Folkesundhed som politik. Danmark og Sverige fra 1930 til i dag*, S. Vallgård, ed., Aarhus Universitetsforlag, Århus, pp. 148-168.

Vejle Amt (1999): *Samarbejdsaftale mellem Vejle Amt og Danmarks Apotekerforenings Horsens-Vejle Kreds om rygeafvænnning*. Vejle Amt, Vejle.

Vejle Amt (2002a): *Hjælp til rygestop i Vejle Amt*. Medieenheden, Vejle Amt, Vejle.

Vejle Amt (2002b): *Projektbeskrivelse vedr. rygestop i almen praksis i Vejle Amt*. Sundhedsfremme- og Sygesikringsafdelingen, Vejle Amt, Vejle.

Vejle Amt & Praksisudvalget (1999): *Vedrørende samarbejde mellem Vejle Amt og de alment praktiserende læger om forebyggelse på røgområdet*. Vejle Amt, Vejle.

WHO (1997): *Pharmacists helping smokers to quit: Evaluation Report*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.

Willaing, I. (2000): *Rygning og forebyggelse i sygehusregi*. Master of Public Health, Københavns Universitet, København.

Winter, S. (1994): "Markarbejdernes og borgernes indflydelse på implementeringen," in *Implementering og effektivitet*, S. Winter, ed., Systime, Herning, pp. 77-86.

Woolacott, N. F., Jones, L., Forbes, C. A., Mather, L. C., Sowden, A. J., Song, F. J., Raftery, J. P., Aveyard, P. N., Hyde, C. J., & Barton, P. M. (2002): "The clinical effectiveness and cost-effectiveness of bupropion and nicotine replacement therapy for smoking cessation: a systematic review and economic evaluation", *Health Technol.Assess.*, vol. 6, no. 16, pp. 1-245.

Wynn, A., Coleman, T., Barrett, S., & Wilson, A. (2002): "Factors associated with the provision of anti-smoking advice in general practice consultations", *Br.J.Gen.Pract.*, vol. 52, no. 485, pp. 997-999.

Young, J. M. & Ward, J. E. (2001): "Implementing guidelines for smoking cessation advice in Australian general practice: opinions, current practices, readiness to change and perceived barriers", *Fam.Pract.*, vol. 18, no. 1, pp. 14-20.

7. Bilag

7.1 Spørgeskema om efterspørgsel efter rygestopkurser i apoteksregi

1. Hvor gammel er du? _____ (år)

2. Køn?

- ☐ Mand
- ☐ Kvinde

3. Er du ryger? (cigaretter, pibe, cigarer el. anden lign. tobak)

- ☐ Ja, jeg ryger hver dag
- ☐ Ja, jeg ryger mindst en gang om ugen
- ☐ Ja, men jeg ryger sjældnere end hver uge
- ☐ Nej, jeg er ikke ryger
- ☐ Hvis afsluttes interviewet – ellers gå til spørgsmål 4.

4. Har du planer om at holde op med at ryge?

- ☐ Indenfor den kommende måned
- ☐ Om 1-6 måneder
- ☐ Længere ude i fremtiden
- ☐ Nej, jeg har ikke planer om at holde op med at ryge
- ☐ Ved ikke

5. Er der på din nuværende arbejdsplads eller uddannelsesinstitution:

- ☐ Fri adgang til at ryge som man vil
- ☐ Begrænset adgang til at ryge
- ☐ Meget begrænset adgang til at ryge
- ☐ Ingen adgang til at ryge indendørs overhovedet.
- ☐ Ikke relevant

Landets apoteker afholder rygestopkurser, som forgår i grupper på cirka 10 personer eller som individuel rådgivning.

- Gruppekurserne strækker sig over 5 gange af 2 timers varighed over en periode på 6 uger. I starten forberedes rygestop og der instrueres i brug af nikotintygggegummi eller -plastre. Der fastsættes også en rygestopdato, og der gives hjælp til at klare fristende situationer og undgå tilbagefald. Der gives også kostråd, m.h.p. at undgå øget vægt.
- Individuelle rådgivningsforløb strækker sig også over ca. 5 gange. De er lidt kortere end gruppekurserne, men de samme ting bliver gennemgået. Dog er rådgivningen i højere grad tilpasset den enkeltes behov.

