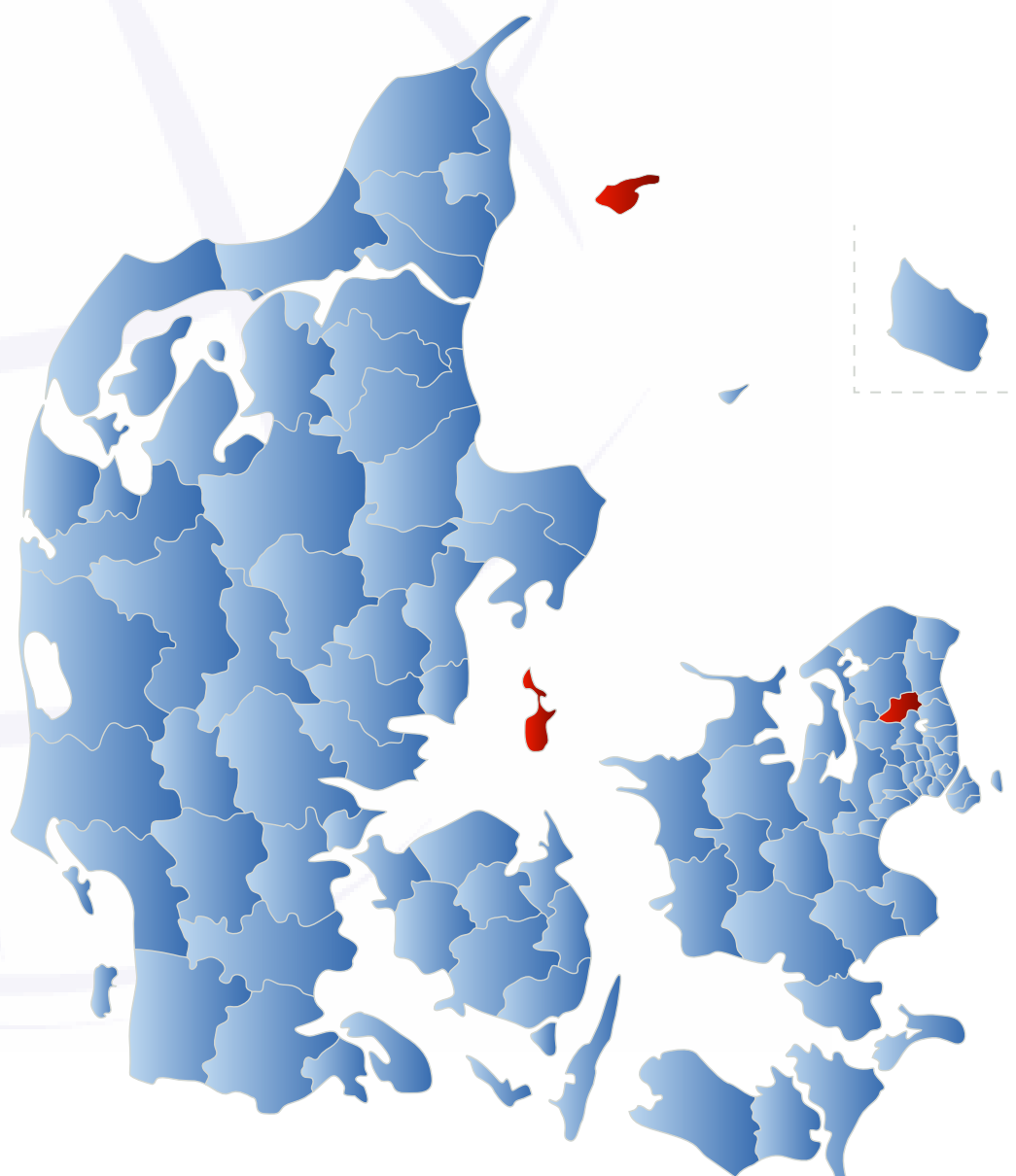


# Rygestopbasens årsrapport

**Aktiviteter afholdt i 2017  
med opfølgning i 2018**



# Clinical Health Promotion Centre

Clinical Health Promotion Centre på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital arbejder nationalt og internationalt for at opnå en bedre sundhedstilstand for patienter, sundhedspersonale og borgere.

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

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

Derudover driver vi Rygestopbasen, det internationale HPH Netværk (Health Promoting Hospitals and Health Services), det videnskabelige tidsskrift Clinical Health Promotion - Research and Best Practice og det videnskabelige selskab Clinical Health Promotion Society. Forskningen bliver udført i vores WHO-Collaborating Centre.

## Rygestopbasens årsrapport. Aktiviteter afholdt i 2017 med opfølgning i 2018

Copyright © Clinical Health Promotion Centre, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, 2018

Udgivet 05.12.2018

Forfattere: Anne Sode Grønbæk, Mette Rasmussen og Hanne Tønnesen.

Tak til Karina Poulsen for layout.

Danmarkskortet på forsiden viser de geografiske kommuner, der via offentlige eller private rygestopudbydere har en aftale med Rygestopbasen om registrering af rygestopinterventionerne pt. De røde felter viser kommuner, der ikke registrerer deres rygestopindsats i Rygestopbasen.

Uddrag af årsrapporten, herunder figurer, tabeller og citater, er tilladt med tydelig kildeangivelse. Årsrapporten citeres som: Grønbæk AS, Rasmussen M, Tønnesen H. Rygestopbasens årsrapport. Aktiviteter afholdt i 2017 med opfølgning i 2018. Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, 2018. Skrifter, der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til denne publikation, bedes tilsendt:

Rygestopbasen  
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital  
Nordre Fasanvej 57  
Hovedvejen, Byg. 14, Indgang 5, 2. sal  
2000 Frederiksberg

E-mail: rygestopbasen.bispebjerg-frederiksberg-hospitaler@regionh.dk  
Tlf.: +45 3816 3853

Hjemmeside: [www.rygestopbasen.dk](http://www.rygestopbasen.dk)  
ISSN: 1904-7169 (Online version)  
DOI: 10.5281/zenodo.7701040

# Indholdsfortegnelse

---

Forord .....	5
Opsummering.....	6
1. Om Rygestopbasen.....	8
2. Organisering af Rygestopbasen .....	11
3. Dataindsamling .....	12
4. Nationale resultater i absolutte tal .....	16
Beskrivelse af kurserne .....	17
Beskrivelse af deltagernes profil.....	20
Beskrivelse af opfølgningen.....	26
5. Resultater i forhold til kvalitetsmål .....	29
5.1 Indikatorer og kvalitetsmål.....	29
5.2 Indikator 1: Gennemført rygestopkursus .....	32
5.3 Indikator 2: Røgfri ved kursets afslutning .....	35
5.4 Indikator 3: Opfølgningsrate .....	38
5.5 Indikator 4: Røgfri efter 6 måneder.....	41
5.6 Indikator 5: Tilfredshed .....	44
6. Perspektivering og anbefalinger .....	50
7. Referencer .....	51



# Forord

---

Rygestopbasen præsenterer her effekten og omfanget af rygestopbehandling i Danmark for året 2017 med opfølgning i løbet af 2018. Rygestopbasen er national, gratis og åben for alle indsatser, der tilbyder rygestopbehandling. Alle deltagere i Rygestopbasen har givet informeret samtykke til registrering af deres data. Rygestopbasen er godkendt af Videnskabetisk Komité og Datatilsynet.

Denne rapport kan med fordel anvendes af politikere og sundhedsplanlæggere, udbydere af rygestopprogrammer, rygere, og de som anbefaler eller henviser til rygestopprogrammer samt journalister og andre sundhedsinteresserede.

## PRÆSENTATION AF RESULTATER PÅ FLERE MÅDER

I år præsenteres resultaterne for rygestopenhederne i kvalitetstal som førhen og som noget nyt med en opgørelse for alle deltagere i absolutte tal. For ikke at forveksle de to typer af opgørelser fra hinanden har kvalitetstal altid grønne farver og absolutte tal altid blå farver.

## HØJ AKTIVITET OG KVALITET

Sidste års stigning i antal deltagere og kvalitet er fastholdt. En medvirkende årsag er Sundheds- og Ældreministeriets og Sundhedsstyrelsens fortsatte støtte til rygetrangsreducerende medicin - både gennem Storrygerpuljen, der blev afsluttet ved udgangen af 2017 og med satspuljen "Hjælp til rygestop for særlige grupper (rygestopmedicin) 2017-2019", hvor tilskuddet bliver fordelt til samtlige kommuner via bloktilskuddet. Det er vigtigt, at rygestopindsatsen bliver prioriteret højt for at fortsætte de gode resultater - både nationalt og lokalt.

## NORDISK SAMARBEJDE

Rygestopbasens samarbejde på tværs af Øresund har resulteret i et stort forskningsprojekt om hvilke rygestopindsatser, der virker bedst til specifikke grupper af sårbare rygere i Sverige. Den danske rygestopbase begyndte også oprindeligt som projekt, og vi ser frem til at kunne sammenligne resultater og lære af hinanden på tværs af Øresund.

## FOKUS PÅ UNGE RYGERE

Endnu er den rygende ungdom ikke kommet med i rygestopindsatsen. Trods god effekt af rygestopforløb blandt unge er der kun ringe deltagelse af denne vigtige gruppe, på nationalt plan. Her skal der gøres en ekstraordinær indsats meget hurtigt, og mange partnere inklusiv Rygestopbasen er gået sammen i Røgfri Fremtid.

Vi er langt fra målet om en røgfri generation. Det kan kun opnås ved aktivt at forebygge rygning og samtidigt sikre, at unge rygere deltager i rygestopforløb.

Hanne Tønnesen, Formand for Styregruppen.

# Opsummering

## AKTIVITETSNIVEAUET FASTHOLDES

I denne rapport præsenterer Rygestopbasen effekten og omfanget af rygestopbehandling i Danmark for året 2017 med opfølgning frem til og med efteråret i 2018. Data er derfor trukket i uge 43 2018.

I 2017 fastholdes antallet af deltagere på rygestopforløb i forhold til den markante stigning i 2015 og 2016. Den tidligere stigning skyldtes især Sundhedsstyrelsens og kommunernes indsats indenfor storrygerpuljen, der blev afsluttet ved udgangen af 2017. Det er fortsat kommunerne, der bærer indsatsen nogle gange gennem aftaler med de lokale apoteker. Her rapporterer de fleste apoteker under kommunernes enheder. De øvrige aktører ligger fortsat på et uforståeligt lavt niveau. Flere kommuner og regioner arbejder med, at hospitalerne og de praktiserende læger skal benytte Very Brief Advice-metoden som henvisning til kommunale rygestoptilbud frem for at afholde kurser selv.

Antal deltagere på rygestopkursus	2013	2014	2015	2016	2017
Kommuner	4.004	4.494	8.158	10.018	9.739
Apoteker	306	254	179	127	83
Hospitaler	141	123	116	87	38
Praktiserende læger & tandlæger	0	0	0	0	0
Andre private aktører	191	263	252	220	200
Andre	5	8	0	0	0
<b>Totalt</b>	<b>4.647</b>	<b>5.142</b>	<b>8.705</b>	<b>10.452</b>	<b>10.060</b>

## NIVEAUET FASTHOLDES PÅ KVALITETSMÅLENE

På tværs af landet viser rapporten, at niveauet for kvalitetsmålene bliver fastholdt, hvor både den procentvise fremgang og tilbagegang er meget lav. På den måde fastholdes niveauet for den positive fremgang, som er set over de seneste år.

Indikator	Mål	2013-14	2014-15	2015-16	2016-17	2017-18
1) Gennemførelse	80 %	59 %	63 %	67 %	67 %	66 %
2) Røgfri ved kursusafslutning	80 %	59 %	61 %	64 %	68 %	68 %
3) Opfølgingsrate	80 %	84 %	87 %	90 %	92 %	91 %
4) Røgfri efter 6 måneder	50 %	39 %	43 %	43 %	45 %	45 %
5) Tilfredshed med kurset	90 %	85 %	87 %	87 %	89 %	90 %

## SAMLET SET OPFYLDES ENDNU FLERE AF KVALITETSMÅLENE

I årets rapport ses det, at de seneste års stigning i opfyldelsen af kvalitetsmål fortsat ligger højere end tidligere. Samlet set opfyldes kvalitetsmålene 97 gange mod henholdsvis 85 og 66 gange i de to seneste årsrapporter. I år er kvalitetsopfyldelsen fordelt på flere enheder med 46 mod 41 enheder tidligere. Over 50 % af de enheder, der har indrapporteret data for 2017, har opnået et eller flere kvalitetsmål. Der er 24 enheder, der har et bedre resultat i år mod sidste år. Hvor kun 15 enheder har en nedgang, og 12 enheder holder samme niveau i forhold til opnåelsen af antallet af indikatorer.

Der er 1 enhed, der opfylder alle fem kvalitetsmål mod 0 sidste år. I lighed med sidste år opfylder 4 enheder fire ud af fem kvalitetsmål. 10 enheder opfylder tre kvalitetsmål mod kun 8 enheder sidste år. 15 enheder opfylder to kvalitetsmål og 16 enheder opfylder ét kvalitetsmål mod henholdsvis 16 enheder og 13 enheder sidste år. Det er derfor af stor vigtighed, at flere enheder også fremover arbejder med opfyldelse af kvalitetsmålene, og at den brede erfaringsudveksling mellem enhederne fortsætter.

Indikator	Kvalitetsmål	Antal enheder, der har opfyldt kvalitetsmålet
1) Gennemførelse	80 %	5
2) Røgfri ved kursets afslutning	80 %	14
3) Opfølgingsrate	80 %	39
4) Røgfri efter 6 måneder	50 %	16
5) Tilfredshed med kurset	90 %	23

## 1,3 % AF DANSKE RYGERE MODTAGER NU KVALITETSSIKRET RYGESTOPBEHANDLING

Den flotte stigning i antal deltagere på kursusforløb fra 2016 er fastholdt i 2017. Det betyder, at 1,3 % af rygerne i Danmark har modtaget kvalitetssikret rygestopbehandling. Der skal derfor ydes en ekstra indsats fremefter i forhold til at nærme sig Sundhedsstyrelsens nationale anbefaling på 5 % og WHO's deklARATION [1].

Rygestopbasen anbefaler, at udarbejde en national og lokal strategi for:

- Opfyldelsen af 5 % målet for kvalitetssikret rygestopbehandling til alle rygere.
- En røgfri generation 2030 inkl. rygestopkurser.
- En langsigtet fastholdelse af politisk prioritering og økonomisk støtte.

# 1. Om Rygestopbasen

## 1.1

### FORMÅL

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

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

### *Sådan begyndte det*

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

## 1.2

### KVALITETSUDVIKLING

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

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

### *Kliniske kvalitetsdatabaser*

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

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

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

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

## 1.3

### RYGNING I DANMARK

Rygning er stadig den mest belastende enkeltstående risikofaktor for folkesundheden i højindkomstlande som Danmark, hvor rygning internationalt ligger på en fjerdeplads. [2] Omkring 13.600 danskere dør hvert år som en konsekvens af rygning. [3] Det svarer til en fjerdedel af alle dødsfald. [4]



## Alvor

Rygning forårsager udvikling af de hyppigste kroniske sygdomme som fx KOL, hjertekarsygdomme og kræft og medfører en fordobling af operationskomplikationer. Omkring halvdelen af alle rygere dør som konsekvens af rygerelaterede sygdomme. [5, 6] Dertil kommer, at rygere i gennemsnit lever både ca. 7 år kortere og har dårligt selvvurderet helbred i cirka 10 år mere (af deres kortere levetid) end ikke-rygere. [7]

## Omfang

Antallet af rygestopforløb med personlig kontakt faldt drastisk efter kommunalreformen i 2007 [8], men nu fastholdes indsatsen over niveauet fra før reformen. I 2017 røg 16 % af alle danskere over 15 år hver dag [9], hvilket svarer til mere end 762.000 danskere over 15 år ved udgangen af 2017 [10]. Det er en stagnation i rygefrekvensen helt fra 2012 [11]. Blandt hospitalspatienter er der forholdsvis flere rygere. Desværre er daglig rygning blandt unge under 25 år steget siden 2013 [12], hvilket er dårligt nyt og en udfordring for gennemførelsen af regeringens mål om en røgfri generation i år 2030 [13].

**Eksempel:** I en kommune med 50.000 indbyggere over 15 år vil der være ca. 8.000 rygere. For at opfylde de nationale anbefalinger på 5 % skal 400 rygere per år modtage et rygestopforløb med personlig kontakt i denne kommune. I dag opfylder ingen dette mål på 5 % på kommunalt niveau.

## Behandling

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

- Rygere, der endnu ikke har pådraget sig kliniske rygerelaterede sygdomme, men hvor fortsat rygning kan medføre disse lidelser.
- Patienter med rygerelaterede sygdomme som fx KOL, hjertekarsygdomme og lungecancer, hvor rygestop forbedrer helbredstilstanden.
- Gravide rygere og operations-, astma- og diabetespatienter, hvor rygning øger risikoen for komplikationer, og rygestop effektivt nedsætter denne risiko.
- Rygere med mental sygdom, hvor ca. 2/3 ønsker at holde op med at ryge. Rygestop er forbundet med bedre mental sundhed.

### 1.4

#### EVAUERING AF PULJER UNDER SUNDHEDSSTYRELSEN

En af Rygestopbasens opgaver er at monitorere og levere data på puljeprojekter under Sundhedsstyrelsen. Fra 2014 til 2017 har det drejet sig om puljen "Forstærket indsats overfor storrygere" - også kaldet storrygerpuljen. Her har 27 forskellige kommuner tilsammen fået tildelt 27.5 mio. kr. til at gennemføre rygestoptilbud, der kan hjælpe storrygere til et permanent rygestop. Samarbejde mellem kommuner har været en prioritet i indsatsen, og derfor har flere kommuner indrapporteret deres indsats samlet. 7 organisationer og sygdomsbekæmpende foreninger har fået midler under denne pulje på i alt 5 mio. kr. Som led i storrygerpuljen har der været sat midler af til at tilbyde rygetrangsreducerende medicin til aktive deltagere på rygestopkurser.

I 2017-2019 monitorerer og leverer Rygestopbasen data på en anden indsats under Sundhedsstyrelsen, kaldet "Hjælp til rygestop til særlige grupper (rygestopmedicin) 2017-2019". I perioden er der afsat 26,5 mio. kr. til gratis rygestopmedicin, som må gives til borgere, der er socialt eller økonomisk udsatte, og som følger et kommunalt rygestopforløb. Beløbet bliver fordelt mellem alle 98 kommuner i Danmark og bliver givet via bloktilskuddet.

For at kunne håndtere denne evaluering har Rygestopbasen implementeret et ændret spørgeskema. De vigtigste ændringer er, at enhederne siden 1. juli 2017 har skullet registrere udlevering af rygestopmedicin for hver deltager. Dette gælder både håndkøbs- og receptpligtig medicin. Derudover kan man registrere, når deltagere modtager tilskud fra forskellige puljer eller ordninger. Se det nye spørgeskema i bilag B og bilag D.

## 1.5

### YDERLIGERE INFORMATION

På Rygestopbasens hjemmeside ([www.rygestopbasen.dk](http://www.rygestopbasen.dk)) kan du læse mere om Rygestopbasen og se flere resultater.

## 2. Organisering af Rygestopbasen

### 2.1

#### HVEM STÅR BAG RYGESTOP-BASEN

Rygestopbasens sekretariat er en del af Clinical Health Promotion Centre (Clin HP) på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital.

Rygestopbasens drift og udvikling er finansieret af Sundheds- og Ældreministeriet, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital samt Region Hovedstaden.

