



SUNDHEDSSTYRELSEN

”Forstærket indsats over for storrygere 2014- 2017”

- SLUTEVALUERING



2018

Pulje til Forstærket indsats over for storrygere – Evalueringsrapport

© Sundhedsstyrelsen, 2018

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Emneord: forstærket indsats, storrygere, storrygerpulje, rygestopmedicin

Sprog: dansk

Version: 1.0

Versionsdato: 21.03.18

Format: pdf

Udgivet af Sundhedsstyrelsen
(marts 2017)

Udarbejdet af Oxford Research

Elektronisk ISBN: 978-87-7104-963-3

Evalueringen er udarbejdet af Oxford Research

Om Oxford Research Knowledge for a better society

Oxford Research er en specialiseret videnvirksomhed med fokus på velfærdsområderne og erhvervs- og regionaludvikling.

Oxford Research gennemfører skræddersyede analyser og evalueringer for offentlige myndigheder, fonde og organisationer. Vi rådgiver også om strategiudvikling, faciliterer udviklingsprocesser og formidler vores viden på undervisningsforløb og seminarer. Vi kombinerer akademisk fordybelse, strategisk forståelse og god kommunikation – på den måde skaber vi anvendelsesorienteret viden, der kan gøre en forskel.

Oxford Research er grundlagt i 1995 og har selskaber i Danmark, Norge, Sverige, Finland og Letland. Oxford Research er en del af Oxford Gruppen.

Oxford Research A/S
Falkoner Allé 20, 4.
2000 Frederiksberg C
Danmark
(+45) 33 69 13 69
office@oxfordresearch.dk
www.oxfordresearch.dk

Indhold

Indledning	4
Evalueringens formål og forandringsteori	4
Hovedresultater	6
Læsevejledning	11
1. Kontekstuel ramme for implementeringen	13
2. Implementering af henvisningsstrukturen	15
2.1 Samarbejde med og henvisning fra hospital	15
2.2 Samarbejde med og henvisning fra almen praksis	18
2.3 Samarbejde og henvisning internt i kommunen	20
2.4 Samarbejde mellem flere kommuner	21
2.5 Rekruttering og fastholdelse af storrygere	22
2.6 Forankring	25
2.7 Opsummering	26
3 Resultatet af indsatsen	28
3.1 Målgruppen i indsatsen	28
3.2 Gennemførelsesraten	32
3.3 Stoprate	33
3.4 Henvisninger	37
3.5 Rekruttering af storrygere	38
3.6 Opsummering	39
4. Organisationspuljen	41
4.1 Beskrivelse af indsatser	41
4.2 Opsamling og konklusion	59
5. Metode og datagrundlag	61
5.1 Kvantitativt data	61
5.2 Kvalitativt data	62
5.4 Analytiske greb	63

Indledning

I 2013 lancerede den siddende regering sit sundhedspolitiske udspil ”Mere borger, mindre patient – et stærkt fælles sundhedsvæsen”. Udspillet indeholdte i alt 600 mio. kr. til nye initiativer, der på forskellig vis skulle styrke borgerperspektivet og forbedre samarbejdet mellem aktørerne i det komplekse sundhedsvæsen. ”Forstærket indsats over for storrygere” udgjorde 42 mio. kr. af udspillet.

Regeringens formål med indsatsen over for storrygere var at bidrage til at begrænse omfanget af tobaksrelateret sygdom og død i Danmark og til at mindske den sociale ulighed i sundhed, der kunne tilskrives tobaksrygning. Storrygere dør 8-10 år for tidligt, ligesom de har flere sygedage samt flere leveår med varig belastende sygdom end ikke-rygere.

Puljen ”Forstærket indsats over for storrygere” bestod bl.a. af en kommunepulje og en organisationspulje. Målet med udmøntningen af puljen målrettet kommunerne var at styrke indsatsen for at rekruttere og hjælpe storrygere til rygestop, herunder særligt at udvikle og implementere en velfungerende infrastruktur med en klar henvisningsstruktur mellem kommuner, sygehuse og almen praksis, der kunne udbredes og fortsætte efter støtteperiodens afslutning. Formålet med organisationspuljen var at afprøve nye arenaer og metoder, der kunne supplere rygestopindsatserne i det kommunale og regionale sundhedsvæsen.