Over halvdelen af kursusdeltagerne er røgfri efter sidste kursusgang. Nogen oplever et tilbagefald – efter 1 år er der ca. 25 %, der stadig ikke ryger.

6. Hvis du gennem dagspressen, ugeavisen eller på apoteket blev opmærksom på et gratis tilbud om et rygestopkursus på dit lokale apotek, ville du så vælge at deltage i et sådant kursus?

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Ved ikke

7. Hvis din praktiserende læge kraftigt råder dig til at holde op med at ryge, vil du så gøre det?

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Ved ikke

8. Hvis din praktiserende læge kraftigt råder dig til at holde op, og samtidig tilbyder dig en plads på et gratis rygestopkursus på dit apotek, vil du så tage imod tilbuddet?

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Ved ikke

Hvis ja, gå til spørgsmål 9 ellers gå til spørgsmål 11.

Det koster ca. 5.600 om året at ryge 10 cigaretter om dagen. Det koster ca. 10.800 kr. om året at ryge 20 cigaretter om dagen. Inden du svarer på næste spørgsmål, vil jeg gerne, at du tænker over, hvad det koster dig at ryge.

9. Hvis der er en egenbetaling på 500 kr. for det rygestopkursus på apoteket, som din praktiserende læge tilbyder dig en plads på, vil du så tage imod tilbuddet?

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Ved ikke

Hvis ja, gå til spørgsmål 10, ellers gå til spørgsmål 11.

10. Hvad er det maksimale beløb, som du ville være villig til at betale for at deltage på rygestopkurset?

- ☐ 750 kr.
- ☐ 1000 kr.
- ☐ 1500 kr.
- ☐ 2000 kr.
- ☐ 3000 kr.
- ☐ Et højere beløb – angiv beløb: _____ kr.
- ☐ Ved ikke (præsenteres ikke som svarmulighed, men anvendes, hvis respondenterne overhovedet ikke kan besvare spørgsmålet)

11. På apotekernes rygestopkurser er over halvdelen røgfri efter sidste kursusgang, og efter 1 år er der cirka 25 %, som stadig ikke ryger.

Jeg vil nu bede dig tænke over dine egne muligheder for at holde op med at ryge og forblive røgfri ved hjælp af et rygestopkursus.

På en skala fra 0 til 100 – hvor 100 betyder, at det er helt sikkert, at du ikke ryger ét år efter kurset, og 0 betyder, at det er helt sikkert, at du ryger ét år efter kurset – hvor sikker er du så på, at du ikke ryger ét år efter, at du har gennemgået et rygestopkursus?

7.2 Interviewguide – praktiserende læger

1. Indledning

- Præsentation af interviewere.
- Formål med projektet er at gennemføre en MTV af rygestopkurser i apoteksregi med fokus på efterspørgsel/behovet for kapacitetsudbygning samt rekruttering gennem samarbejde med alment praktiserende læger (belyse muligheder for tættere samarbejde med almen praksis).

2. Præsentationsrunde:

- Navn, alder og hvor længe I har været praktiserende læge, evt. praksisform (enkeltmand/fælles)

3. Praksis omkring rygning/rygeafvænning

- Hvordan ser I jeres rolle i forhold til patienter, som ryger?
 - Nogle læger mener, at man meget aktivt skal søge at få alle patienter, der ryger, til at stoppe hurtigst muligt – hvad mener I om den indstilling?
 - Nogle læger mener, at rygning egentlig er patientens egen sag, som man derfor kun bør gå aktivt ind i, hvis patienten selv bringer det på banen – hvad mener I om den indstilling?
- I hvilke situationer spørger I patienterne om rygning?
 - Hvad skal der til, for at I tager rygning op med jeres patienter?
(Er det kun ved patienter, der har rygerelaterede sygdomme/er gravid eller tages det også op med raske patienter – fx ved anamnese på nye patienter)
 - Foreslår I forebyggelsessamtaler (103, 104) eller tager I snakken med det samme?
- Hvad er jeres erfaring med at diskutere rygevaner med jeres patienter?
 - Er det vanskeligt/lige til at spørge ind til?
 - Hvordan reagerer patienterne?
 - Har I en fornemmelse af, om jeres 'intervention' har en betydning/effekt? (øges patientens motivation?, fører det til rygestop? etc.)