Styregruppen består af (2018):

- Andreas Jull Sørensen, Sundheds- og Ældreministeriet
- Maria Ramskov Larsen, Sundheds- og Ældreministeriet
- Rasmus Baagland, Sundhedsstyrelsen
- Hanne Tønnesen, Clin HP, WHO-CC

Brugergruppen består af (2018):

- Louise Bæk Thomsen, Sund By Netværket
- Lise Søndergaard, Aalborg Universitetshospital
- Lone Juul Jepsen, Stoplinien
- Lars F. Nørgaard, Grenaa Apotek
- Sandra Nachdam Koch, Høje-Taastrup Kommune
- Birthe Toft, Hjørring Kommune
- Karen Ramussen Hemmingsen, Vordingborg Kommune
- Pernille S. Lütken, Rygestopkonsulenterne Aps.
- Helle Stuart, Kommunerne på Vestegnen og Sydamerger
- Astrid Kofoed Blinkenberg, Kræftens Bekæmpelse
- Lise Lotte Bülow, Københavns Kommune
- Tina Quist, Skanderborg Kommune
- Anne Sode Grønbæk, Clin HP, Rygestopbasens sekretariat

Den Rådgivende Gruppe består af (2018):

- Charlotta Pisinger, Region Hovedstaden
- Rasmus Baagland, Sundhedsstyrelsen (rep. fra Styregruppen)
- Louise Bæk Thomsen, Sund By Netværket (rep. fra Brugergruppen)
- Helle Jacobsgaard, Danmarks Apotekerforening
- Mads Lind, Hjerteforeningen
- Marianne Kaas, Kræftens Bekæmpelse
- Malene Herbsleb, Skanderborg Kommune
- Louise Theilgaard Nikolajsen, Herning Kommune
- Simon Rask, Københavns Kommune
- Hanne Tønnesen, Clin HP, WHO-CC

Forskergruppen ledes af (2018):

- Mette Rasmussen og Hanne Tønnesen, Clin HP, WHO-CC

## 3. Dataindsamling

**3.1**  
**HVILKE RYGESTOPPROGRAMMER REGISTRERES** Rygestopbasen bliver benyttet af rygestopenheder fra hele landet. Pr. 5. december 2018 har 95 ud af 98 kommuner aftaler med Rygestopbasen. I Rygestopbasen defineres en rygestopenhed som enhver, der tilbyder et systematiseret rygestopprogram. Det kan både være offentlige og private udbydere herunder institutioner eller enkeltpersoner. De tilmeldte enheder er primært kommuner og apoteker. Derudover er der også tilmeldt enheder på sygehuse, jordemoderklinikker, sundhedscentre og hos praktiserende læger, tandlæger og andre private aktører. Gennem Rygestopbasen er det fx. muligt for alternative behandlere at måle resultatet af deres rygestopprogrammer op mod andre behandlere.

Med denne brede vifte af rygestopudbydere er der også variation i de rygestopprogrammer, der bliver registreret i Rygestopbasen. Langt de fleste rygestopprogrammer er dog det, vi betegner som standardforløb, hvilket svarer til det internationale "Gold Standard Program" (GSP). Standardforløbet har haft 5 møder fordelt på 6 uger, og er blevet implementeret i en opdateret version med 6 mødegange indenfor 6-8 uger. Fra den 29. november 2011 kunne behandlingsmetoden "Kom og Kvit" registreres i Rygestopbasen - med mulighed for tilbageregistrering. Her tilbydes deltagerne minimum 8 valgfrie møder samt et introduktionsmøde. Forløbet "Xhale" er målrettet unge under 25 år, som tilbydes et skræddersyet forløb samt online ressourcer. Forløbet kunne registreres fra den 12. februar 2016 med mulighed for tilbageregistrering.

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

*Hvad kræver det at være med*

Når en rygestopenhed tilmelder sig Rygestopbasen, forpligter den sig til, at:

- Benytte Rygestopbasens standardskemaer.
- Registrere samtlige aktiviteter via Rygestopbasens tastselv-miljø.
- Følge op telefonisk på alle deres deltagers rygestatus 6 måneder efter deltagerens rygestop.

**3.2**  
**SYSTEMATISK DATAINDSAMLING** Data til Rygestopbasen bliver indsamlet via fire overskuelige spørgeskemaer. Skemaerne bliver udfyldt i rygestopenhederne enten online eller i papirversion, der bliver indtastet via Rygestopbasens tastselv-miljø på internettet. Skemaerne, der blev benyttet i første halvår af 2017, til alle type deltagere kan ses i bilag A. Rygestopbasen opdaterede spørgeskemaerne den 1. juli 2017 bl.a. for at kunne håndtere evalueringen af satspuljen "Hjælp til rygestop i særlige grupper (rygestopmedicin) 2017-2019" - se side 10 for yderligere forklaring. Skemaerne kan ses i bilag B. Derudover er der udviklet tilsvarende skemaer til unge under 25 år, som deltager i et Xhale-forløb. Skemaerne til unge for første halvår i 2017 kan ses i bilag C og for sidste halvår i 2017 i Bilag D. Tastselv-miljøet gør det enkelt at overskue dataindsamlingen.

Vi anbefaler, at data indtastes umiddelbart efter kursets afslutning. Hvis man vil gøre brug af tastselv-miljøets automatiske opfølgingsmodul, skal skemaerne tages ind senest 5 måneder efter deltagernes rygestopdag. Det er dog aldrig for sent at indrapportere data til Rygestopbasen.

### *Registreringsskemaet*

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

### *Basisskemaet*

På første mødegang udfylder hver deltager et basisskema med oplysninger om fx. deres rygehistorik, nikotinafhængighed (vha. Fagerströms score), sociale og demografiske baggrundsoplysninger, samt om de giver tilladelse til, at de må kontaktes senere. Pr. 1. juli 2017 er basisskemaet udvidet med et skema, som rådgiveren skal udfylde for hver deltager. Her svarer rådgiveren bl.a. på, om deltageren har fået udleveret gratis rygetrangsreducerende medicin og om deltageren modtager tilskud fra fx Storrygerpuljen eller fra kommunen.

### *Opfølgningsskemaet*

Den tilmeldte rygestopenhed er ansvarlig for, at alle deltagere, der er begyndt på et forløb, bliver kontaktet telefonisk for opfølgning på deres rygestatus. Opfølgningen skal ske 6 måneder ( $\pm$  1 måned) efter den planlagte rygestopdag. Deltagere, der på basisskemaet har frabedt sig at blive kontaktet igen, skal naturligvis ikke ringes op. Rygestopenheden behøver ikke selv kontakte deltagerne men kan fx benytte sig af Stoplinien, der tilbyder opfølgning og rådgivning til deltagerne.

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

### *Skemaet årsag til manglende opfølgning*

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

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

## **3.3**

### **STIGENDE DÆKNINGSGRAD**

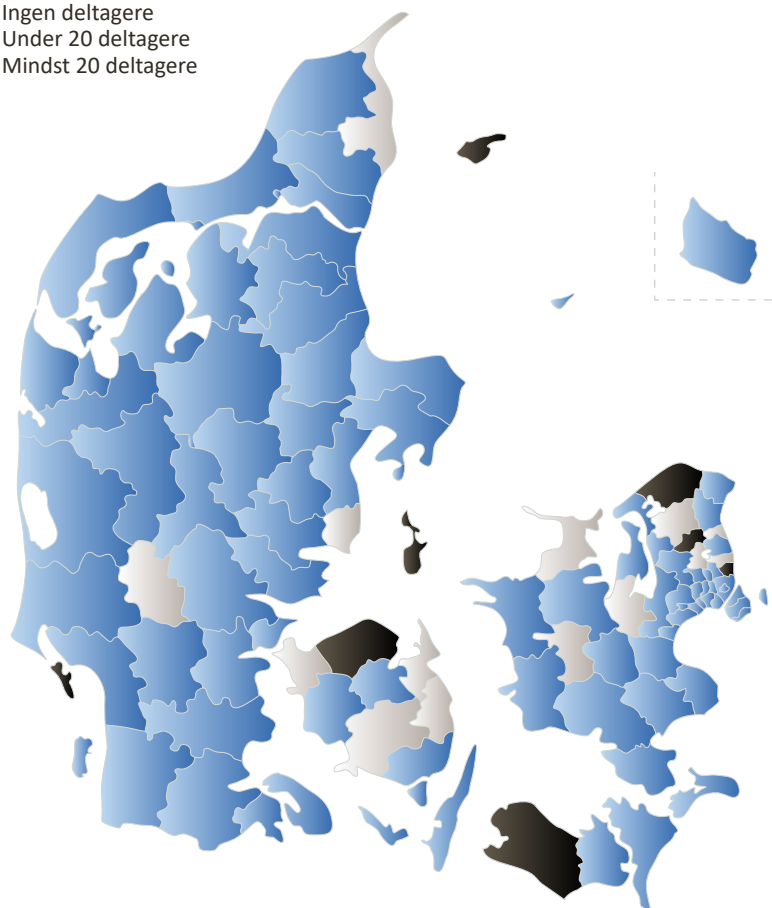
Rygestopbasens dækningsgrad kan ikke opgøres helt systematisk, da der ikke eksisterer nogen valid datakilde, der beskriver, hvor mange rygestopudbydere, der findes i Danmark.

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

I 2017 blev der indrapporteret data fra et kommunalt tilbud fra 90 af de 98 kommuner. Det er en stigning i forhold til 2016. I flere kommuner afholder apoteker kurser for kommunerne. Derudover er der leveret data fra hospitaler og andre private udbydere til Rygestopbasen.

Det store kort på side 14 viser de kommuner, der via én eller flere offentlige eller private rygestopudbydere, har registreret deltagere i Rygestopbasen i 2017.

■ Ingen deltagere  
 ■ Under 20 deltagere  
 ■ Mindst 20 deltagere



**Kommentar:** Det store kort viser Rygestopbasens dækning i 2017. Data er leveret fra én eller flere offentlige eller private rygestopudbydere i hver kommune.

De sorte kommuner har ikke leveret data til Rygestopbasen i 2017. De hvide kommuner har leveret data fra mindre end 20 deltagere, mens de mørkeblå kommuner har leveret data fra mindst 20 deltagere.

#### Sorte områder på landkortet i 2017

I 2017 blev der indrapporteret data til Rygestopbasen fra 90 kommuner. Det er en fremgang på to kommuner i forhold til sidste rapport. Følgende 8 kommuner indrapporterede ikke data i 2017:

Allerød  
Fanø  
Gentofte

Gribskov  
Lolland  
Læsø

Nordfyn  
Samsø

#### Kommuner uden aftaler med Rygestopbasen i 2018

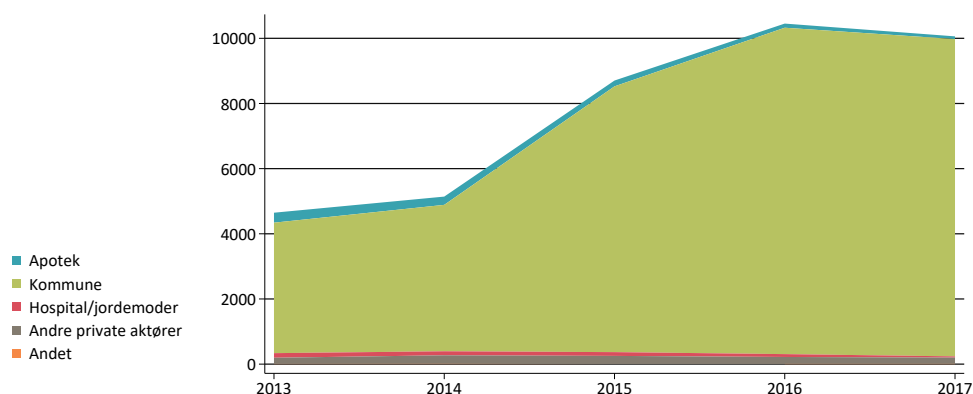
Kun enkelte kommuner har pr. 5. december 2018 ikke en aftale med Rygestopbasen. Dette gælder: Allerød, Læsø og Samsø Kommune. Kortet på forsiden af årsrapporten viser tilslutningen til Rygestopbasen.

### 3.4

#### AKTIVITETSNIVEAU

##### Udbydere

Kommunerne har øget aktiviteten både i antal og omfang og er stadig langt den største arena for afholdelse af rygestopkurser. I flere tilfælde har kommunerne lavet en aftale med private aktører, som fx apotekerne, om at varetage opgaven.



**Kommentar:** Antal deltagere fordelt på udbydere. I 2017 deltager 98 % af deltagerne på et kursus på apotekerne eller i kommunerne. I 2013-2016 var andelen 92-97 %.

### 3.5

#### HØJ DATAKOMPLETHED

Vi har opgjort, hvor stor en del af spørgsmålene på de indrapporterede spørgeskemaer, der er blevet udfyldt. Opgørelsen viser, at datakompletheden er meget høj. Registreringsskemaet har 100 % udfyldt, hvor basisskemaet og opfølgningsskemaet har minimum 95 % udfyldt.

### 3.6

#### HØJ DATAVALIDITET

For at sikre datakvaliteten bliver der anvendt valideringstjek i tastelv-miljøets indtastningsflade. Dette sikrer, at der fx ikke kan tages datoer ind, der ikke eksisterer. Derudover forhindrer valideringsreglerne, at man kan afslutte en registrering, når obligatoriske felter ikke er udfyldt.

Manuelle tjek af fx kronologien bliver foretaget i kursernes startdato, rygestopdato og slutdato, således at en startdato ikke ligger efter slutdatoen.

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

### 3.7

#### DATAGRUNDLAG

Data til denne rapport er trukket i uge 43, 2018. Kun kurser med deltagere fra 2017 med opfølgning i 2018, der er indrapporteret på dette tidspunkt, indgår i rapporten. Årets data sammenlignes med de tidligere 5 år. I alt indgår 39.006 deltagere i perioden 2013-2017.

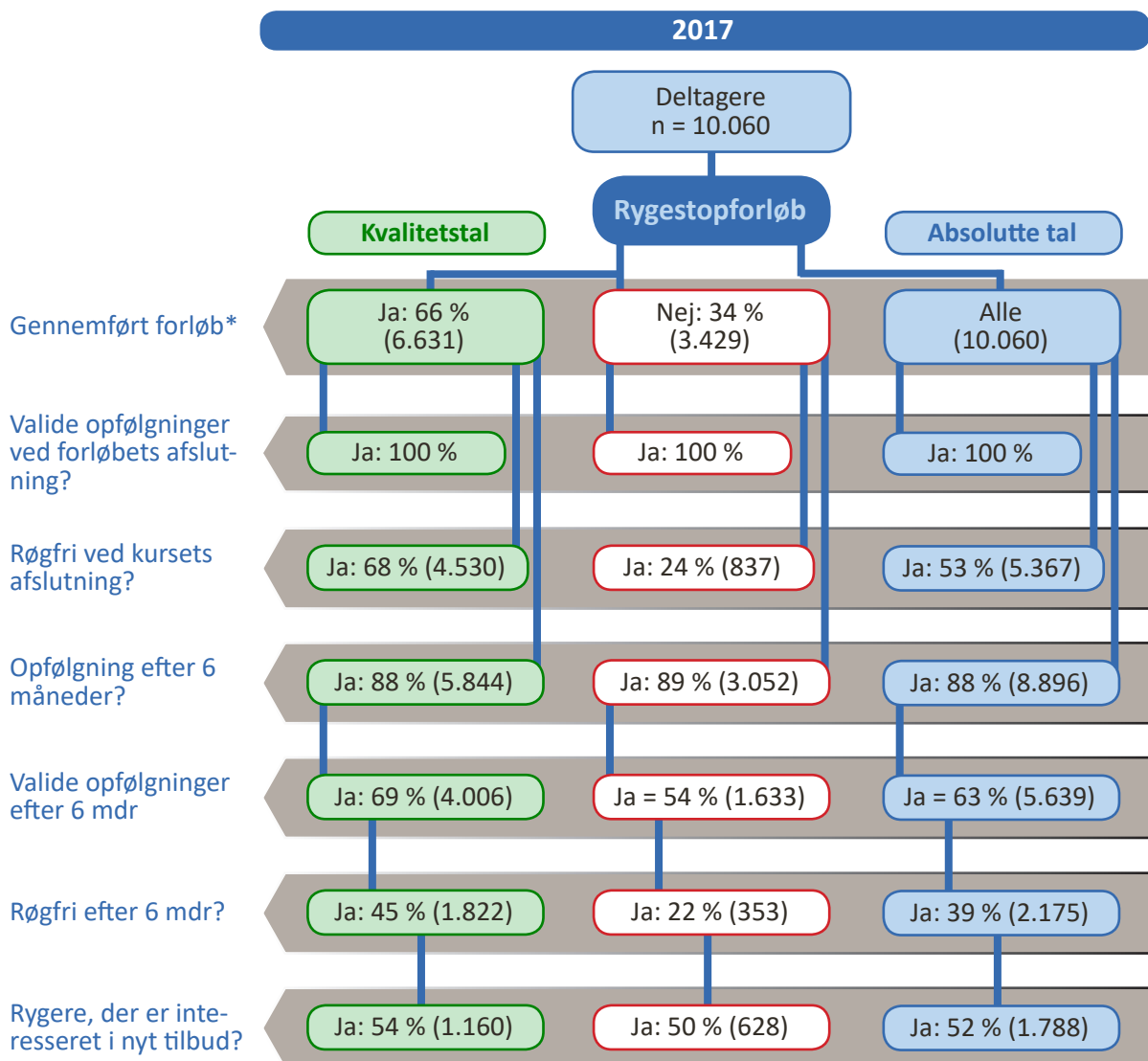
Årsinddelingerne i rapporten er baseret på det år, deltagerne har påbegyndt deres rygestopkursus. Data bliver afrapporteret i de enheder, som kommunerne har indrapporteret under.

## 4. Nationale resultater i absolutte tal

Resultatet af et rygestopforløb påvirkes af mange kendte faktorer, såkaldte prognostiske faktorer.

I 2017 deltog et stort antal rygere (10.060) i et rygestopforløb. I resultatafsnittet er der hovedsageligt anvendt diagrammer til at vise antal, frekvenser og fordelinger af de prognostiske faktorer. Resultaterne i dette kapitel er anført som absolutte tal, som man selv kan analysere videre på.

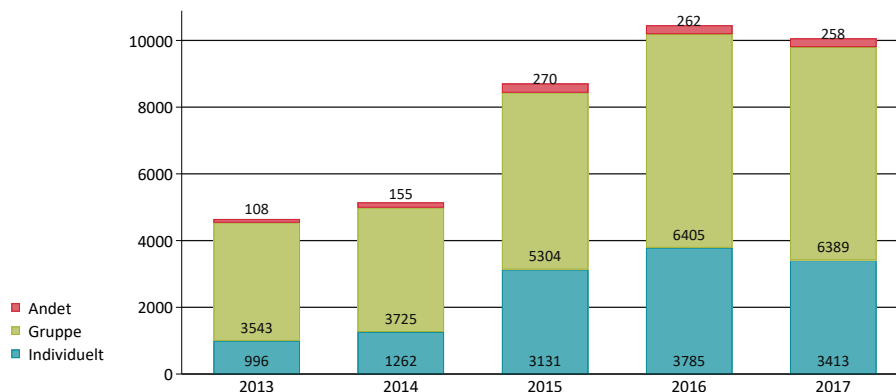
### 4.1 FLOW-DIAGRAM



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



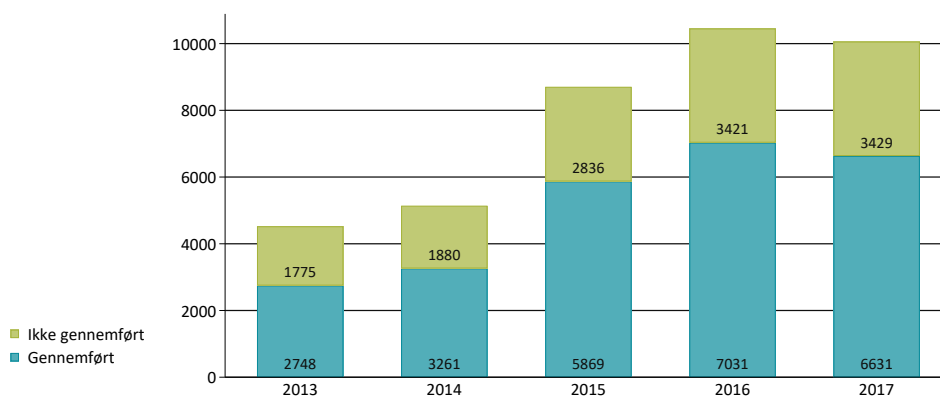
## 4.2 KURSUSTYPE



Deltagere fordelt på kursustype.

**Kommentar:** I 2017 er der et lille fald i antal deltagere på individuelle forløb i forhold til 2016, mens antallet er det samme på gruppeforløb og andre forløb. 34 % har deltaget i et individuelt forløb, mens 64 % er på et gruppeforløb mod henholdsvis 36 % og 61 % i 2016.