Evalueringen omhandler disse to delpuljer, hvilket vil afspejle sig i evalueringens opbygning med to separate dele om hhv. kommunepuljen og organisationspuljen. Evalueringen er gennemført for Sundhedsstyrelsen i perioden 2014-2018. Den nationale kampagne, ”Få hjælp til dit rygestop”, der ligeledes var finansieret af puljen, er evalueret selvstændigt.

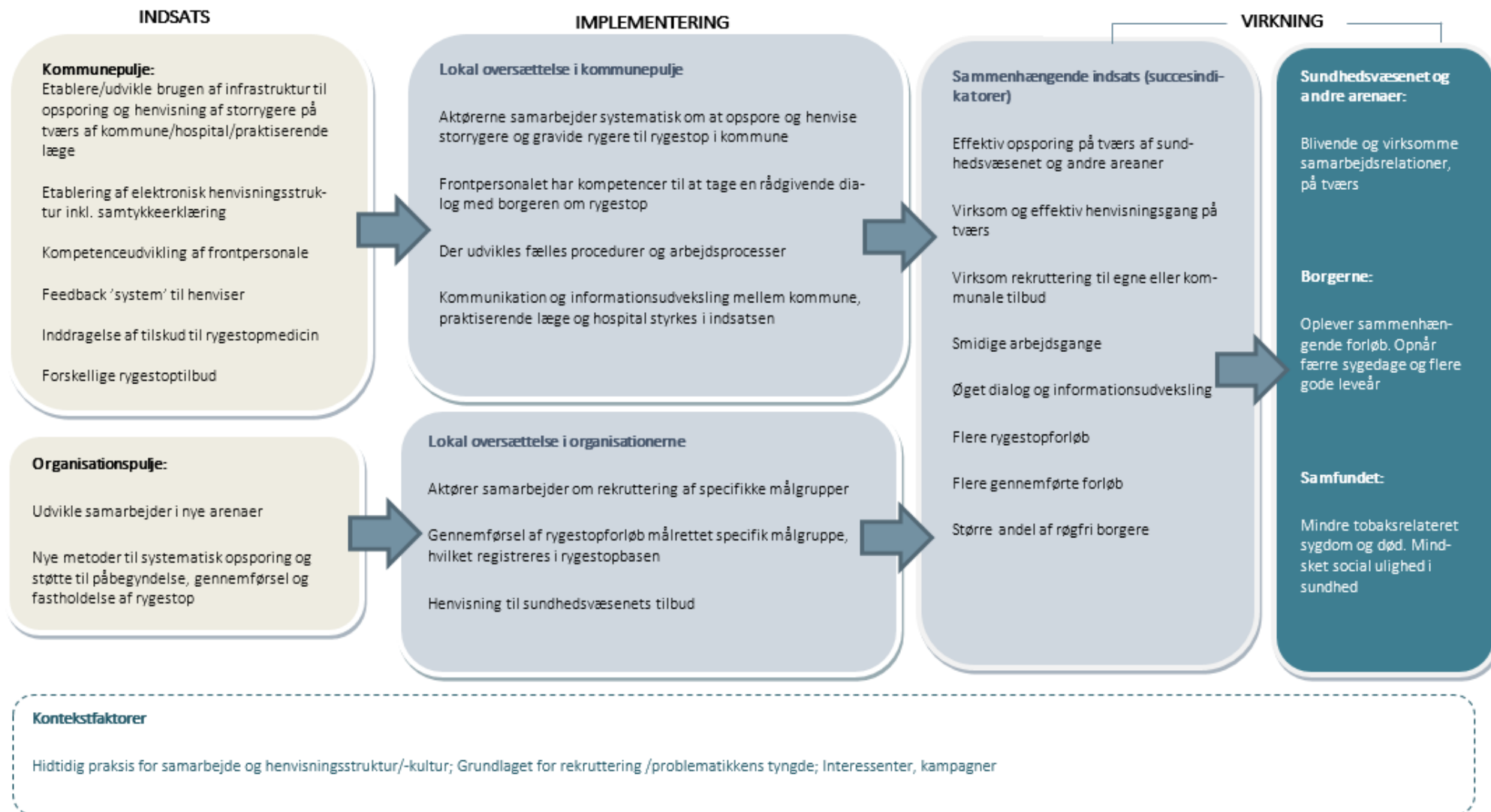
Evalueringens formål og forandringsteori

Formålet med evalueringen er at opgøre og forklare resultaterne af de to delpuljer i ni kommuneprojekter og syv organisationsprojekter samt at samle erfaringer fra projekterne og pege på afgørende faktorer for en succesfuld implementering og forankring af indsatsen. For at kunne følge projekterne og tværgående analysere implementeringen og virkningen af udmøntningen er evalueringsdesignet bygget op omkring virkningsevaluering som evalueringsfaglig tilgang.