4. Handlinger/tilbud i forbindelse med rygestop

- Hvad gør I, når en patient ønsker at stoppe med at ryge?
 - Hvilke tilbud har I? (medicin/nikotinerstatning, rådgivning, egne rygestopkurser, apotekskurser etc.)
 - Hvilke tilbud foretrækker I at give jeres patienter? – hvorfor?
 - bedst effekt?
 - praktiske årsager?
 - mangler der gode tilbud?
 - etc.

- Bruger I rygestopkurser i apoteksregi som et tilbud til patienten?
 - Hvorfor?/Hvorfor ikke?
 - Hvilke forhold spiller ind på, om I vælger at 'henvise' til kurserne eller ej? (særlige typer af patienter, praktiske forhold etc.)
 - Hvilke fordele/ulempeser ser I i at henvise jeres patienter til apotekernes kurser?
- Hvad er jeres vurdering af apotekernes kurser?
 - Er det bedre end/ringere end andre midler/metoder?
 - Kan kurserne på nogen måde forbedres?
- Hvordan er jeres samarbejde med/holdning til apotekerne generelt?
 - Blander apotekerne sig efter jeres mening for meget i de lægelige opgaver? (Aftaler med Falck vedr. Health Care Centre)
- Hvad skulle der til, for at I henviste til apotekskurserne i et større omfang?
 - Kendskab til tilbud? Hvad, hvornår etc.
 - Mulighed for booking?
 - Ændret tilbud?

5. Nationalt/amtsligt niveau

- Hvilke forventninger mener I, der er til jer vedr. rygestop fra nationale myndigheder? Fra amtet?
 - Hvordan forholder I jer til disse forventninger?
 - Er der forhold, som gør det svært at leve op til disse forventninger?
- *Lægerne Vejle*: Der blev i 1999 lavet en samarbejdsaftale mellem amtet og prak. læger om en fælles indsats mod tobaksforbruget (lave en rygeprofil på samtlige patienter)
 - Kender I til aftalen?
 - Hvordan har aftalen fungeret? – mulige grunde til udfaldet?
 - Kender I og har I registreret patienternes rygestatus i journalen?
- *Lægerne Vejle*: Hvordan vurderer I det nyeste projekt fra amtet om at etablerer rygestopkurser i regi af almen praksis? (uddanne rygestopinstruktører)
 - fordele/ulempeser ved det tiltag?
 - udspilles apotekskursernes rolle? (tilbuddet i almen praksis er gratis, hvorimod det koster 500 kr. på apotekerne)
- *Lægerne Roskilde*: Der kører for øjeblikket et projekt i Roskilde Amt og Frederiksberg/Københavns Kommune, hvor prak. læger har mulighed for at have en ekstern rygeafvænningsinstruktør til at gennemføre rygeafvænningsforløb. Hvordan vurderer I en sådan ordning?
 - Fordele/ulempeser ved det tiltag?

6. Afslutning

- Er der noget vi ikke har spurgt ind til, som I finder væsentlig at få frem indenfor dette emne?

7.3 Patientbrev (skriftlig feasibility)

Rygestop

Du ved sikkert godt, at rygning er skadeligt for dit helbred. Jeg ved, at det kan være svært at holde op med at ryge, men hvis du overvejer at holde op, og har brug for hjælp eller vejledning, er du meget velkommen til at kontakte mig for en eventuel samtale.

Hvis du har et ønske om at holde op med at ryge, har du også mulighed for at starte på et rygestopkursus på xxx Apoteket tilbyder to former for kurser:

- **Gruppebaserede kurser** med start i uge 45
5 mandage over 6 uger fra kl.18.00-19.30.
Pris: 600 kr.
- **Individuelle kurser**
Starttidspunkt aftales individuelt
Pris: 500 kr.

Ved at deltage i ét af ovenstående kurser, kan du få den vejledning og støtte, der måske kan få dig til at slippe tobakken – også selvom du tidligere har forsøgt uden held. Ifølge rygestopkonsulenten på apoteket, er halvdelen af de personer, som har gennemført et kursus, holdt op med at ryge ved kursets afslutning. Du kan finde yderligere information om rygestop og rygestopkurser i de vedlagte foldere!