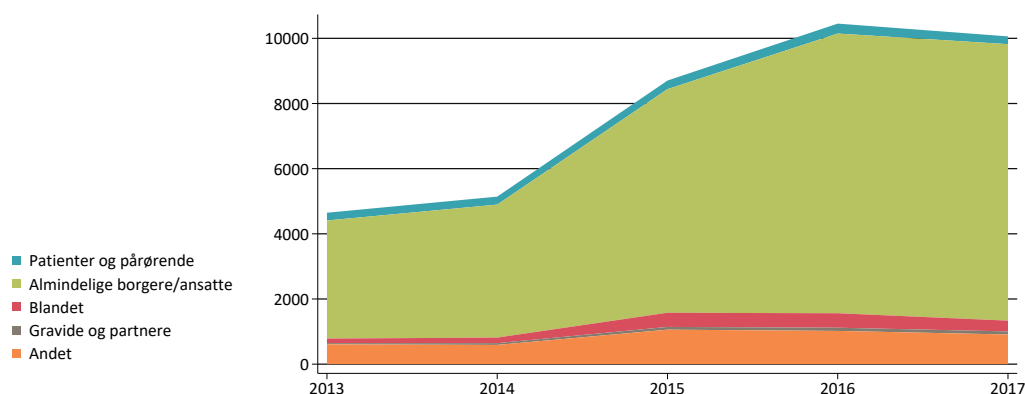
## 4.3 GENNEMFØRELSE



Deltagere fordelt på gennemførelse af rygestopkursus.

**Kommentar:** I 2017 er gennemførelsen relativt stabil på 66 % mod 67 % i 2016. I årene før (2013-2016) lå på 59 til 67 %. *En deltager har gennemført et standardforløb, når han/hun har deltaget i minimum 75 % af kursets mødegange svarende til 4 ud af 5 møder eller 5 ud af 6 møder på et GSP forløb. For at gennemføre et Kom & Kvit-forløb skal en deltager være til stede ved minimum 4 møder, ud af i alt 8 tilbudte samt et indledende møde. For at gennemføre et Xhale forløb skal en deltager være til stede ved 4 møder.*

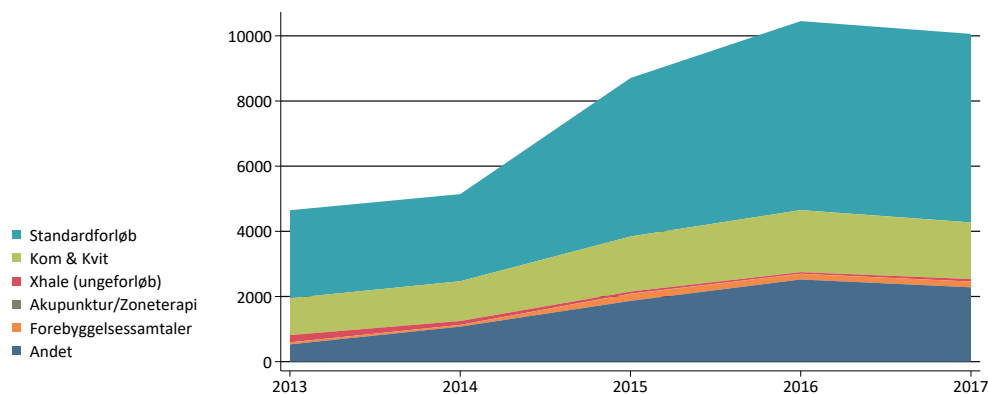
#### 4.4 MÅLGRUPPE



Deltagere fordelt på målgruppe.

**Kommentar:** Det lille i fald i antallet af deltagere i de forskellige målgrupper er jævnt fordelt. I den procentvise fordeling mellem målgrupperne er der en lille stigning i målgruppen almindelige borgere/ansatte på 2 %, hvor de andre alle har en lille fald.

#### 4.5 BEHANDLINGSMETODE

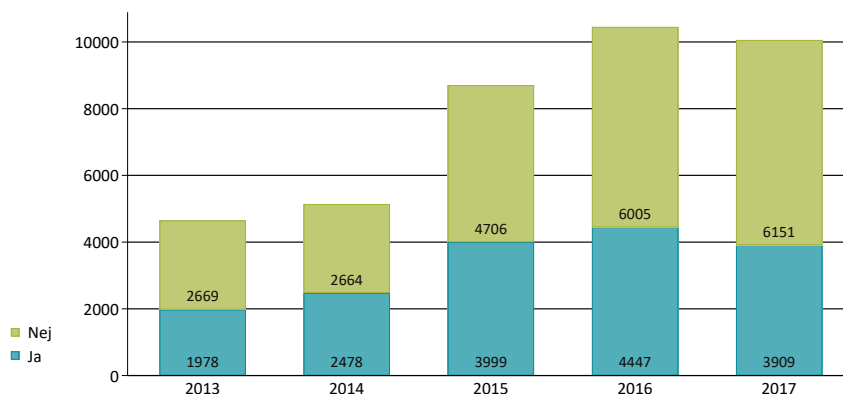


Deltagere fordelt på behandlingsmetode.

**Kommentar:** Standardforløbet har en lille stigning og udgør 58 % i 2017 mod 56 % i 2016. Kom & Kvit er faldet med 1 % til 17 %. Kategorien 'andet' er også faldet med 1 % og udgør nu 23 %. *Standardforløb har i udgangspunktet 5 møder fordelt på 6 uger og er nu implementeret i en opdateret version med 6 mødegange over 6-8 uger. Kom & Kvit har minimum 8 valgfrie møder samt et introduktionsmøde. Under behandlingsmetoden Xhale for unge under 25 år tilbydes hver ung deltager et skræddersyet stopforløb samt online ressourcer. Kategorien 'Andet' dækker over forløb, hvor rygestopenhederne kombinerer forskellige behandlingsmetoder som fx. standardforløbet i kombination med Kom & Kvit eller standardforløbet og forløb i naturen. Som det fremgår af grafen, er der få alternative behandlere, der anvender Rygestopbasen.*

## 4.6

### TILBAGEFALDSFOREBYGGELSE

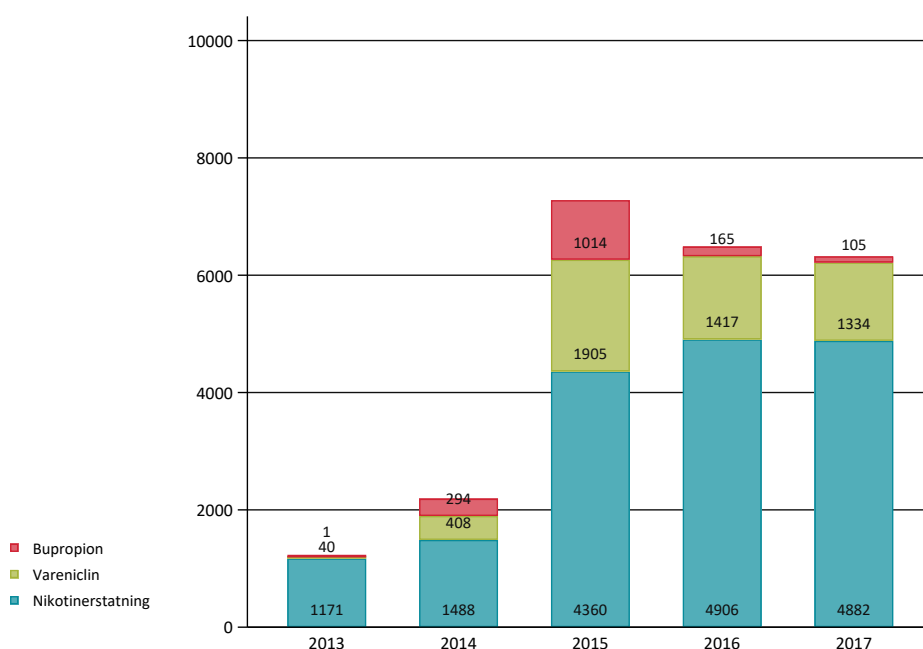


Deltagere på kurser, hvor der er planlagt tilbagefaldsforebyggelse som en del af kurset.

**Kommentar:** Andelen med planlagt tilbagefaldsforebyggelse er i 2017 på 38 %. Den har svinget i perioden forud, lavest på 43 % i 2012 og højest på 48 % i 2014. Tilbagefaldsforebyggelse bliver stadig for langt størstedelens vedkommende (86 %) afholdt pr. telefon eller ved møder. (Dette kan ikke ses af grafen.)

## 4.7

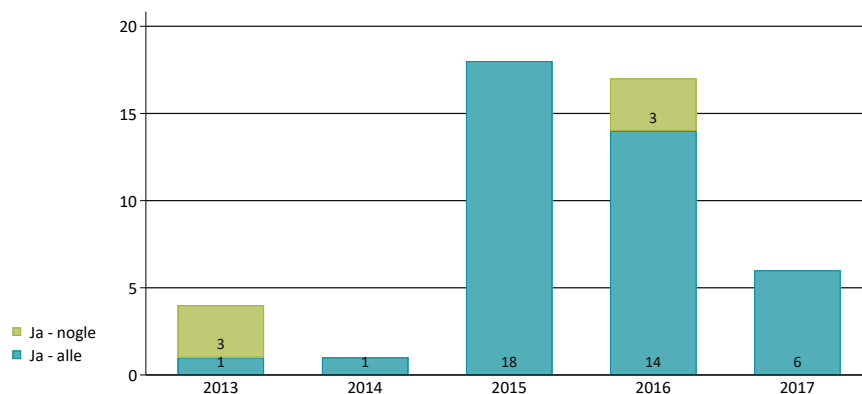
### GRATIS RYGETRANGSREDUCERENDE MEDICIN



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

**Kommentar:** Andelen af deltagere, der har fået udleveret gratis medicin udgør 59 % i 2017 mod 56 % i 2016. Nikotinsubstitution bliver udleveret til flest deltagere i 2017 og udgør 49 % mod 47 % i 2016. Disse procentudregninger er korrigeret for deltagere, der modtager flere præparater samtidig og kan ikke direkte aflæses af grafen.

## 4.8 BRUGERBETALING

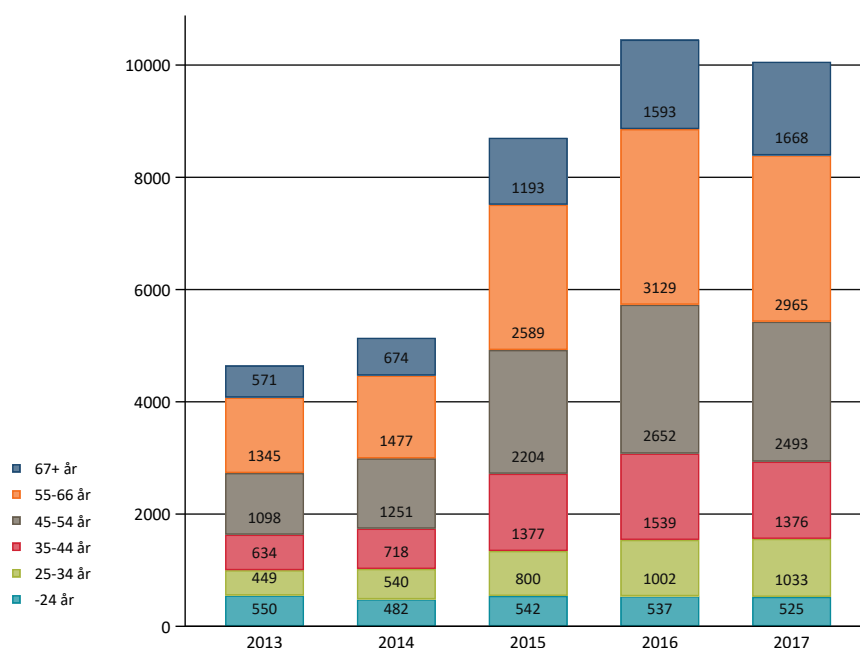


Deltagere, der selv har betalt for deres rygestopkursus.

**Kommentar:** Gennem hele perioden 2013-2017 har kun ganske få betalt for deres kursus.

## BESKRIVELSE AF DELTAGERNES PROFIL

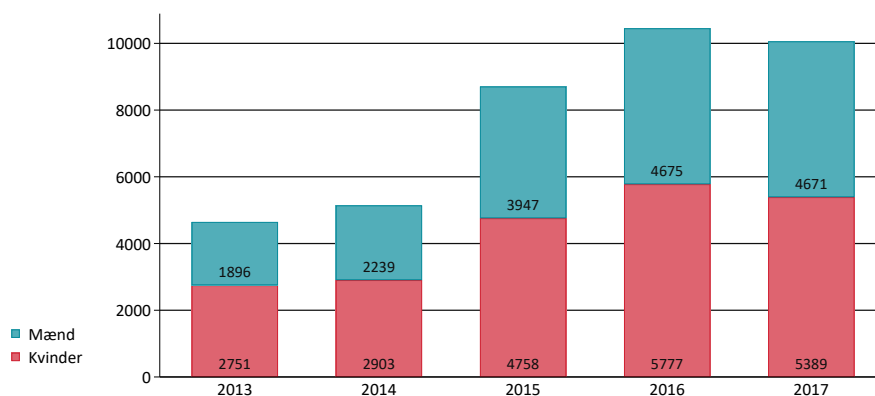
### 4.9 ALDER



Deltagernes alder ved rygestopforløbets start.

**Kommentar:** Det lille fald i antal deltagere i 2017 har fordelt sig pænt over aldersgrupperne på nær de ældste rygere, hvor der er en lille stigning til 17 % i 2017 mod 15 % i 2016. Fordelingen har ligget nogenlunde stabilt længere tilbage.

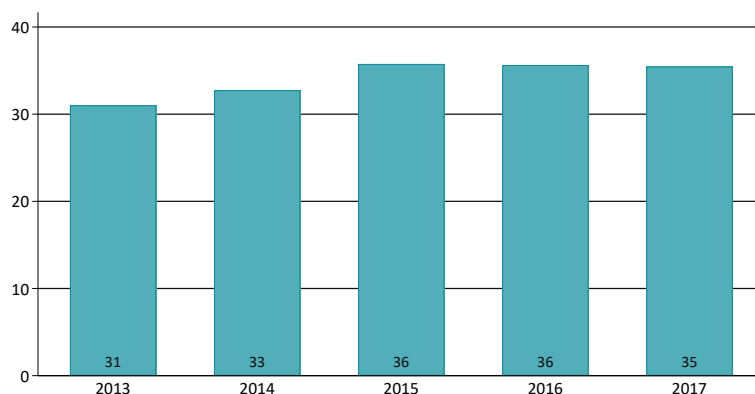
#### 4.10 KØN



Deltagere fordelt på køn.

**Kommentar:** Det er et lille fald i antal kvindelige deltagere i 2017. Fordelingen er derfor 46 % mænd og 54 % mod henholdsvis 45 % og 55 % i 2016.

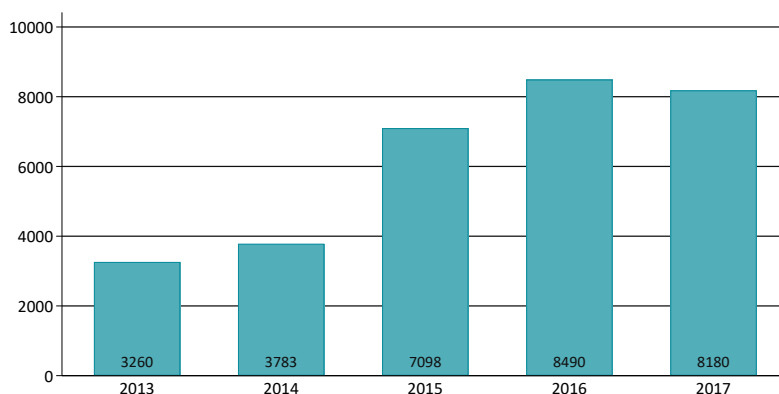
#### 4.11 PAKKEÅR



Deltagernes gennemsnitlige antal pakkeår.

**Kommentar:** I 2017 fastholdes den markante stigning i deltagernes antal pakkeår fra 2015, hvor årsagen er implementeringen af Sundhedsstyrelsens storrygerpulje. *Pakkeår viser deltagernes samlede rygning, indtil de begynder rygestopkurset. Det er beregnet på baggrund af, hvor mange cigaretter en deltager ryger dagligt og antal rygeår. Et pakkeår svarer til at ryge 20 cigaretter dagligt i ét år. Har en deltager fx røget 20 cigaretter dagligt i ét år, svarer det til 2 pakkeår.*

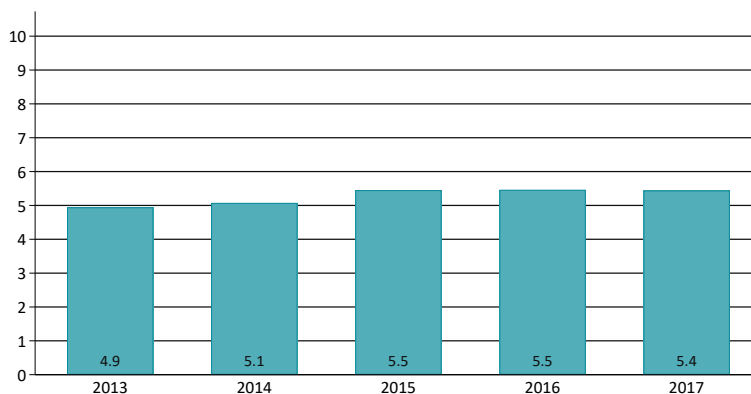
#### 4.12 STORRYGERE



Deltagere, der er storrygere.

**Kommentar:** Antallet af storrygere i 2017 er faldet lidt, mens andelen af storrygere i forhold til samtlige deltagere fortsat ligger på 81 % som i 2016. Andelen var 70-82% i 2013-2015. Således er hovedparten af deltagerne i 2017 storrygere. *Storrygere er her defineret som deltagere, der ryger mindst 15 gram tobak dagligt.*

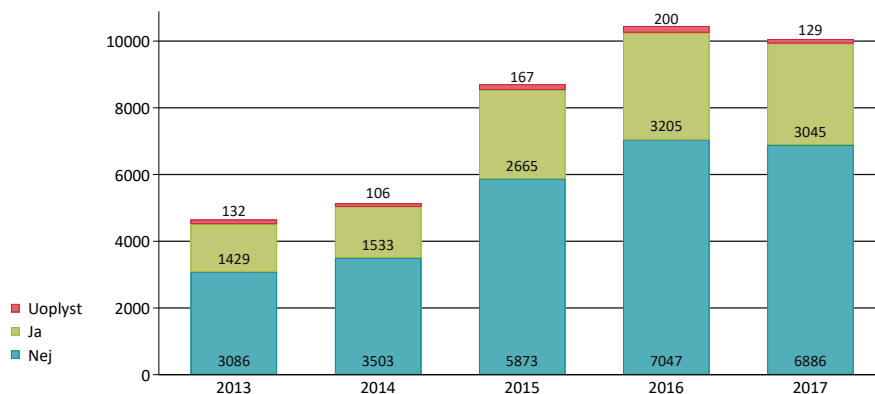
#### 4.13 NIKOTINAFHÆNGIGHED (FAGERSTRÖMS SCORE)



Deltagernes gennemsnitlige nikotinafhængighed.