Med virkningsevalueringen opstilles forlods en forandringsteori, der illustrerer de antagelser, der ligger til grund for indsatsen; hvordan indsatsen fører til den ønskede virkning. I dette tilfælde fx hvordan et formaliseret samarbejde i kommunepuljen mellem sundhedsaktører fører til effektiv opsporing og rekruttering af storrygere. Med forandringsteorien tydeliggøres de led, der ligger mellem indsats og virkning, hvilket gør det muligt at følge implementeringen tæt og forklare afvigelser fra antagelserne. Hvis det, vi troede ville ske, ikke sker, har vi med virkningsevalueringen mulighed for at gå tilbage og se, hvor i forandringskæden empirien blev en anden end teorien, eller blot hvor langt projektet er nået i forandringskæden.

Nedenfor præsenteres den overordnede forandringsteori på tværs af delpuljer og lokalprojekter.

Forandringsteori



Målgruppen for begge delpuljer er storrygere og gravide, der ryger. Som det ses i forandringsteorien, er der herudover en række fælles forventede virkninger.

Det forventes således for alle deltagende projekter, at der etableres formaliserede samarbejdsstrukturer med en smidig arbejdsgang, der gør det lettere for borgeren at deltage i rygestopforløbet. Det er også et fælles mål at rekruttere flere storrygere og gravide til rygestopaktiviteter, få flere gennemførte rygestopforløb og flere røgfrie borgere.

Trods ovenstående fællestræk har evalueringen i de to delpuljer forskelligt fokus.

For kommunepuljen er hovedfokus henvisningsstrukturen og virkningen af tilskud til rygestopmedicin¹ på henholdsvis stoprater og henvisning, mens hovedfokus for organisationerne derimod er større synlighed og tilgængelighed af rygestoptilbuddet skabt via nye samarbejdsrelationer og arenaer for rygestopindsatsen

Evalueringens datagrundlag

- Dokumentstudier af eksisterende viden, projektbeskrivelser o.l.
- Projektlederinterviews på de ni kommunale projekter og de syv projekter i organisationspuljen. Gennemført tre gange i perioden; baseline, midtvejs og til slut.
- Kvantitative data fra Rygestopdatabasen vedr. rygestopaktiviteten.
- Kommuneprojekternes registreringer af elektroniske henvisninger.
- Casebesøg på fem projekter i kommunepuljen inkl. observation og interviews med projektchef, projektleder, projektmedarbejdere, repræsentanter fra hospital og almen praksis samt rygestoprådgivere og borgere.
- Casebesøg i 4 projekter i organisationspuljen inkl. observation og interviews med projektleder, rygestoprådgivere, medarbejdere og borgere.

Hovedresultater

KOMMUNEPULJEN

Som led i kommunepuljen skal der etableres et formaliseret og systematisk samarbejde mellem det regionale og det kommunale sundhedsvæsen med henblik på at opspore storrygere og henvise dem elektronisk til kommunale rygestopforløb. Kommunerne skal skabe fleksible, differentierede forløb, der har en systematik omkring mødegange og udlevering af tilskud til rygestopmedicin. Følgende kommuner er med:

- Vestklyngen: Herning, Holstebro, Lemvig, Ikast-Brande, Ringkøbing-Skjern, Struer
- Himmerland: Rebild, Vesthimmerland, Mariagerfjord
- Sønderjylland: Sønderborg, Haderslev, Tønder, Aabenraa
- Vestegnen og Sydamer: Ishøj, Albertslund, Brøndby, Vallensbæk, Glostrup, Hvidovre, Høje-Taastrup, Dragør, Tårnby
- Kalundborg
- Hjørring
- Skanderborg
- Fredericia
- Vordingborg.

¹ Den korrekte betegnelse er "udlevering af vederlagsfri rygestopmedicin". I evalueringen betegnes dette dog som "tilskud til rygestopmedicin".