Tilmelding til kurserne foregår ved at kontakte rygestopkonsulent xxx på xxx Apotek på tlf.: xx xx xx xx. Du kan også tilmelde dig kurserne via den vedlagte tilmeldingsblanket, hvorefter apoteket vil kontakte dig.

Med venlig hilsen

Din praktiserende læge xxx

7.4 Patientbrev (mundtlig feasibility)

Rygestop

Hvis du efter samtalen med mig i dag får lyst til at tale videre om et eventuelt rygestop, er du altid velkommen til at kontakte mig og eventuelt bestille tid til en konsultation.

Hvis du på et tidspunkt beslutter dig for at holde op med at ryge og ønsker at deltage i et rygestopkursus, kan du kontakte følgende rygestopkonsulenter på henholdsvis xxx Apotek og xxx Apotek og tilmelde dig et kursus.

- **Gruppebaserede kurser** d. 1. oktober og 5. november
5 onsdage i alt fra kl. 19-21
rygestopinstruktør xxx, xxx Apotek, tlf.: xx xx xx xx
- **Individuelle kurser:**
Tidspunkt aftales individuelt
Rygestopinstruktør xxx på xxx Apotek, tlf.: xx xx xx xx

Du kan også tilmelde dig kurserne via den vedlagte tilmeldingsblanket, hvorefter det pågældende apotek vil kontakte dig.

Du kan finde yderligere information om rygestopkurser i de vedlagte foldere!

Med venlig hilsen

Praktiserende læge xxx

7.5 Interviewguide: Skriftlig feasibility-studie

Formålet med dette interview er at høre om dine/jeres erfaringer med feasibilitystudiet.

- Navn, alder, hvor længe i praksis?

Tidligere praksis/brug af rygestopkurser

- Hvordan ser I jeres rolle i forhold til patienter, der ryger?
- Hvordan gribes rygning/rygestop normalt an overfor patienter, der ryger?
 - Hvad er det afgørende i valg af metoder/tilgange?
 - Er sekretæren involveret i de 'procedurer'?
- Er rygestopkurserne tidligere blevet anvendt som et tilbud til patienterne?
 - hvorfor/hvorfor ikke
 - foretrækkes andre tilbud/metoder? – hvilke (evt. kurser på sygehus) og hvorfor?
- Hvad var jeres kendskab til de apoteksbaserede rygestopkurser, før I indvilligede i at indgå i studiet?
 - Holdning til/vurdering af apotekernes tilbud?
 - Hvad skulle der til, for at denne lægepraksis anvendte rygestopkurserne i større omfang?

Kortlægning af interventionen

Sekretær:

- Kan du kort beskrive, hvordan ugen forløb?
 - Hvor mange konvolutter blev udleveret?
 - Hvordan blev materialet introduceret for patienterne?
- Hvordan reagerede patienterne i forhold til:
 - spørgsmålet om deres rygevaner? – viste de interesse el. var de afvisende?
 - at modtage materialet?
 - var der nogen, som ikke ønskede at modtage materialet?
 - blev indholdet af materialet kommenteret?

Læge:

- Hvad er din vurdering af det udleverede materiale?
- Spurgte patienterne ind til materialet/rygning under konsultationen?
- Er der kommet henvendelse senere vedr. rygning, fra de patienter, der har fået udleveret materialet?

Oplevelse/vurdering af interventionsmåde

- Skabte studiet problemer i forhold til det øvrige arbejde? – hvordan og hvorfor?
 - Var det muligt at løse disse problemer ad hoc el. krævede det en større omlægning af arbejdet?
- Hvad er jeres vurdering af denne form for intervention?
 - Har det nogen effekt i forhold til patienterne?
 - Vil I benytte en sådan metode i fremtiden eller vil I gribe det anderledes an? (evt. hvordan)
 - Kunne man tænke sig, at man på lignende vis i fremtiden valgte nogle uger ud, hvor man udleverede materiale om rygning til patienterne?
- Har studiet påvirket jeres opfattelse af, hvordan man kan gribe rygning og rygestop an overfor patienterne?
- Er der noget vi ikke har spurgt ind til, som I finder væsentlig at få frem indenfor dette emne?

7.6 Interviewguide: Mundtlig feasibility-studie

Formålet med dette interview er at høre om dine erfaringer med feasibility-studiet.