**Kommentar:** I 2017 er nikotinafhængigheden lidt lavere. Det passer med en lille nedgang i gennemsnitlige pakkeår pr. deltager, hvor andelen af storrygere er uændret. *Fagerströms score er et udtryk for nikotinafhængighed bedømt på en skala fra 0-10, hvor 0 er ingen nikotinafhængighed, og 10 er meget høj nikotinafhængighed.*

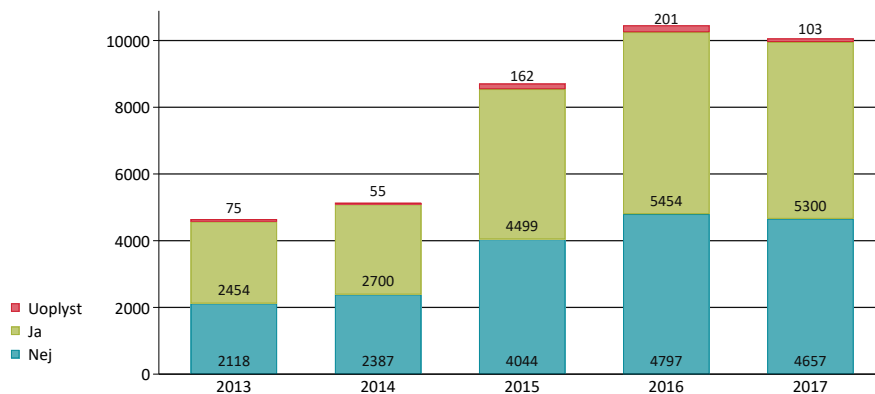
#### 4.14 BOR MED RYGER



Deltagere, der bor sammen med en ryger.

**Kommentar:** I 2016 er andelen 30 %, der bor sammen med en ryger. Andelen har ligget ret stabilt mellem 30-31 % i hele perioden.

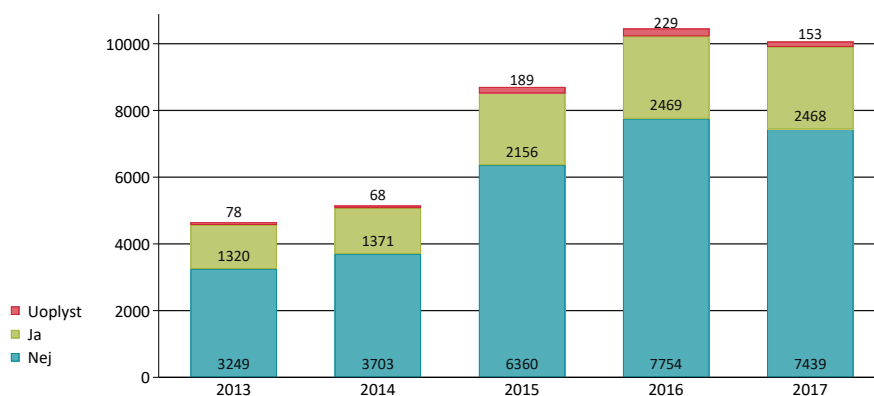
#### 4.15 BOR MED VOKSNE



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

**Kommentar:** Her er procentfordelingen stabil med 53 % i 2017 og 52-53 % i perioden 2013-2016.

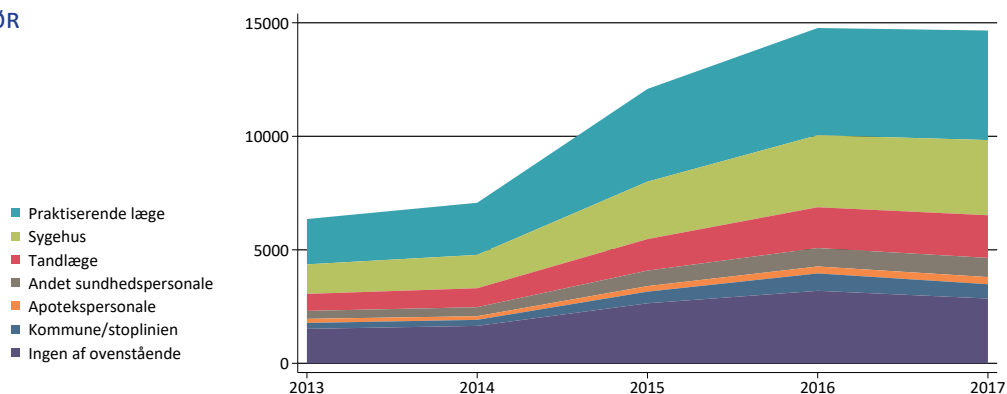
#### 4.16 BOR MED BØRN



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

**Kommentar:** I 2017 bor 25 % af deltagerne sammen med mindst et barn mod 24 % i 2016. I perioden fra 2013 til 2016 er det faldet jævnt fra 28 % i 2013. I 2017 er andelen af aleneboende deltagere 36 % i lighed med 2016. I perioden 2013-2015 er andelen på 35-37 %. (Dette kan ikke læses af figuren).

#### 4.17 OPFORDRET TIL RYGEOPHØR

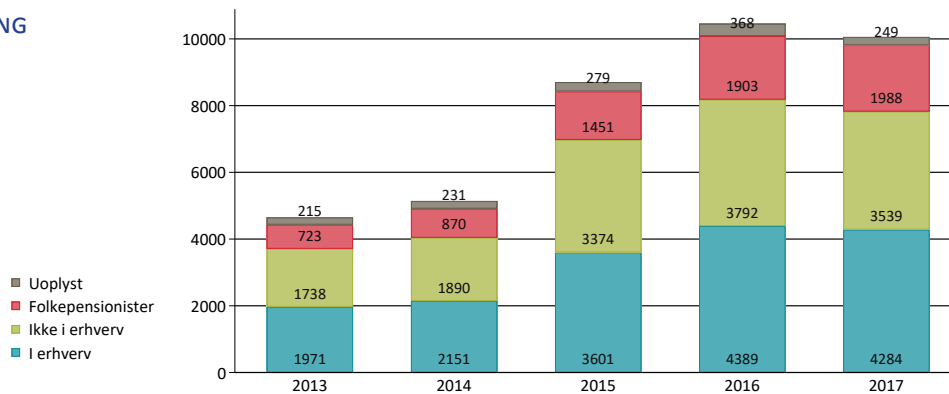


Deltagere, der er blevet opfordret til rygeophør af sundhedspersonale.

**Kommentar:** I 2017 fortsætter alle aktører i sundhedsvæsenet med at opfordre til rygeophør. Praktiserende læger har en stigning i andelen fra 45 % i 2016 til 48 % i 2017. Tilsvarende har ansatte på sygehuse øget aktiviteten fra 30 % i 2016 til 33 % i 2017. Deltagerne kan sætte flere krydser ved dette spørgsmål, da de kan være blevet opfordret af flere. Muligheden for at sætte kryds ved Kommunen/ Stoplinien blev tilføjet den 29. november 2011.

#### 4.18

##### ERHVERVSMÆSSIG TILKNYTNING

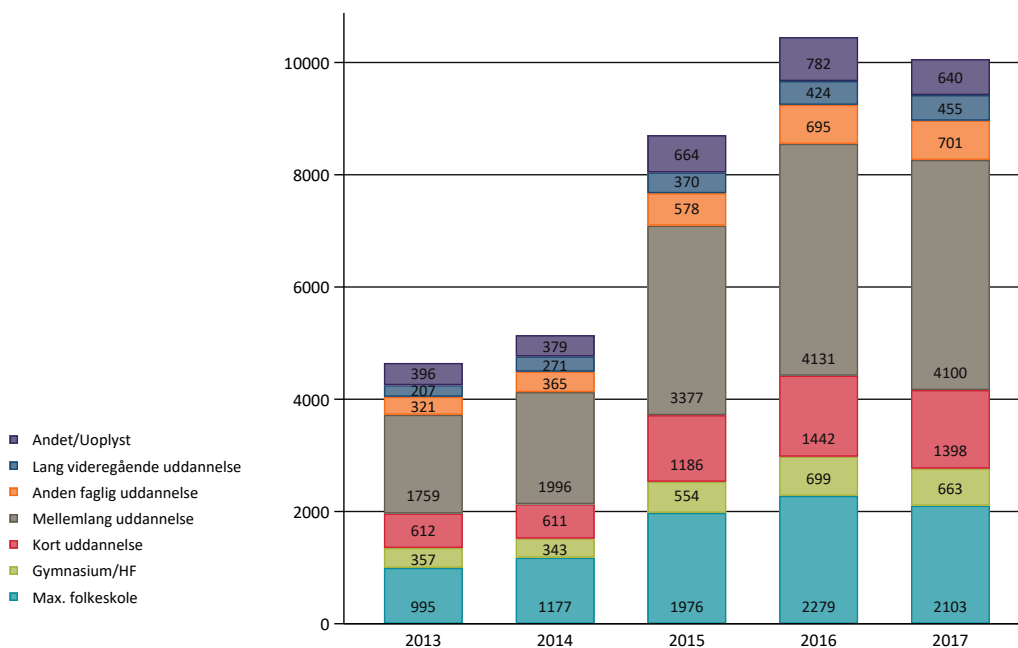


Deltagere fordelt på erhvervmæssig tilknytning.

**Kommentar:** I 2017 er andelen af deltagere, der ikke er i 'erhverv' sammen med folkepensionister relativt stabilt med 55 % mod 54 % i 2016. I perioden fra 2013-2016 har fordelingen ligget mellem 53 og 55 %. Både antal og andel af folkepensionister er steget under hele perioden fra 16 % i 2013 til 20 % i 2017. For en yderligere definition af "I erhverv" og "Ikke i erhverv" henvises til spørgsmål 8 på basisskemaet i bilag A.

#### 4.19

##### HØJEST FULDFØRTE UDDANNELSE

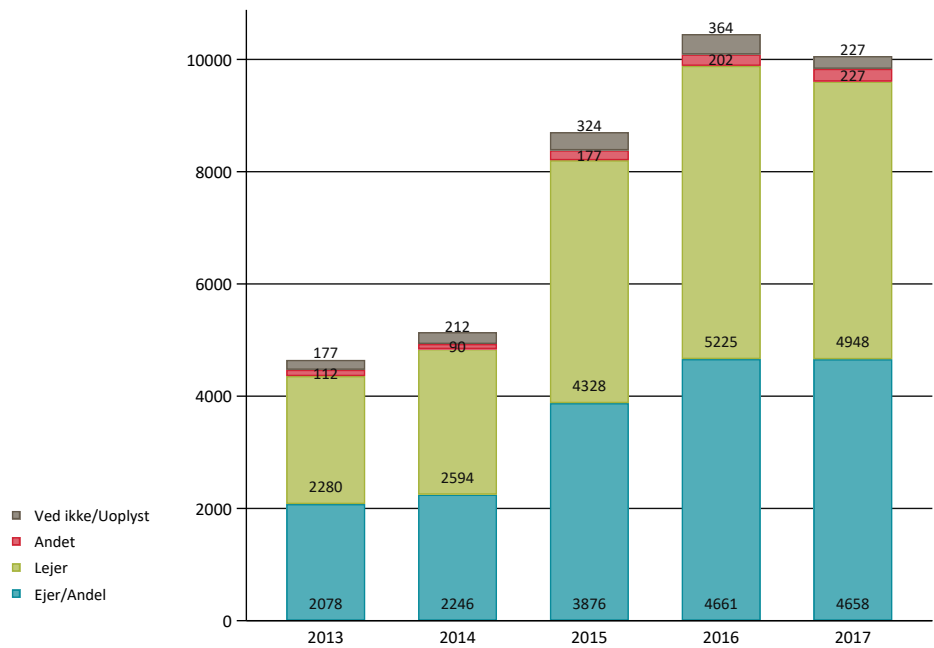


Deltagere fordelt på højeste fuldførte uddannelse.

**Kommentar:** Deltagernes uddannelser fordeler sig stort set på samme måde over tid. Andelen af deltagere, der enten ikke fuldfører folkeskolen eller har den som højst fuldførte uddannelse, er i 2017 21 % og mellem 21 og 23 % i perioden forud. Andelen med mellemlang uddannelse er dog øget fra 38 % i 2013 til 41 % i 2017.



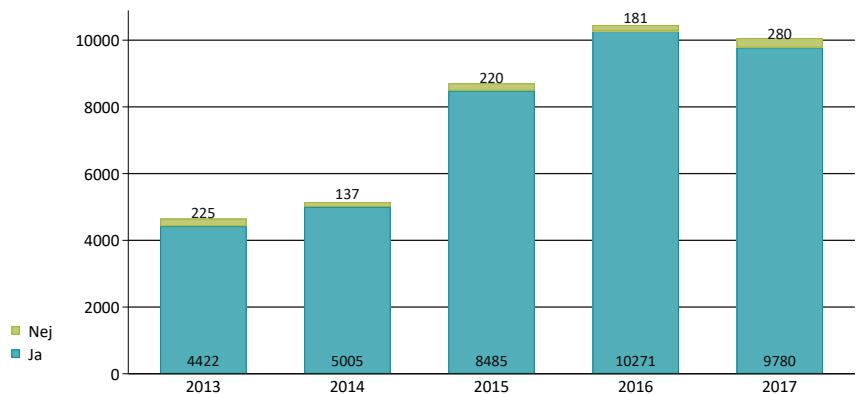
#### 4.20 BOLIGFORM



Deltagere fordelt på boligform.

**Kommentar:** I 2017 er andelen i lejebolig 49 %. Det har ligget stabilt fra 2013-2016 i 49-50 %.

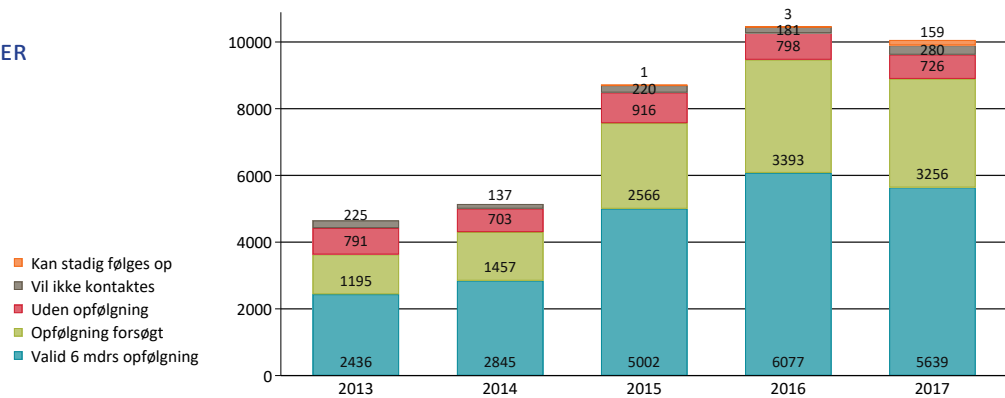
#### 4.21 EFTERFØLGENDE KONTAKT



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

**Kommentar:** I 2017 vil 97 % af deltagerne gerne kontaktes efter 6 måneder med telefonisk opfølgning. Det er et lille fald fra 2016. I perioden forud svingede dette mellem 95-98 %.

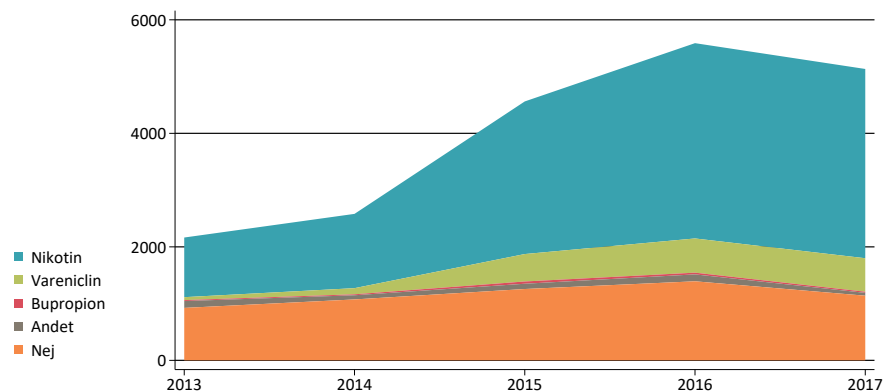
**4.22**  
OPFØLGNINGSSTATUS EFTER  
6 MÅNEDER



Opfølgningsstatus efter 6 mdr.

**Kommentar:** Andelen af valide opfølgninger er i 2017 på 56 %, hvilket er et lille fald fra 2016 på 2 %, mens den har svinget mellem 52 % og 57 % i perioden forud. Andelen uden opfølgning er reduceret til under det halve fra 22 % i 2013 til 10 % i 2017. I samme periode er andelen, som er forsøgt opfyldt, uden det er lykkedes, steget fra 26 % i 2013 til 32 % i 2017. *Opfølgning forsøgt betyder, at skemaet "Årsag til manglende opfølgning af deltagere i rygestopaktiviteter" er udfyldt. Se skemaet i bilag A og C for opfølgninger, der er foretaget til og med 30.06.2017 og i bilag B og D for opfølgninger, der er foretaget fra 01.07.2017 og frem.*

**4.23**  
RYGETRANGSREDUCERENDE  
MEDICIN

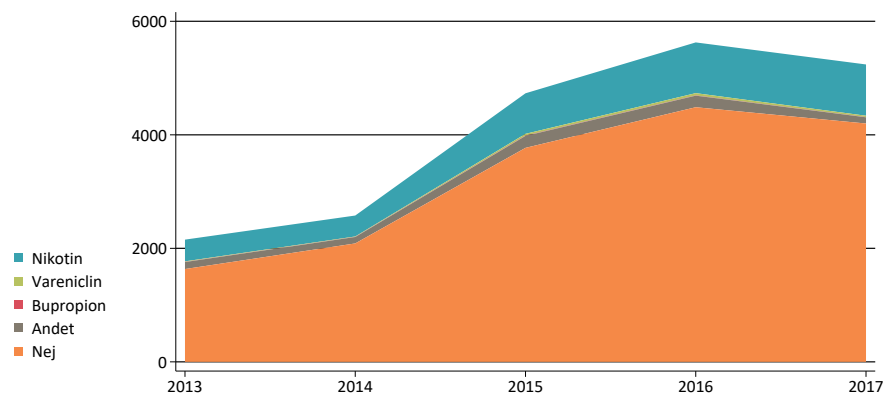


Deltagere, der har brugt rygetrangsreducerende medicin i de første 6 måneder efter deres rygestop.

**Kommentar:** Nikotinsubstitution er det mest anvendte hjælpemiddel. I 2017 er andelen på 65 % mod 58 % i 2016. Dette skyldes formentlig fortsat, at deltagerne i projekterne under storrygerpuljen samt satspuljen "Hjælp til rygestop til særlige grupper" får tilbud om gratis rygestopmedicin. Kun 22% har i 2017 ikke brugt nogen form for medicin, mens 11 % bruger Vareniclin og 2 % enten bruger Bupropion eller andet.

#### 4.24

##### RYGETRANGSREDUCERENDE MEDICIN VED 6 MÅNEDERSOPFØLGNINGEN

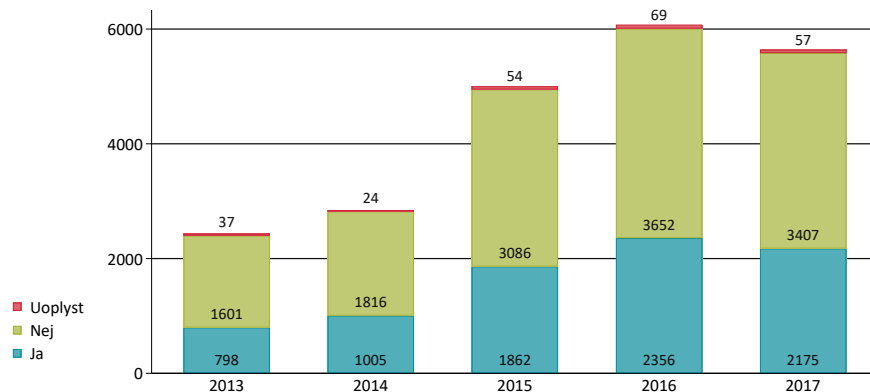


Deltagere, der bruger rygetrangsreducerende medicin ved 6-månedersopfølgningen.