Kort opsummering

- Flere rygere end før gennemfører rygestop. Det er en stigning på 10 procentpoint
- Der er en større andel ufaglærte og kortuddannede igennem rygestopforløb end før
- 70 pct. er røgfrie ved kursusafslutning, hvilket er en stigning på 8 procentpoint
- Der er flere eksempler på, at der er etableret velfungerende samarbejde med hospital og almen praksis omkring opsporing og henvisning af storrygere til kommunalt rygestop
- De fleste kommuner er enige om at fortsætte rygestopindsatsen. Størstedelen har politisk opbakning og ønsker en fortsat prioritering af området

En stor andel af storrygerne har røget i mange år (44 pct. har røget i 40 år eller mere). Sammenlignet med tiden før indsatsen (i 2014) er der ydermere en væsentlig større andel af borgere med kort uddannelse (46 pct. i puljen og 41 pct. før). Hele 72 pct. af dem, der tilmelder sig et rygestopforløb, gennemfører, hvilket er en stigning på 10 procentpoint i forhold til tidligere (i 2014). Blandt de storrygere, der gennemfører, er der en større andel ufaglærte og kortuddannede. 70 pct. er røgfrie ved kursusafslutning, hvilket er en stigning på 8 procentpoint i forhold til 2014. Seks måneder efter rygestopforløbets afslutning er 47 pct. fortsat røgfrie, hvilket er en stigning på 5 procentpoint efter implementeringen af puljen.

Som led i indsatsen har kommunerne tilbudt tilskud til rygestopmedicin. Størstedelen (88 pct.) af storrygerne har taget imod tilbuddet og har brugt nikotinerstatning eller receptpligtig rygestopmedicin i forbindelse med rygestopforløbet. Stopraten er væsentligt højere for storrygere, der har brugt receptpligtig medicin, end for de øvrige.

Stopraten blandt de storrygere i puljen, som *ikke* har anvendt rygestopmedicin, er væsentligt større end for storrygere, som var på rygestopforløb, før indsatsen blev implementeret, og som heller ikke anvendte rygestopmedicin. Det kan tyde på, at kommunernes øgede fokus på at skabe fleksible, differentierede rygestopforløb målrettet forskellige grupper har haft positiv indvirkning på stopraten blandt storrygere.

Alle ni kommuneprojekter har formået at styrke det interne samarbejde mellem kommunens egne aktører. Fem har iværksat implementering af en henvisningsstruktur i samarbejde med hospital og fem i samarbejde med almen praksis. Her henviser hospitalsafdelinger eller -afsnit og en andel af de praktiserende læger storrygere til kommunens rygestoptilbud. 20 pct. af de storrygere, som deltager i rygestopforløb, er henvist fra hospital og almen praksis via elektronisk henvisning.

Evalueringen sætter fokus på 'good practice' og afdækker, hvilke faktorer som har betydning for succesfuld implementering. Implementeringen er vurderet ud fra en analyse af, hvor langt kommunerne er nået med at implementere henvisningsstrukturen i samarbejde med hospital og almen praksis. Første trin i implementeringen er at etablere kontakt mellem kommune og udvalgte aktører, fulgt op af løbende dialog, information og videnudveksling samt samarbejde. Andet trin er indførelse af systematisk og formaliseret henvisningspraksis, hvor henvisningerne sendes elektronisk, og hvor kommunen giver henvisende aktør en tilbagemelding.

De fleste kommuner har været udfordret af, at der skete en kraftig stigning i antallet af henvendelser om rygestop i starten af perioden. Det har betydet, at flere af projekterne har prioriteret at

få borgere igennem rygestopforløb – for at undgå for lange ventelister – og dermed nedprioriteret at opbygge og udbygge samarbejdet om elektronisk henvisning med almen praksis og sygehus. I forbindelse med midtvejsevalueringen i 2016 blev det derfor anbefalet, at projekterne fremadrettet skulle fokusere mere på at få etableret et formaliseret og systematisk henvisningssamarbejde med hospital og almen praksis. Slutevalueringen viser, at kommunerne har fulgt anbefalingen, og fem ud af ni kommuneprojekter har etableret en velfungerende praksis i forhold til hospitalsafdelinger og/eller afsnit og fem ud af ni i forhold til en andel af de praktiserende læger.