Tidligere brug af rygestopkurser

- Har du tidligere henvist dine patienter til et rygestopkursus?
- Hvad var dit kendskab til de apoteksbaserede rygestopkurser, før du indvilligede i at indgå i studiet?

Kortlægning af interventionen

- Kan du kort beskrive, hvordan du tog rygning op med dine patienter i den uge, studiet foregik?
 - Hvornår under konsultationen spurgte du ind til patientens rygevaner?
 - Hvad sagde du?
 - Hvordan kom du ind på mulighederne for at følge et rygestopkursus?
- Hvordan reagerede patienterne overfor dine spørgsmål om rygevaner?
 - Var det svært/nemt at motivere patienterne under konsultationen?
- Hvor mange var umiddelbart interesserede i at holde op med at ryge?
 - Hvad karakteriserede dem?
- Hvor mange ønskede ikke at tale med dig om deres rygevaner/rygestopkursus?
 - Hvad karakteriserede dem?
- Hvordan oplevede du som læge interventionen?
 - Var det vanskeligt at tage rygning op med patienterne?
 - Følte du dig godt nok rustet til at tage rygeproblematikken op med patienterne i de givne situationer?
 - Skabte studiet problemer i forhold til dit øvrige arbejde? – hvordan?
- Hvorfor tror du, der var så få, der meldte sig på et kursus umiddelbart efter interventionen?
 - Hvilke overvejelser kom til udtryk i forhold til at starte på et rygestopkursus?
 - Foretrak nogle af patienterne andre tilbud? – hvilke og hvorfor netop det tilbud?

Oplevelse/vurdering af interventionsmåde

- Hvad er din vurdering af denne form for intervention?
 - Har det nogen effekt på patienterne?
 - Vil du benytte en sådan metode i fremtiden eller vil du gribe det anderledes an? (evt. hvordan)
 - Kunne man tænke sig, at man på lignende vis i fremtiden valgte nogle uger ud, hvor man talte om rygning med sine patienter?
- Har studiet påvirket din opfattelse af, hvad der skal til for at motivere patienter til at holde op med at ryge?

Rygestopkurser på Apoteket

Efterspørger rygerne kurser og kan praktiserende læger rekruttere kursUSDeltagere?

Tobaksrygning vurderes at være den risikofaktor, der har størst negativ indvirkning på folkesundheden i Danmark. Apotekerne har siden midten af 80'erne tilbudt rygestopkurser til borgerne og er ét blandt mange andre rygeafvænningsstilbud, der bidrager til forebyggelsesindsatsen på tobaksområdet. Der er imidlertid et vedvarende behov for at granske de muligheder og eventuelle barrierer, som kan være forbundet med at rekruttere rygerne til apotekernes rygestopkurser. Ligeledes er det væsentligt at udvikle samarbejdet omkring rygeafvænnning med øvrige sundhedsaktører, der har kontakt med rygerne.

Denne rapport er en partiel medicinsk teknologivurdering af apoteksbaserede rygestopkurser med fokus på rygernes efterspørgsel efter rygestopkurser, samt muligheder for rekruttering gennem samarbejde med praktiserende læger. På baggrund af en litteraturnemgang af dansk og udenlandsk litteratur belyses apoteksbaserede rygestopkursers omkostningseffektivitet. En surveyundersøgelse blandt danske borgere giver indblik i, hvilke forhold der har betydning for rygernes villighed til at deltage i og betale for rygestopkurser. Derudover giver en interviewundersøgelse samt feasibility-studier indsigt i praktiserende lægers perspektiver og handlemåder indenfor rådgivning om rygning og rygeafvænnning samt anvendelsen af apotekernes rygestoptilbud. Derigennem anskueliggøres de muligheder og barrierer, der eksisterer for samarbejde mellem almen praksis og apotekerne med henblik på rekruttering til rygestopkurserne.

Rapporten munder ud i anbefalinger til apotekerne, praktiserende læger og myndigheder med ansvar for forebyggelse. Omdrejningspunktet for disse anbefalingerne er bl.a. et uudnyttet potentiale for primær forebyggelse af rygerelaterede sygdomme i almen praksis, samt et behov for øget information om rygestopkursernes indhold og effekt til de praktiserende læger