**Kommentar:** I 2017 bruger 17 % nikotinsubstitution ved 6-månedersopfølgningen, mens 80 % ikke anvender medicin på dette tidspunkt. I perioden før var andelen, der bruger nikotinsubstitution ved 6-månedersopfølgningen på henholdsvis ca. 14-17 % og 76-81 % for den andel, der ikke anvender medicin på det tidspunkt. *Ca. 8 % har ikke besvaret spørgsmålet og disse er ikke talt med.*

#### 4.25

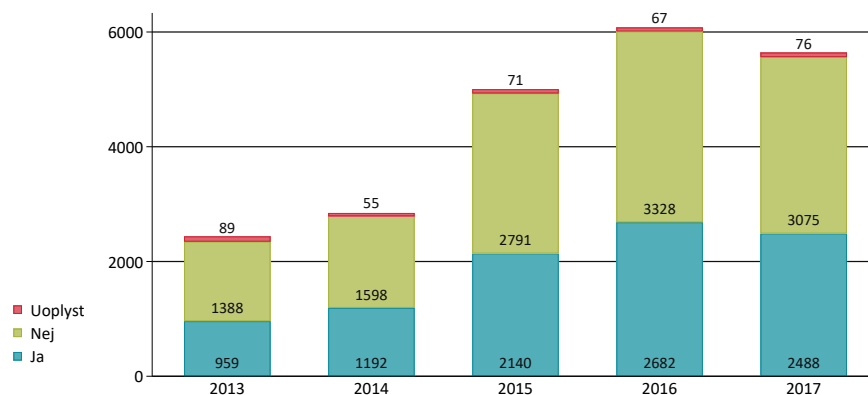
##### RØGFRI I 6 MÅNEDER



Deltagere, der har været røgfri fra kurset til 6-månedersopfølgningen.

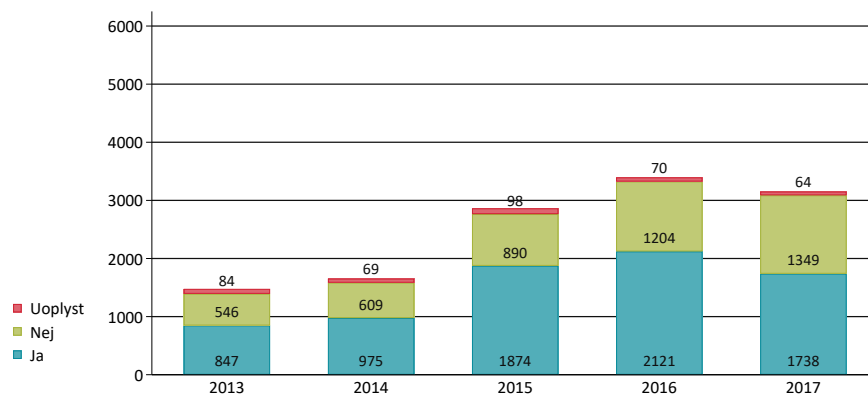
**Kommentar:** I 2017 er 39 % røgfri ved 6 måneders opfølgningen, og det ligger på samme niveau som 2016. I perioden mellem 2013-2016 lå andelen på 33-39 %.

#### 4.26 14 DAGES PUNKTPRÆVALENS



Deltagere, der har været røgfri de seneste 14 dage inden 6-månedersopfølgningen (punktprævalens).  
**Kommentar:** I 2017 er andelen på 44 % og ligger derved stabilt fra 2016. Andelen af deltagere, der har været røgfri de seneste 14 dage inden 6-månedersopfølgningen, har i perioden 2013-2016 ligget mellem 39-44 %.

#### 4.27 NYT RYGESTOPTILBUD



Deltagere, der ryger ved 6-månedersopfølgningen, og som er interesseret i et nyt rygestoptilbud.  
**Kommentar:** Andelen, der er interesseret i et nyt rygestoptilbud, er på 55 % i 2017 og er et stort fald på 9 % fra 2016. Andelen har i perioden 2013-2016 ligget mellem 57-65 %.

## 5. Resultater i forhold til kvalitetsmål

### 5.1

#### INDIKATORER OG KVALITETSMÅL

Rygestopbasen har fem indikatorer. For hver indikator er der opstillet et kvalitetsmål. Målet er, at alle rygestoptilbud skal leve op til disse kvalitetsmål. Kvalitetstallene opgøres som tidligere på samme måde, som bruges i de kliniske kvalitetsdatabaser. Fx. opgøres operationskomplikationer og postoperativ livskvalitet kun blandt opererede patienter. Tilsvarende opgøres kvalitetstallene som fx. rygestopraten kun blandt dem, der har gennemført rygestopbehandlingen. Kvalitetstallene er i denne rapport opgjort som rangstillingsdiagrammer. For hver indikator er kvalitetsmålet og landsgennemsnittet markeret.

Som noget nyt præsenteres disse resultater også i absolutte tal. Det betyder, at alle deltagere indgår i opgørelsen og ikke kun dem, der har gennemført rygestopkurset. På den måde slipper man selv for at regne sig frem til disse. Der er anvendt forskellige farver (grøn for kvalitetstal og blå for absolutte tal). Det skal pointeres, at kvalitetsmålene er baseret på kvalitetstallene.

#### Rygestopbasens indikatorer

I nedenstående tabel ses en oversigt over rygestopbasens fem indikatorer og de tilhørende besluttede kvalitetsmål. Ved opgørelsen af tallene efter absolutte tal anvendes samme definition af indikatorerne. Her opgør man blot tallet i indikator 2 til 5 på samtlige deltagere frem for andelen af deltagere, der har gennemført et kursus (er markeret med kursiv i oversigten). Indikator 1 har samme definition for både kvalitetstal og absolutte tal.

Rygestopbasens fem indikatorer	Kvalitetsmål
<b>1 Gennemført rygestopkursus</b> Andel af deltagere, der har gennemført et rygestopkursus. Dvs. når han/hun har deltaget i minimum 75 % af kursusgangene.	<b>80 %</b>
<b>2 Røgfri ved kursets afslutning</b> Andel af deltagere, der har gennemført kurset, og som er røgfrie ved kursets afslutning.	<b>80 %</b>
<b>3 Opfølgingsrate</b> Andel af deltagere, der har gennemført kurset, hvor rådgiveren (eller en anden) har fulgt op eller forsøgt at følge op efter 6 måneder.	<b>80 %</b>
<b>4 Røgfri efter 6 måneder</b> Andel af deltagere, der har gennemført kurset, og som ved en valid opfølgning fortsat er røgfrie ved 6 måneders opfølgningen.	<b>50 %</b>
<b>5 Tilfredshed</b> Andel af deltagere, der har gennemført kurset, og som er tilfredse med kurset. Deltagere, der har svaret 4-5 (på en skala fra 1-5) i spørgsmål 3d i opfølgningsskemaet, anses som tilfredse med kurset.	<b>90 %</b>

### *Inklusion*

Resultaterne for hver af de fem indikatorer er opgjort for de kommuner/rygestopenheder, der afholdt aktiviteter i 2017 med opfølgning i 2018 og kun såfremt, at de opfylder inklusionskriterierne for den enkelte indikator. Kriterierne er ikke ens for de fem indikatorer, og de er derfor beskrevet sammen med præsentationen af resultaterne for den enkelte indikator.

### *Sådan læses graferne*

Under hver indikator er der opstillet en graf med landsresultaterne af det respektive kvalitetstal og absolutte tal over de seneste fem år. Den grønne linje på grafen angiver kvalitetsmålet. De lysegrønne søjler svarer til landsgennemsnittet på kvalitetstallene som tidligere. Disse opfylder ikke kvalitetsmålet. Hvor de mørkegrønne søjler angiver, at kvalitetsmålet er opfyldt på landsplan. Blå søjler viser landsgennemsnittet på absolutte tal.

### *Sådan læses kortene*

Under resultaterne for hver indikator vises inddragelsen af kommunerne grafisk på et danmarkskort. Kortet er opdelt i kommuner, og hver kommune har en farve afhængig af inddragelse i forhold til den givne indikator:

- Sorte kommuner har ikke leveret data til Rygestopbasen i 2017.
- Hvide kommuner har ikke leveret tilstrækkeligt med data til at opfylde inklusionskriterierne.
- Blå kommuner har leveret tilstrækkeligt med data til at indgå i analyserne, men opfylder ikke kvalitetsmålet.
- Grønne kommuner opfylder kvalitetsmålet for indikatoren.

### *Sådan læses rangstillingsdiagrammerne*

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

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

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

I rangstillingsdiagrammerne for indikator 2-5 bliver de absolutte tal angivet yderst til højre i den blå kolonne både for kommunerne og rygestopenhederne. Denne opgørelse er lavet ud for samtlige deltagere, der har deltaget minimum en gang på et rygestopkursus. Disse er ikke rangstillede.

Da alle deltagere bliver inkluderet, og ikke kun deltagere med gennemførte forløb, er der lidt flere kommuner og rygestopenheder, der er listet ved denne opgørelse end ved kvalitetstallene. Disse kommuner og rygestopenheder er

listet i tabeller efter alle rangstillingsdiagrammerne. De er listet efter hvilken region, de tilhører og i alfabetisk rækkefølge efter navnet på kommunen eller rygestopenheden.

*Kommuner opgøres som geografiske områder*

Det er vigtigt at understrege, at resultaterne på kommuneplan er opgjørt for kommunerne som geografisk område. Et kommuneresultat skal således læses som en samling af alle de aktiviteter, der er indrapporteret for et geografisk afgrænset område og ikke kun som resultatet af en kommunal indsats. Et kommuneresultat kan således indeholde data fra fx både apoteker, den kommunale indsats og private rygestopfirmaer.

*Kommuner, der indrapporterer sammen*

I forbindelse med projekter under storrygerpuljen indrapporterer flere kommunale indsatser deres rygestopkurser samlet under et enhedsnummer i 2017:

- Rebild, Vesthimmerland og Mariagerfjord Kommune indrapporterer samlet under Vesthimmerlands Kommune med enhedsnavnet 'Kvit og Frit - Storrygerpuljen. (Markeres med \* fremefter)
- Ishøj, Albertslund, Brøndby, Vallensbæk, Glostrup, Hvidovre, Høje-Taastrup, Dragør og Tårnby Kommune indrapporterer samlet under Vallensbæk Kommune med enhedsnavnet 'Vestegnen og Sydamager'. (Markeres med \*\* fremefter)

Helsingør og Fredensborg Kommune samarbejder om kurserne, og indrapporterede samlet under Helsingør Kommune. (Markeres med \*\*\* fremefter)

Denne indrapportering har indflydelse på afrapporteringen i årsrapporten:

- På danmarkskortene får de pågældende kommuner alle samme farve, som den kommune, rygestopenheden samlet indrapporterer under.
- På rangstillingsdiagrammerne på kommunalt niveau bliver samarbejdet markeret med stjerner.
- På rangstillingsdiagrammerne for rygestopenhederne vil den kommunale indsats indgå som en samlet enhed, som vil blive markeret med stjerner.

## 5.2

### INDIKATOR 1: GENNEMFØRT RYGESTOPKURSUS

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

#### Kvalitetsmål

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

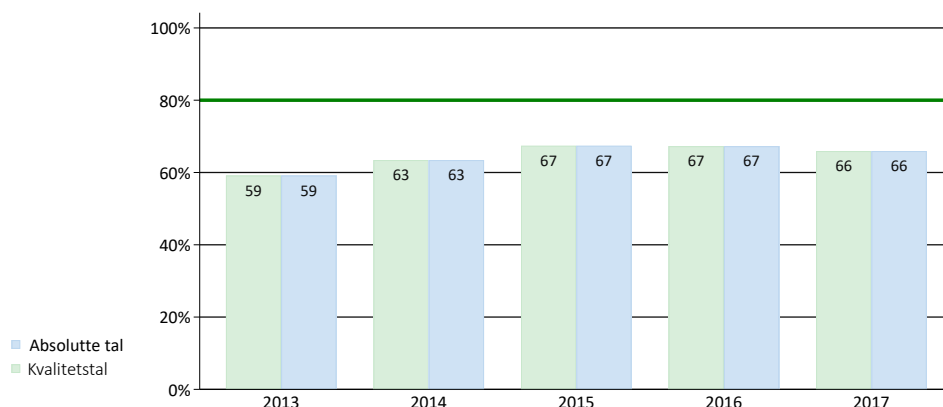
#### Inklusionskriterier

Mindst 20 deltagere skal have afleveret et basisskema.

#### Beregningsmetode

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

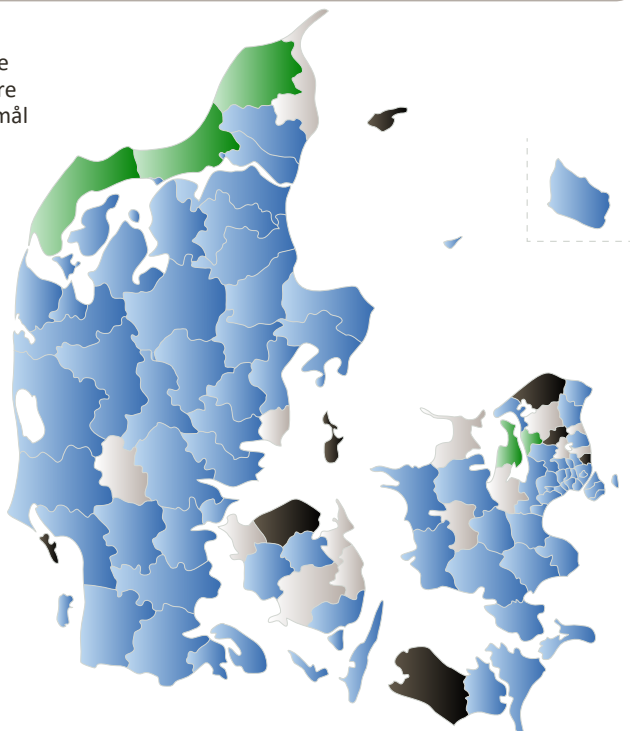
#### Lands gennemsnit



**Kommentar:** På landsplan gennemfører 66 % af alle deltagere deres rygestopforløb i 2017. Andelen var 67 % i 2015, mens den var væsentligt lavere i 2013-2014.

#### Danmarkskort

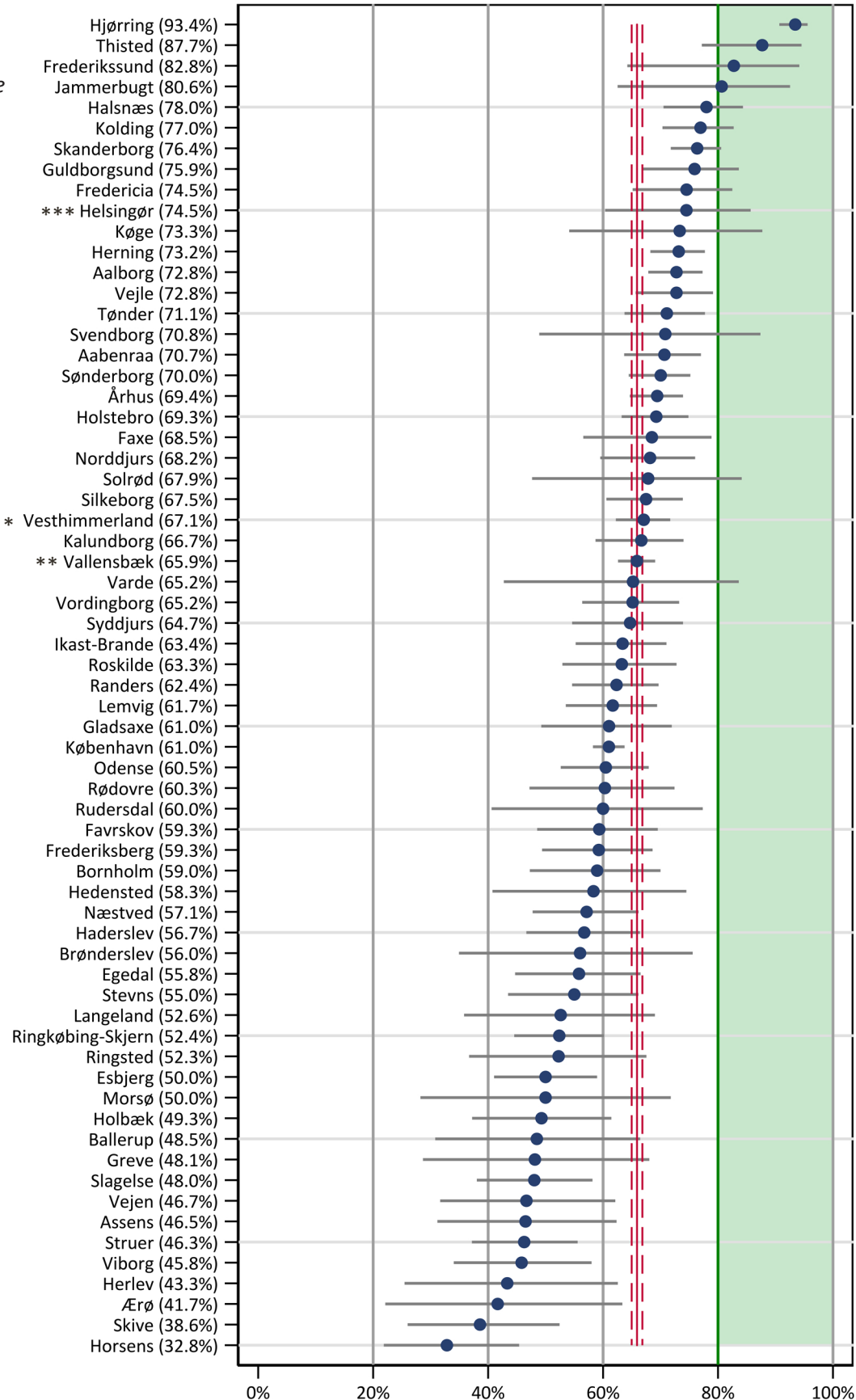
- Ingen deltagere
- Under 20 deltagere
- Mindst 20 deltagere
- Opfylder kvalitetsmål



**Kommentar:** Indikator 1 - Gennemført rygestopkursus. 76 kommuner (geografiske områder) indgår i analysen.



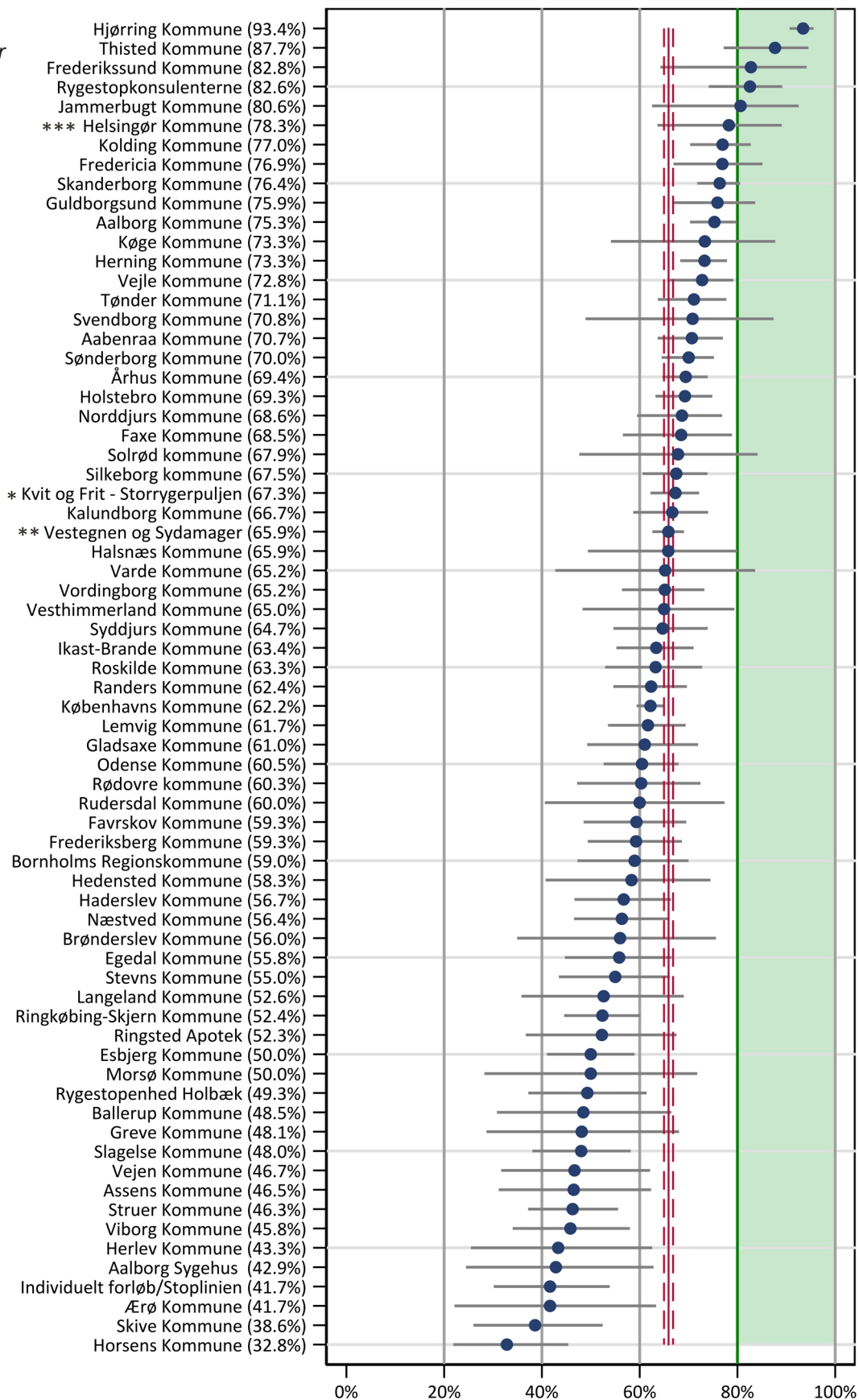
Indikator 1:  
Kommuner  
(geografiske  
områder)



**Kommentar:** Der er anført 65 kommuner i diagrammet. Samarbejdet mellem forskellige kommuner gør, at 76 separate kommuner indgår i analysen. 4 af disse (5 %) opfylder kvalitetsmålet.

Se side 31 for årsagen til denne afrapportering samt markeringerne af Vesthimmerland\*, Vallensbæk\*\* og Helsingør Kommune\*\*\*.

Indikator 1:  
Rygestopenheder



**Kommentar:** 69 rygestopenheder indgår i analysen. 5 af disse (7 %) opfylder kvalitetsmålet. Enhederne er angivet med navn.

Se side 31 for årsagen til markeringerne af Kvit og Frit - Storrygerpuljen\*, Vestegnen og Sydager\*\* og Helsingør Kommune\*\*\*.

### 5.3

#### INDIKATOR 2: RØGFRI VED KURSETS AFSLUTNING

Indikator 2 er en opgørelse over den andel af deltagere, der er røgfrie ved kursets afslutning.

#### Kvalitetsmål

Kvalitetsmålet er, at 80 % af deltagerne, der har gennemført forløbet, skal være røgfri ved kursets afslutning.

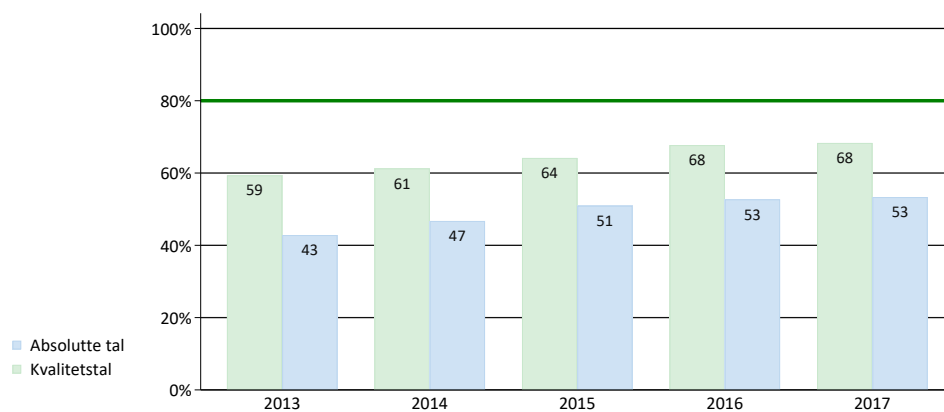
#### Inklusionskriterier

Mindst 20 deltagere skal have gennemført deres rygestopforløb.

#### Beregningsmetode

Hvis rådgiveren ikke har udfyldt, om en deltager var røgfri, eller hvis der er svaret "Ved ikke", opgøres deltageren, som om han/hun ikke var røgfri ved kursets afslutning.

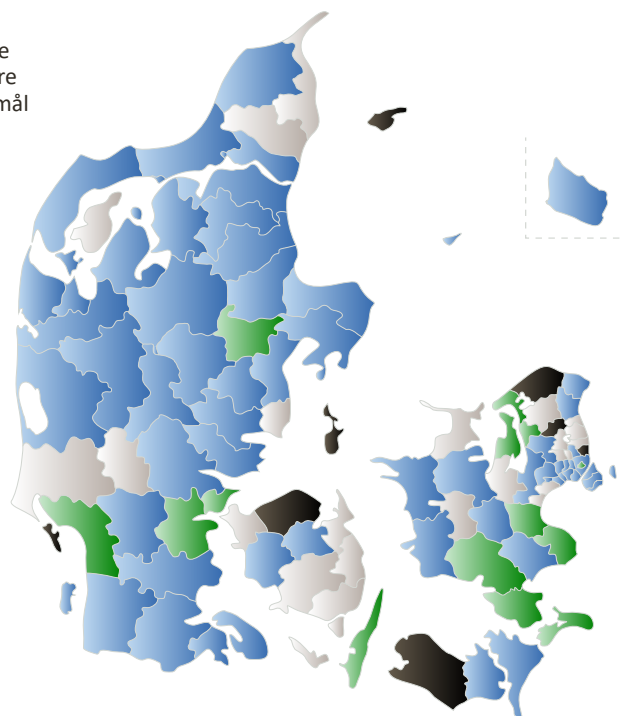
#### Lands gennemsnit



**Kommentar:** På landsplan er 68 % af deltagerne røgfrie ved kursets afslutning i 2017, hvilket er en fastholdelse af niveauet fra 2016. Fra 2013-2015 var andelen stigende fra 59-64 %. Det absolutte tal for 2017 ligger på 53 %.

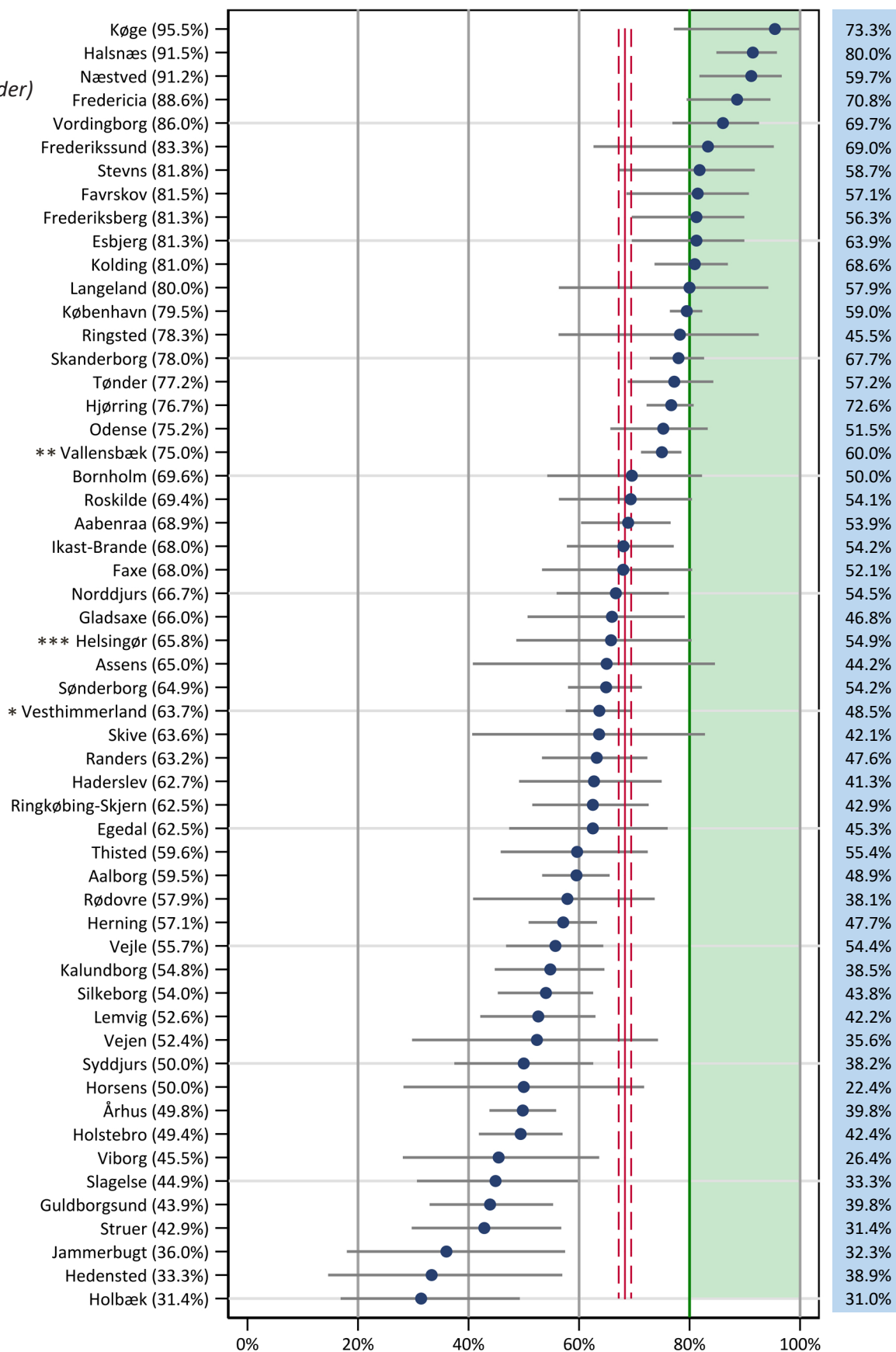
#### Danmarkskort

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



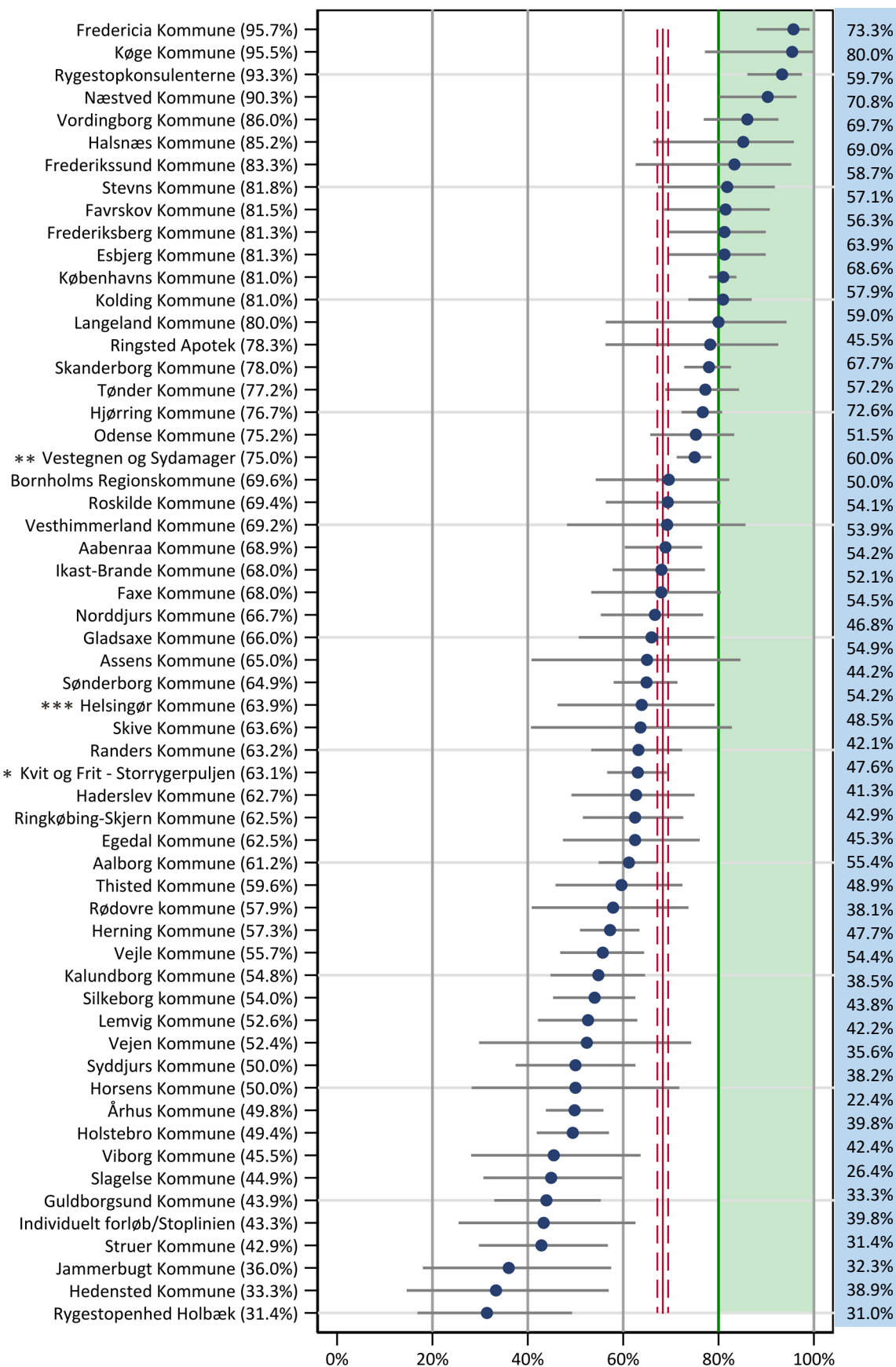
**Kommentar:** Indikator 2 - Røgfri ved kursets afslutning. 66 kommuner indgår i analysen.

Indikator 2:  
Kommuner  
(geografiske områder)



**Kommentar:** Der er anført 55 kommuner i diagrammet. Samarbejdet mellem forskellige kommuner gør, at 66 separate kommuner indgår i analysen. 12 af disse (18 %) opfylder kvalitetsmålet. Se side 31 for årsagen til markeringerne af Vesthimmerland\*, Vallensbæk\*\* og Helsingør Kommune\*\*\*.

Indikator 2:  
Rygestopenheder



**Kommentar:** 58 rygestopenheder indgår i analysen. 14 af disse (24 %) opfylder kvalitetsmålet. Enhederne er angivet med navn.

Se side 31 for årsagen til markeringerne af Kvit og Frit - Storrygerpuljen\*, Vestegnen og Sydager\*\* og Helsingør Kommune\*\*\*.

## 5.4

### INDIKATOR 3: OPFØLGNINGS-RATE

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

#### Kvalitetsmål

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

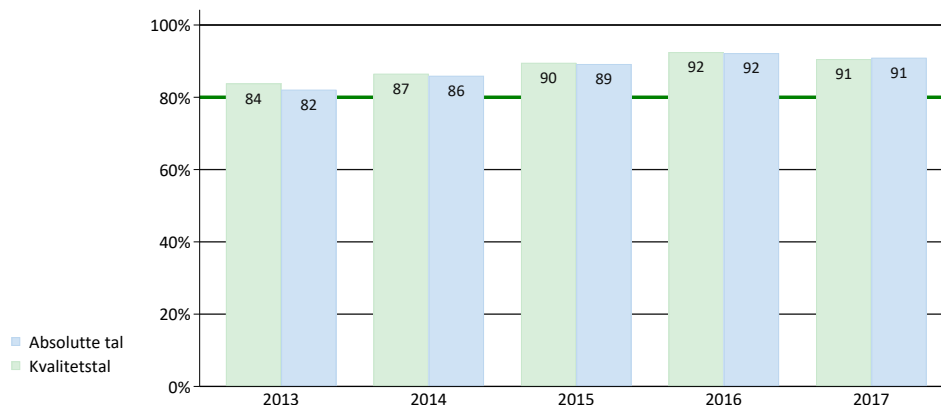
#### Inklusionskriterier

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

#### Beregningsmetode

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

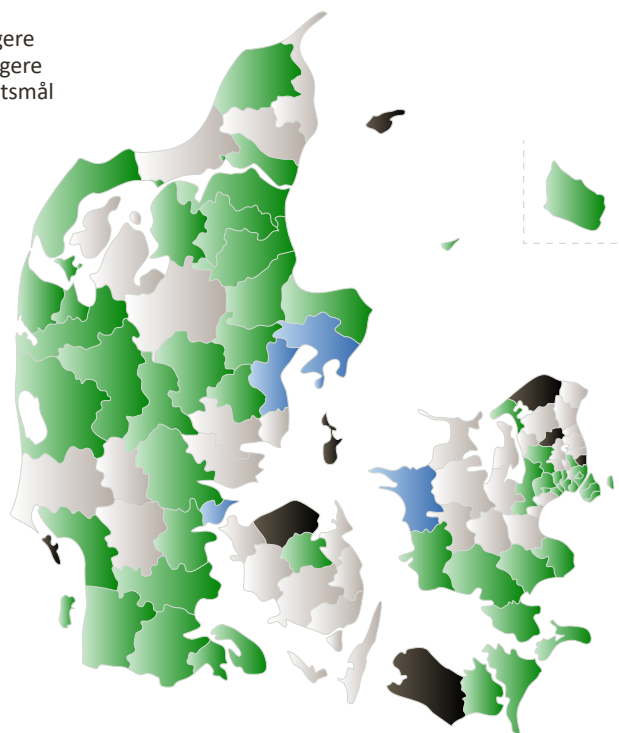
#### Lands gennemsnit



**Kommentar:** På landsplan er 91 % af deltagerne forsøgt kontaktet efter 6 måneder i 2017. Denne andel ligger nu for femte år i træk over kvalitetsmålet på 80 %. Begge opgørelser ligger tæt på hinanden.

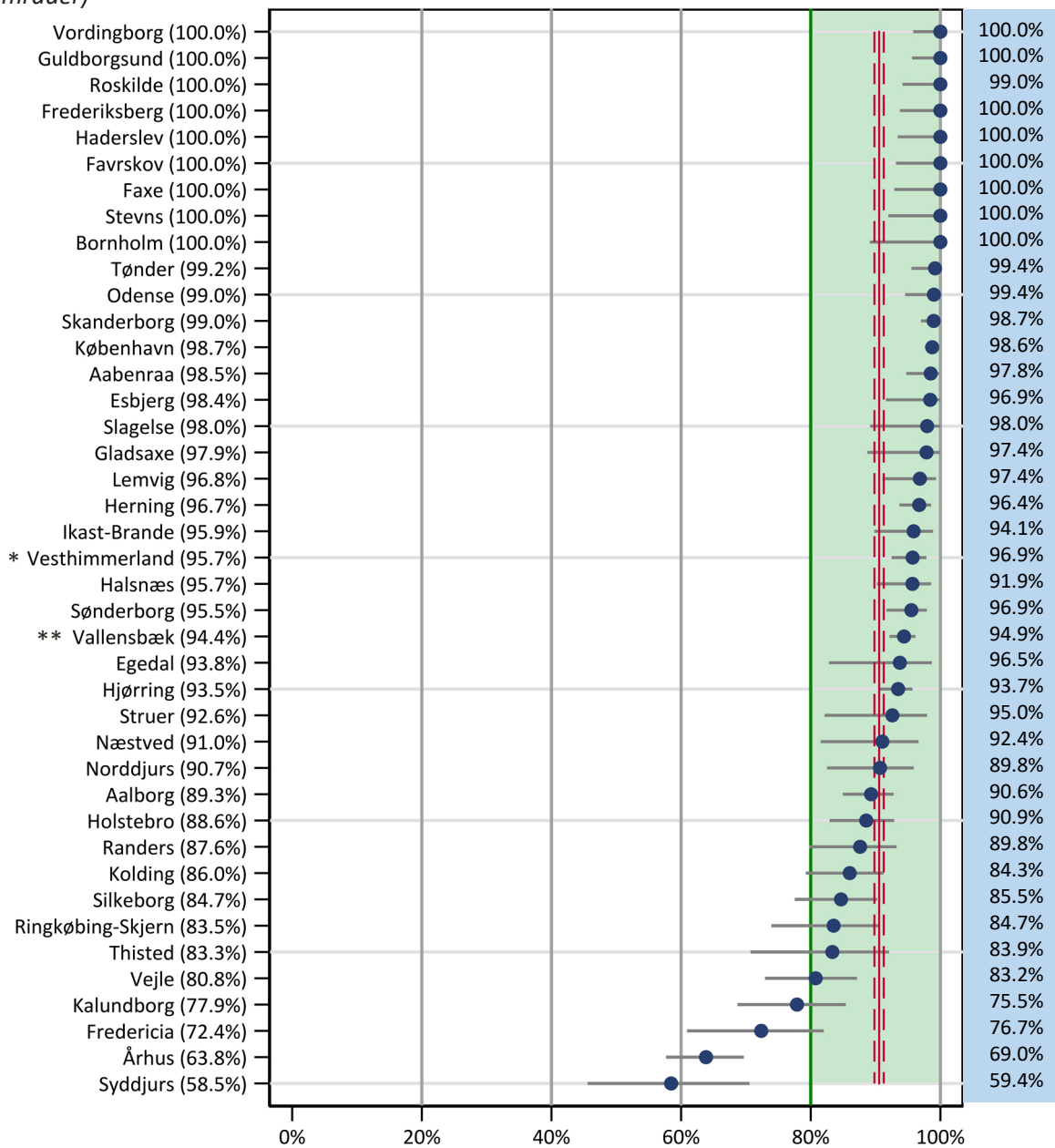
#### Danmarkskort

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



**Kommentar:** Indikator 3 - Opfølgingsrate. 51 kommuner indgår i analysen.

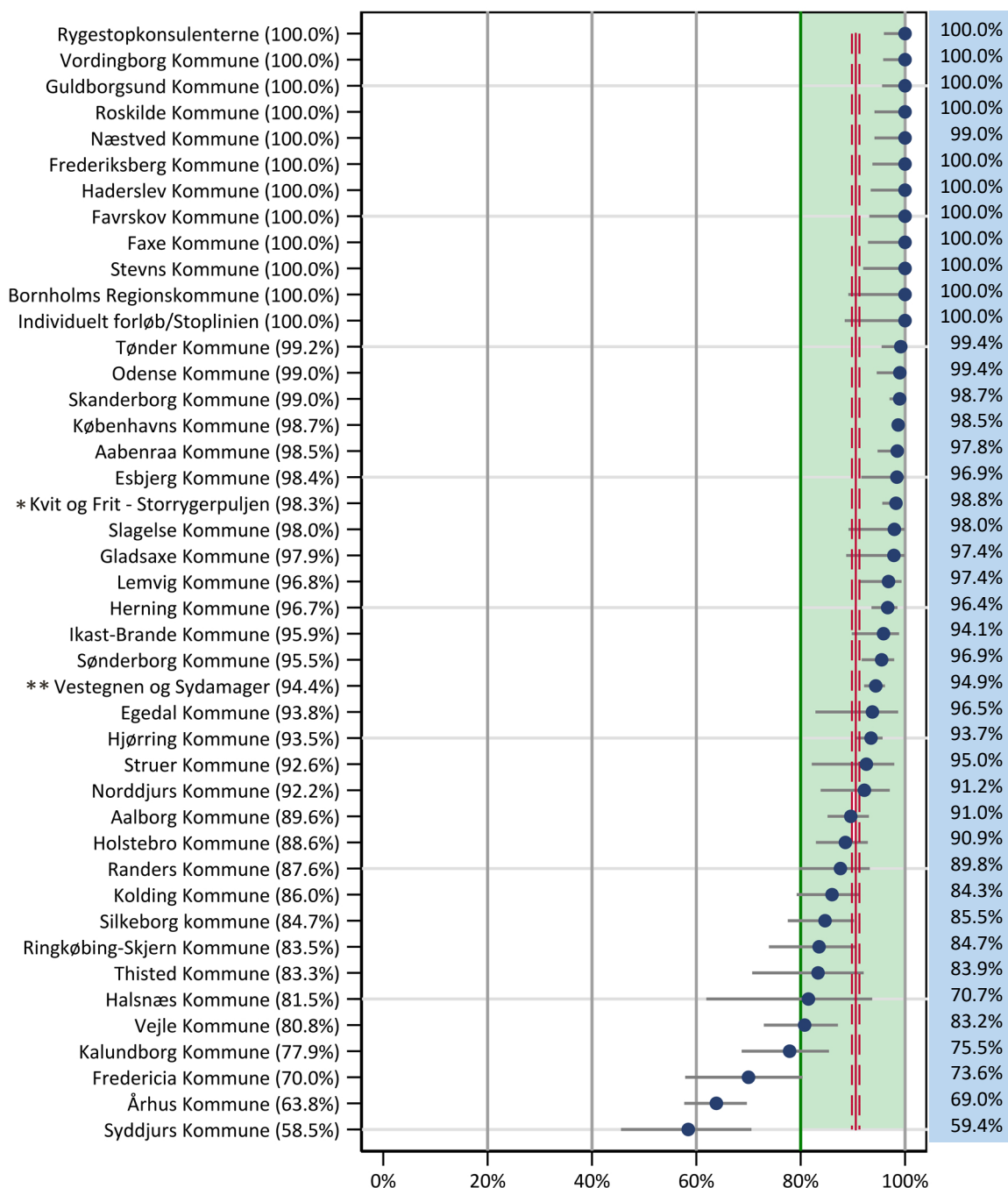
Indikator 3:  
Kommuner  
(geografiske områder)



**Kommentar:** Der er anført 41 kommuner i diagrammet. Samarbejdet mellem forskellige kommuner gør, at 51 separate kommuner indgår i analysen. 47 af disse (92 %) opfylder kvalitetsmålet.

Se side 31 for årsagen til denne afrapportering samt markeringerne af Vesthimmerland\* og Vallensbæk Kommune\*\*.

Indikator 3:  
Rygestopenheder



**Kommentar:** 43 rygestopenheder indgår i analysen. 39 af disse (91 %) opfylder kvalitetsmålet. Enhederne er angivet med navn.

Se side 31 for årsagen til markeringerne af Kvit og Frit - Storrygerpuljen\* og Vestegnen og Sydager\*\*.



## 5.5

### INDIKATOR 4: RØGFRI EFTER 6 MÅNEDER

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

#### Kvalitetsmål

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

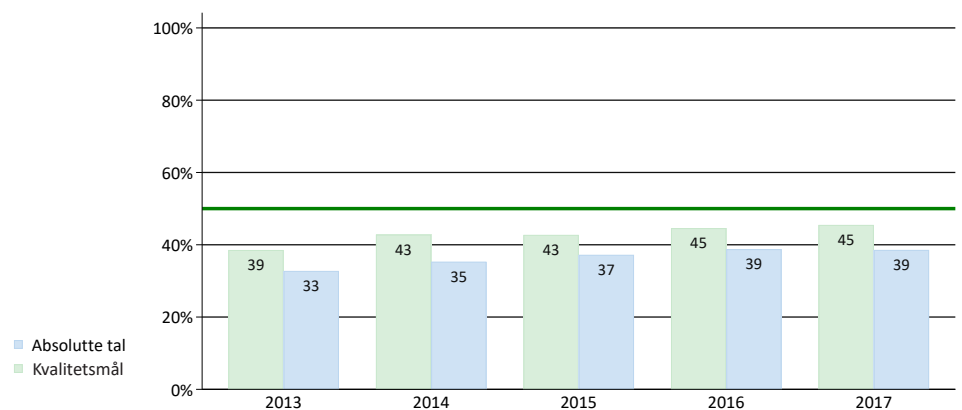
#### Inklusionskriterier

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

#### Beregningsmetode

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

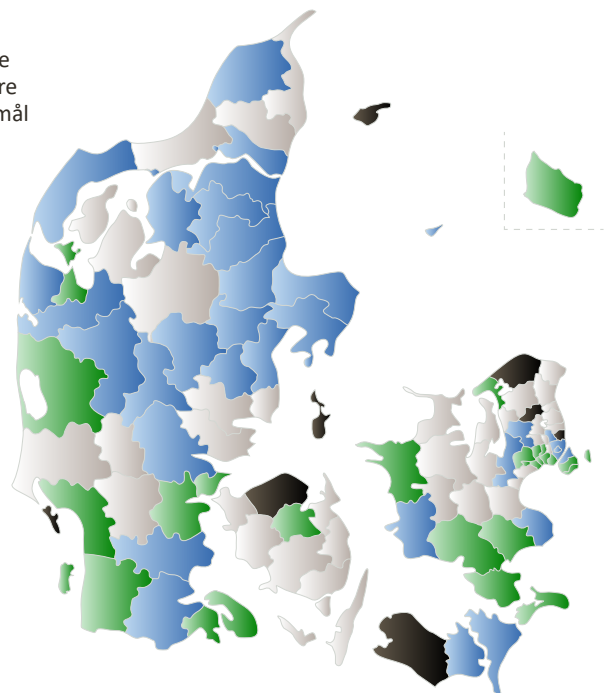
#### Lands gennemsnit



**Kommentar:** På landsplan er rygestopraten 45 % efter 6 måneder i 2016-17. Den er øget siden 2013 fra 39 %. I absolutte tal er den gået fra 33 til 39 %.

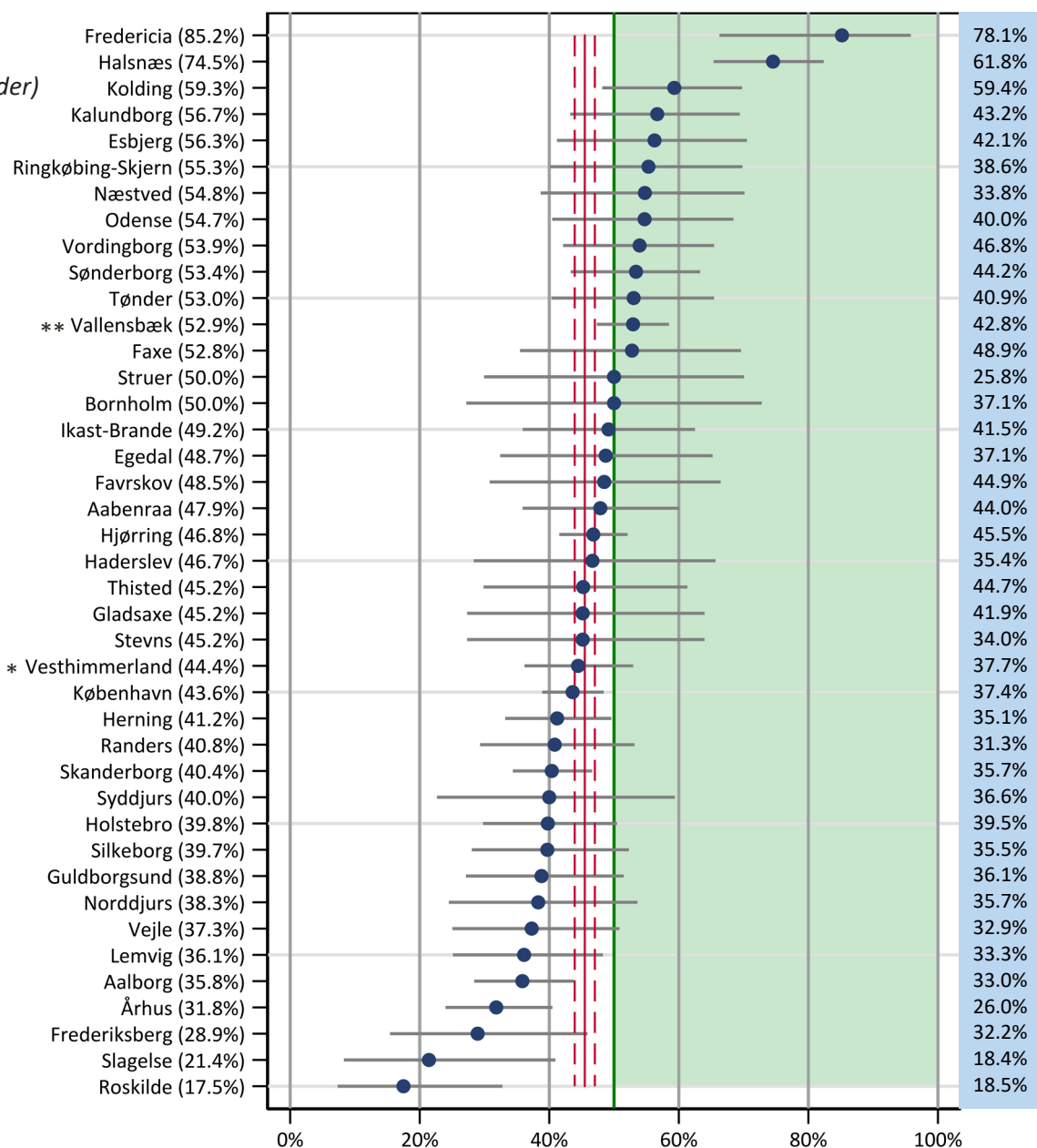
#### Danmarkskort

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



**Kommentar:** Indikator 4 - Røgfri efter 6 måneder. 51 kommuner indgår i analysen.

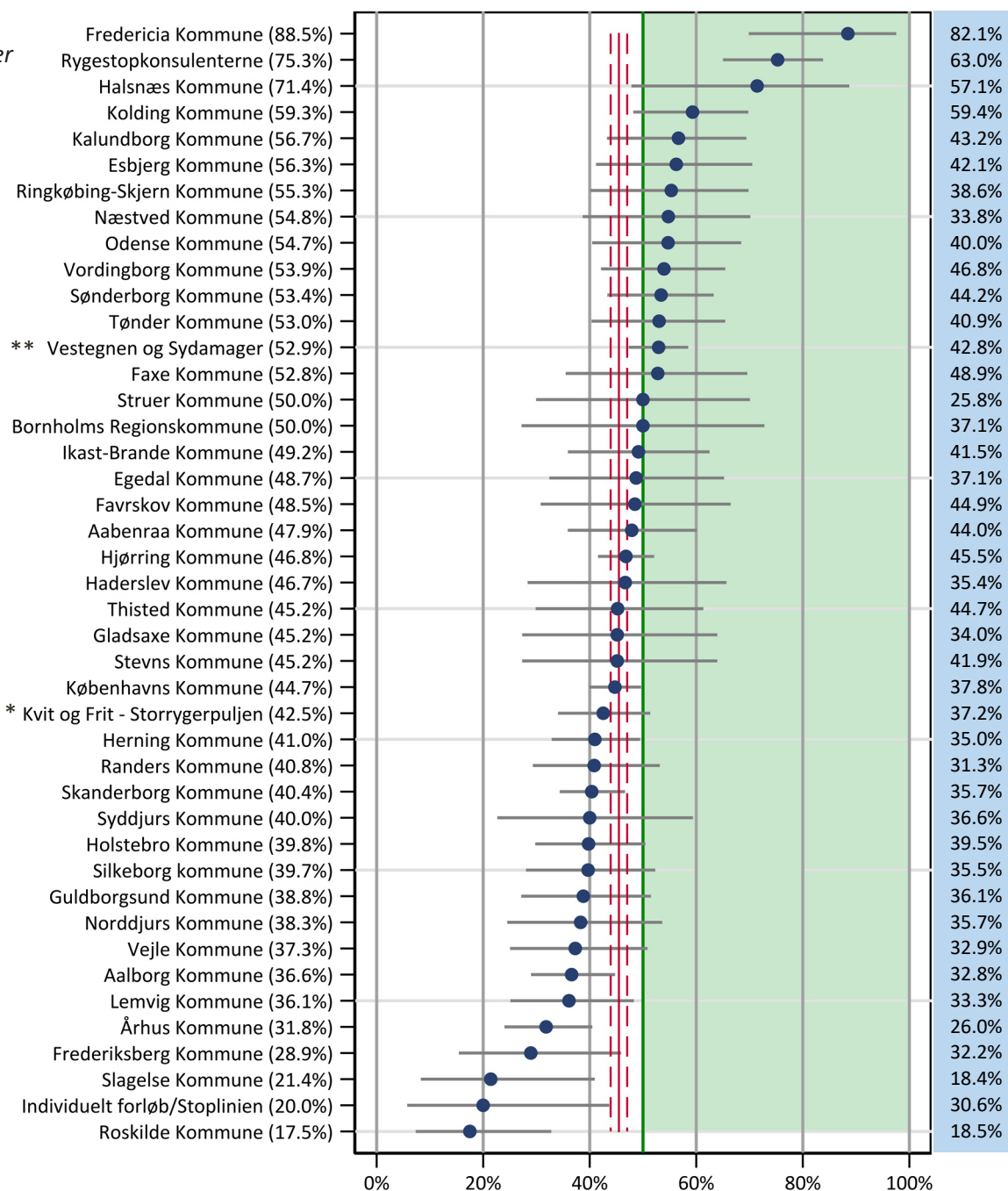
Indikator 4:  
Kommuner  
(geografiske områder)



**Kommentar:** Der er anført 41 kommuner i diagrammet. Samarbejdet mellem forskellige kommuner gør, at 51 separate kommuner indgår i analysen. 23 af disse (45 %) opfylder kvalitetsmålet.

Se side 31 for årsagen til denne afrapportering samt markeringerne af Vesthimmerland\*, Vallensbæk Kommune\*\*.

Indikator 4:  
Rygestopenheder



**Kommentar:** 43 rygestopenheder indgår i analysen. 16 af disse (37 %) opfylder kvalitetsmålet. Enhederne er angivet med navn.

Se side 31 for årsagen til markeringerne af Kvit og Frit - Storrygerpuljen\* og Vestegnen og Sydager\*\*.

## 5.6

### INDIKATOR 5: TILFREDSHED

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

#### Kvalitetsmål

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

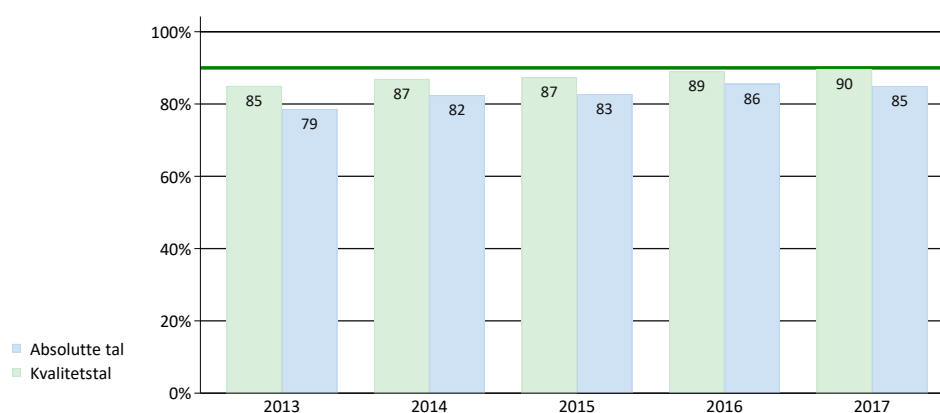
#### Inklusionskriterier

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

#### Beregningsmetode

Hvis en deltager ikke har besvaret, hvorvidt han/hun var tilfreds med kurset som helhed, opgøres deltageren, som om han/hun ikke har været tilfreds. Deltagere, der har svaret 4-5 (på en skala fra 1-5) på spørgsmål 3d på opfølgningsskemaet, anses som værende tilfredse med kurset.

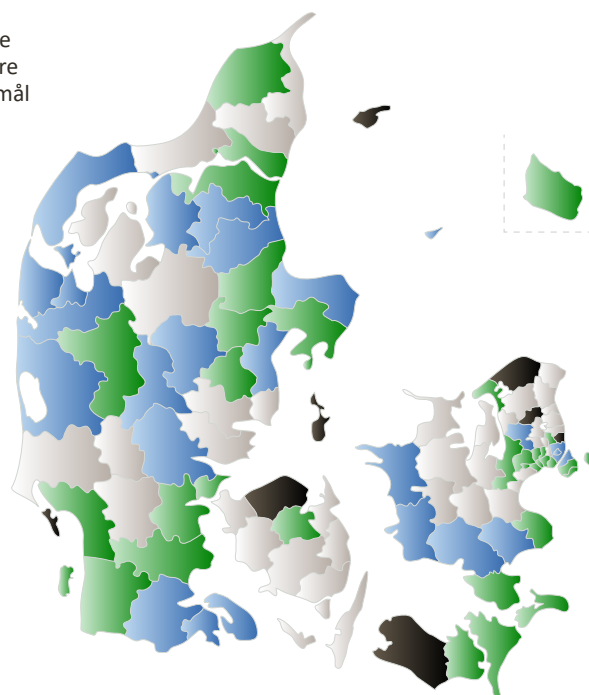
#### Landsgennemsnit



**Kommentar:** I 2017 er 90 % (rundet op) af deltagerne tilfredse med deres rygestopforløb. Denne andel er steget og er meget tæt på målopfyldelsen på 90 %. Tilsvarende er 85 procent tilfredse med deres kurser på de absolutte tal.

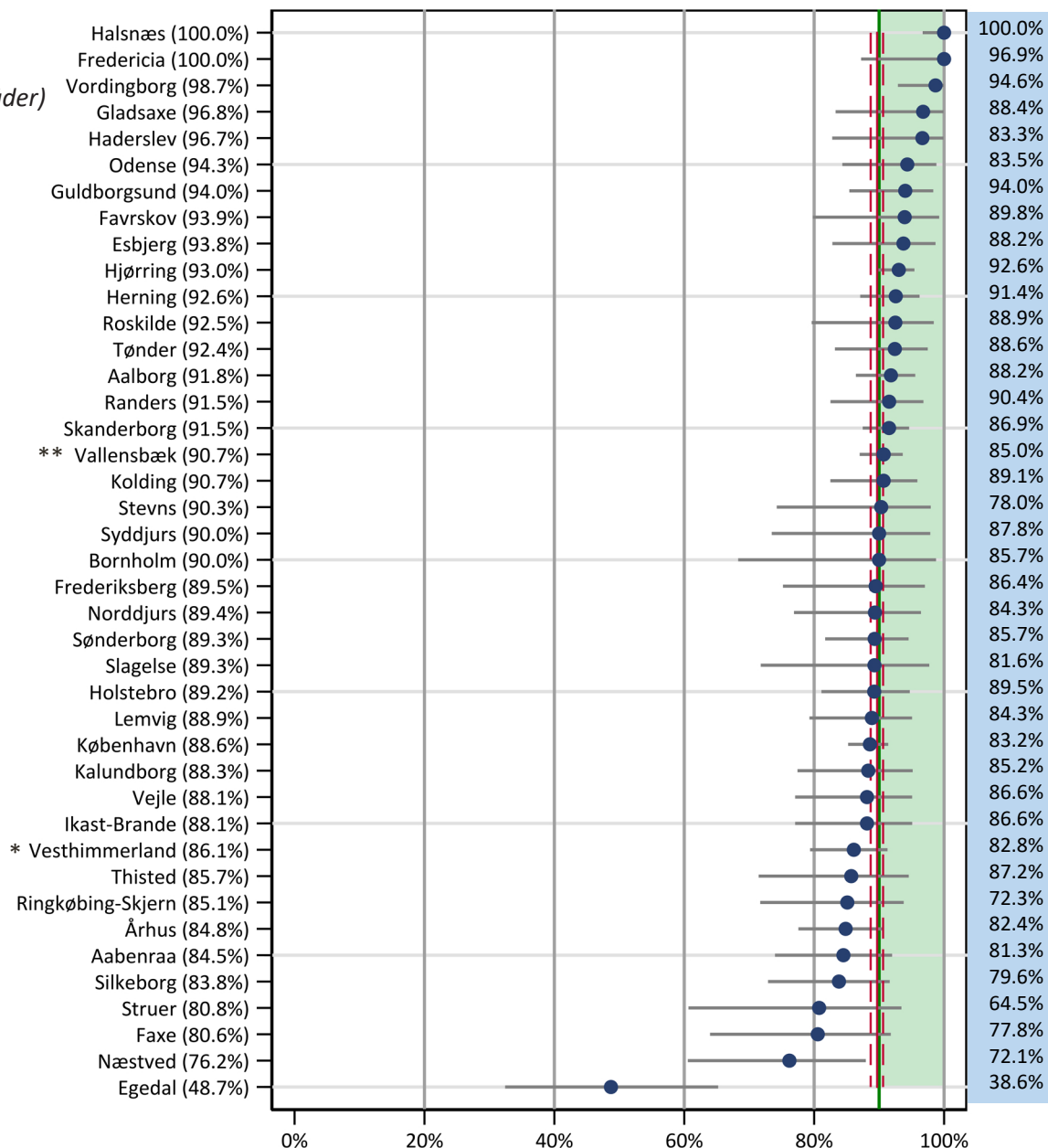
#### Danmarkskort

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



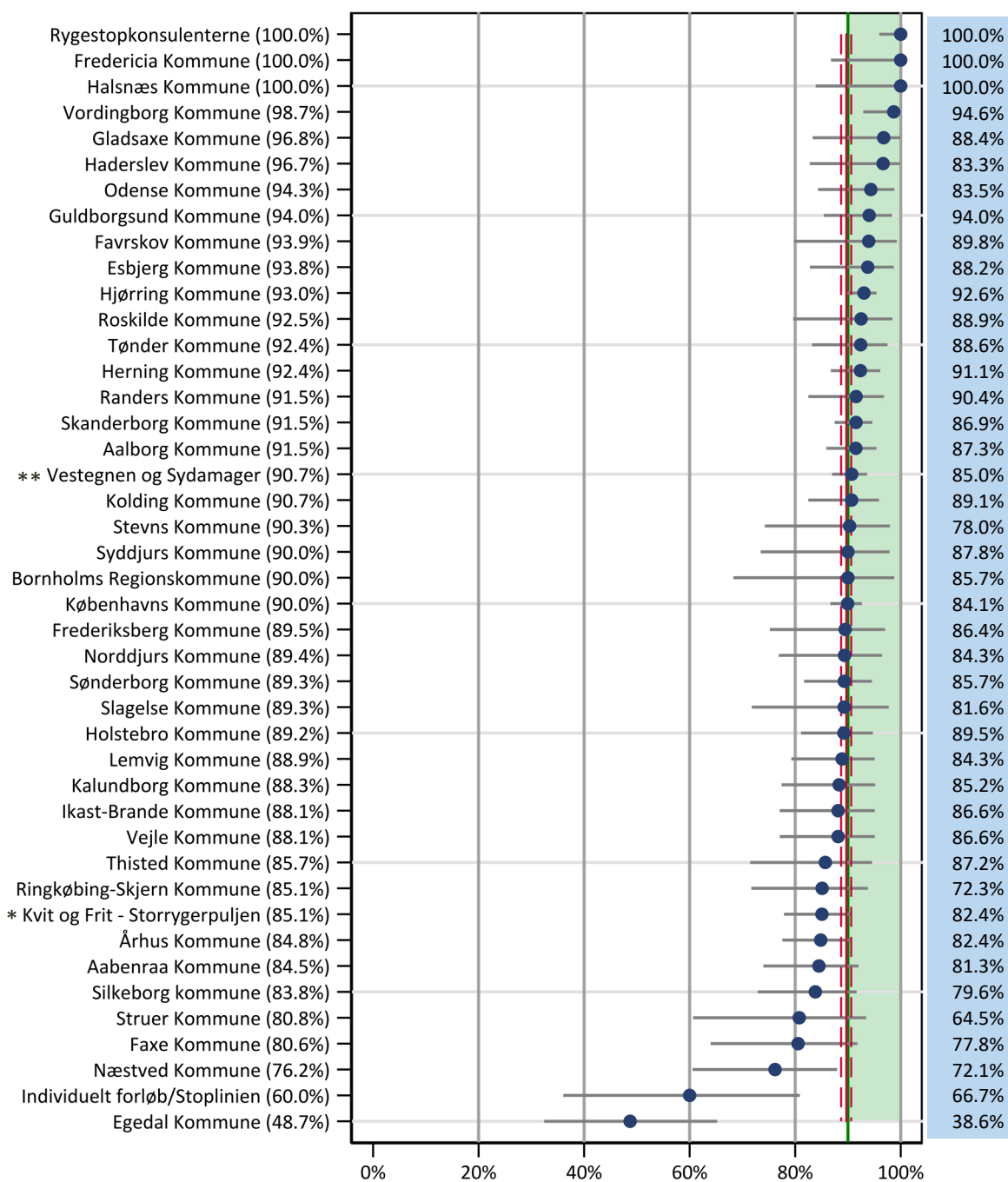
**Kommentar:** Indikator 5 - Tilfredshed. 51 kommuner indgår i analysen.

Indikator 5:  
Kommuner  
(geografiske områder)



**Kommentar:** Der er anført 41 kommuner i diagrammet. Samarbejdet mellem forskellige kommuner gør, at 51 separate kommuner indgår i analysen. 29 af disse (57 %) opfylder kvalitetsmålet. Se side 31 for årsagen til denne afrapportering samt markeringerne af Vesthimmerland\* og Vallensbæk Kommune\*\*.

Indikator 5:  
Rygestopenheder



**Kommentar:** 43 rygestopenheder indgår i analysen. 23 af disse (53 %) opfylder kvalitetsmålet. Enhederne er angivet med navn.

Se side 31 for årsagen til markeringerne af Kvit og Frit - Storrygerpuljen\* og Vestegnen og Sydamerger\*\*.

"Indikator 2" - kommuner		
Region	Kommune	Absolutte tal
Nordjylland	Brønderslev	52.0%
Nordjylland	Morsø	59.1%
Syddanmark	Svendborg	58.3%
Syddanmark	Varde	47.8%
Syddanmark	Ærø	45.8%
Sjælland	Greve	59.3%
Sjælland	Solrød	78.6%
Hovedstaden	Ballerup	33.3%
Hovedstaden	Herlev	53.3%
Hovedstaden	Rudersdal	53.3%

"Indikator 2" - enheder			
Enhedsnavn	Region	Kommune	Absolutte tal
Brønderslev Kommune	Nordjylland	Brønderslev	52.0%
Morsø Kommune	Nordjylland	Morsø	59.1%
Aalborg Sygehus	Nordjylland	Aalborg	25.0%
Svendborg Kommune	Syddanmark	Svendborg	58.3%
Varde Kommune	Syddanmark	Varde	47.8%
Ærø Kommune	Syddanmark	Ærø	45.8%
Greve Kommune	Sjælland	Greve	59.3%
Solrød kommune	Sjælland	Solrød	78.6%
Ballerup Kommune	Hovedstaden	Ballerup	33.3%
Herlev Kommune	Hovedstaden	Herlev	53.3%
Rudersdal Kommune	Hovedstaden	Rudersdal	53.3%

"Indikator 3" - kommuner		
Region	Kommune	Absolutte tal
Midtjylland	Hedensted	94.3%
Midtjylland	Horsens	98.5%
Midtjylland	Skive	92.5%
Midtjylland	Viborg	87.3%
Syddanmark	Assens	92.9%
Syddanmark	Langeland	100.0%
Syddanmark	Vejen	100.0%
Sjælland	Ringsted	100.0%
Hovedstaden	Helsingør	89.8%
Hovedstaden	Rudersdal	100.0%
Hovedstaden	Rødovre	76.2%

**"Indikator 3" - enheder**

Enhedsnavn	Region	Kommune	Absolutte tal
Hedensted Kommune	Midtjylland	Hedensted	94.3%
Horsens Kommune	Midtjylland	Horsens	98.5%
Skive Kommune	Midtjylland	Skive	92.5%
Viborg Kommune	Midtjylland	Viborg	87.3%
Assens Kommune	Syddanmark	Assens	92.9%
Langeland Kommune	Syddanmark	Langeland	100.0%
Vejen Kommune	Syddanmark	Vejen	100.0%
Ringsted Apotek	Sjælland	Ringsted	100.0%
Helsingør Kommune	Hovedstaden	Helsingør	100.0%
Rudersdal Kommune	Hovedstaden	Rudersdal	100.0%
Rødovre kommune	Hovedstaden	Rødovre	76.2%

**"Indikator 4" - kommuner**

Region	Kommune	Absolutte tal
Midtjylland	Hedensted	42.3%
Midtjylland	Horsens	13.3%
Midtjylland	Skive	59.1%
Midtjylland	Viborg	28.2%
Syddanmark	Assens	25.8%
Syddanmark	Langeland	42.9%
Syddanmark	Vejen	16.7%
Sjælland	Ringsted	26.9%
Hovedstaden	Helsingør	26.1%
Hovedstaden	Rudersdal	30.0%
Hovedstaden	Rødovre	32.0%

**"Indikator 4" - enheder**

Enhedsnavn	Region	Kommune	Absolutte tal
Hedensted Kommune	Midtjylland	Hedensted	42.3%
Horsens Kommune	Midtjylland	Horsens	13.3%
Skive Kommune	Midtjylland	Skive	59.1%
Viborg Kommune	Midtjylland	Viborg	28.2%
Assens Kommune	Syddanmark	Assens	25.8%
Langeland Kommune	Syddanmark	Langeland	42.9%
Vejen Kommune	Syddanmark	Vejen	16.7%
Ringsted Apotek	Sjælland	Ringsted	26.9%
Helsingør Kommune	Hovedstaden	Helsingør	26.1%
Rudersdal Kommune	Hovedstaden	Rudersdal	30.0%
Rødovre kommune	Hovedstaden	Rødovre	32.0%



<b>"Indikator 5" - kommuner</b>		
<b>Region</b>	<b>Kommune</b>	<b>Absolutte tal</b>
Midtjylland	Hedensted	73.1%
Midtjylland	Horsens	56.7%
Midtjylland	Skive	77.3%
Midtjylland	Viborg	56.4%
Syddanmark	Assens	100.0%
Syddanmark	Langeland	90.5%
Syddanmark	Vejen	83.3%
Sjælland	Ringsted	80.8%
Hovedstaden	Helsingør	69.6%
Hovedstaden	Rudersdal	90.0%
Hovedstaden	Rødovre	84.0%

<b>"Indikator 5" - enheder</b>			
<b>Enhedsnavn</b>	<b>Region</b>	<b>Kommune</b>	<b>Absolutte tal</b>
Hedensted Kommune	Midtjylland	Hedensted	73.1%
Horsens Kommune	Midtjylland	Horsens	56.7%
Skive Kommune	Midtjylland	Skive	77.3%
Viborg Kommune	Midtjylland	Viborg	56.4%
Assens Kommune	Syddanmark	Assens	100.0%
Langeland Kommune	Syddanmark	Langeland	90.5%
Vejen Kommune	Syddanmark	Vejen	83.3%
Ringsted Apotek	Sjælland	Ringsted	80.8%
Helsingør Kommune	Hovedstaden	Helsingør	69.6%
Rudersdal Kommune	Hovedstaden	Rudersdal	90.0%
Rødovre kommune	Hovedstaden	Rødovre	84.0%

## 6. Perspektivering og anbefalinger

### *Behov for øge indsatsen*

Den øgede aktivitet fra sidste år er fastholdt i år både med hensyn til antal deltagere og effekten af rygestopprogrammerne. Det er dog kun 1,3 % af de danske rygere, der i 2017 modtager rygestopbehandling. Der er stadig lang vej til Sundhedsstyrelsens mål om, at 5 % af rygere deltager i et rygestopprogram. Dette gælder også de internationale FN og WHO anbefalinger. [1]

Forestil dig, at vi opfylder 5 % målet. Det svarer næsten til en femdobling af antallet af deltagere på rygestopkurserne. Dermed også en femdobling af de medfølgende forbedringer i livskvalitet og økonomi samt sygelighed og tidlig død.

Efterslæbet af indsatsen til unge rygere er et trist kapitel i Danmark. Vi opfylder heller ikke WHO anbefalinger i Framework Convention for Tobacco Control (kort beskrevet som MPOWER), som Danmark har tiltrådt for længe siden. [14]

### *Vigtigt at få udbredt ny forskning*

Der foregår øget forskning, og det er vigtigt at få udbredt den nye viden: fx en signifikant bedre mental sundhed (mindre stress, angst og depressive tanker) ved rygestop - efter eventuelle abstinenser er overstået. [15]

### *Digital dataindsamling*

Rygestopbasen arbejder for, at registreringen af rygestopkurser skal være så let som muligt. Derfor arbejder Rygestopbasen på et selvregistreringsmodul, så deltagerne selv kan taste deres oplysninger ind. På den måde er tanken, at administrationen skal lattes, og at de rygestopenheder, der ønsker det, kan køre hele deres registrering papirløst.

### **6.1** **ANBEFALINGER**

Rygestopbasen anbefaler, at udarbejde en national og lokal strategi for:


- Opfyldelsen af 5 % målet for kvalitetsikret rygestopbehandling til alle rygere.
- En røgfri generation 2030 inkl. rygestopkurser.
- En langsigtet fastholdelse af politisk prioritering og økonomisk støtte

Rygestopbasen ser frem til at hjælpe med opfølgningen på disse anbefalinger.

## 7. Referencer

---

1. World Health Organization, Global Action Plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. 2013  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/1/9789241506236\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/1/9789241506236_eng.pdf?ua=1) (besøgt den 29.11.2018)
2. GBD 2016 Risk Factors Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risk or risks, 1990-2016: a systematic analysis for Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet* 2017; 390: 1345-422.
3. Eriksen L, Davidsen M, Jensen HAR, Ryd JT, Strøbæk L, White ED, Sørensen J, Juel K. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet for Sundhedsstyrelsen. Sygdomsbyrden i Danmark - risikofaktorer. 2016 Version 2.0  
<https://www.sst.dk/da/udgivelser/2016/~media/C3ACA2467BEE41B49726532872563FFA.ashx> (besøgt den 14.11.2018)
4. Statistikbanken, Danmarks Statistik. 2017
5. Eriksen L, Davidsen M, Jensen HAR, Ryd JT, Strøbæk L, White ED, Sørensen J, Juel K. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet for Sundhedsstyrelsen. Sygdomsbyrden i Danmark - risikofaktorer. 2016  
<https://www.sst.dk/da/sygdom-og-behandling/~media/C3ACA2467BEE41B49726532872563FFA.ashx> (besøgt den 14.11.2017)
6. Tønnesen H, Nielsen PR, Lauritzen JB, Møller AM. Smoking and alcohol intervention before surgery: evidence for best practice. *Br J Anaesth* 2009;102:297-306
7. Brønnum-Hansen H, Juel K. Health life years lost due to smoking. *Ugeskr Laeger*. 2002;164:3953-8
8. Rasmussen M, Ammari ABJ, Pedersen B, Tønnesen H. Smoking cessation intervention activities and outcomes before, during and after the national Healthcare Reform in Denmark *Clin. Health Promot.* 2012;2:26-35
9. TNS Gallup for Sundhedsstyrelsen, Kræftens Bekæmpelse, Hjerteforeningen og Lungeforeningen. Danskernes rygevaner 2017  
<https://www.sst.dk/da/udgivelser/2018/~media/3CBCAD791E5F46139DB2440C5BE1491A.ashx> (besøgt 30.11.2018)
10. Statistikbanken, Danmarks Statistik, 4. kvartal 2017
11. TNS Gallup for Sundhedsstyrelsen, Kræftens Bekæmpelse, Hjerteforeningen og Lungeforeningen. Danskernes rygevaner 2017 - nøgletal  
<https://www.sst.dk/da/udgivelser/2018/~media/01E42CFCEB7E444FAD46777C5F479BF6.ashx> (besøgt 14.11.2018)
12. Sundhedsstyrelsen. Danskernes Sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2017 <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2018/~media/73EADC242CDB46BD8ABF9DE895A6132C.ashx> (besøgt 29.11.2018)
13. Regeringen. Patienternes kræftplan. Kræftplan IV.  
[http://www.sum.dk/~media/Filer%20-%20Publikationer\\_i\\_pdf/2016/Kraeftplan-IV-aug-2016/Kraeftplan-IV-Patienternes-aug-2016.ashx](http://www.sum.dk/~media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2016/Kraeftplan-IV-aug-2016/Kraeftplan-IV-Patienternes-aug-2016.ashx) (besøgt 14.11.2017)
14. World Health Organisation. Tobacco Free Initiative. MPOWER in action.  
[https://www.who.int/tobacco/mpower/publications/brochure\\_2013/en/](https://www.who.int/tobacco/mpower/publications/brochure_2013/en/) (besøgt 29.11.2018)
15. Tidey J, Miller ME. Smoking cessation and reduction in people with chronic mental illness. *BMJ* 2015; 351: h4065



Rygestopbasen  
Clinical Health Promotion Centre  
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital  
Nordre Fasanvej 57  
Hovedvejen Bygn. 14, Indgang 5, 2. sal  
2000 Frederiksberg

Mail: [rygestopbasen.bispebjerg-frederiksberg-hospitaler@regionh.dk](mailto:rygestopbasen.bispebjerg-frederiksberg-hospitaler@regionh.dk)  
Tlf.: 3816 3853

Hjemmeside: [www.rygestopbasen.dk](http://www.rygestopbasen.dk)