I etableringen af henvisningssamarbejdet med hospitalet har det været en styrke, når dialogen med repræsentanter fra hospitalet har fundet sted tidligt i projektet. Kommunen skal opbygge et tæt og praksisnært samarbejde med hospitalet. Her anbefales det både at inddrage hospitalsledelsen og medarbejdere fra de involverede afdelinger. Det er ydermere en fordel, hvis kommunen sørger for at informere om kommunens rygestoptilbud på hospitalet på tavlemøder, personalemøder o.l. samt fortælle om Very Brief Advice (VBA)² og om, hvordan man henviser til kommunen.

Det er en fordel at etablere et samarbejde mellem flere kommuner, når man skal opbygge et henvisningssamarbejde med hospitalet. Hospitalet har typisk et større optageområde end en enkelt kommune, og det komplicerer arbejdet for de ansatte på hospitalet, hvis der er forskellige retningslinjer for patienter fra forskellige kommuner. I et af enkeltkommuneprojekterne, som har fået etableret et samarbejde, har man erfaret det samme. De kunne ikke overbevise hospitalet om, at de skulle etablere et samarbejde om en indsats, der kun var rettet mod en lille del af hospitalets patienter. Derfor etablerede projektlederen et klyngesamarbejde med de nærliggende kommuner i forhold til henvisninger fra hospitalet.

I etableringen af henvisningssamarbejdet med almen praksis har samarbejdet mellem kommunens projektleder og praksiskonsulenten, der sidder i kommunalt lægeligt udvalg, været vigtigt for implementeringen. Praksiskonsulenten har siddet i projekternes styre- eller arbejdsgruppe og været brobygger og formidlende kontakt mellem kommunen og almen praksis. Praksiskonsulenten har understøttet kommunens projektleder i at få den fornødne information og viden ud i praksis og har inviteret den kommunale projektleder med til fora, hvor lægerne mødes. Evalueringen viser, at den praktiserende læge er en vigtig aktør i opsporingen af storrygere. Kommuner, hvor der er etableret elektronisk henvisningsstruktur fra alment praktiserende læger, oplever at have fået adgang til en gruppe af udsatte borgere, som de tidligere har haft mere vanskeligt ved at rekruttere.

Kommunerne har styrket det interne samarbejde om opsporing og henvisning af borgere til kommunens rygestop. Det styrkede samarbejde ses på forebyggelsesområdet (fx i regi af sundhedscenteret), men i særdeleshed også på tværs af kommunale områder som jobcenteret, bor-

² VBA er en rekrutteringsmetode udviklet til frontmedarbejdere, som i deres arbejde møder borgere. Metoden bygger på antagelsen om, at oplysning om effekten af rådgivning og henvisning til et konkret tilbud alene kan være den udløser, der får borgere, der ryger, til at påbegynde et rygestop. Metoden er bygget op om tre enkle trin: 1) Spørg til rygestatus, 2) Oplys om, at rådgivning øger chancen for rygestop og 3) Henvis til et konkret rygestoptilbud, hvis borgeren er interesseret (Sund By Netværket, 2017)

gerservice, hjemmeplejen, socialpsykiatrien, misbrugscenter mv. I opstarten af implementeringen formidles indsatsen på ledelsesniveau. Efterfølgende har medarbejdere fra rygestopteamet uddannet nøglepersoner eller hele personalegrupper i VBA).

I de kommuneprojekter, hvor henvisningssamarbejdet er etableret, fortsætter praksis. Praktiserende læger og hospitalspersonale fortsætter med at henvise borgere og patienter til kommunens rygestoptilbud. I et kommuneprojekt vil man samarbejde med hospitalets om at udbrede VBA til alle hospitalets afdelinger med henblik på at øge antallet af borgere, der henvises til kommunale rygestoptilbud. I de kommuneprojekter, hvor henvisningspraksis ikke er implementeret, nævner flere, at de fortsat vil fokusere på at opbygge et henvisningssamarbejde med almen praksis og hospital.

De fleste kommuner er enige om at fortsætte rygestopindsatsen. Størstedelen har politisk opbakning og ønsker en fortsat prioritering af området. Dog reducerer de fleste kommuner tilskuddet til rygestopmedicin, som borgerne kan modtage, og enkelte fjerner det helt, til trods for at samtlige kommuner får midler til udlevering af vederlagsfri rygestopmedicin til og med 2019 fra satspuljen ”Rygestop til særlige grupper (rygestopmedicin) ” på satspuljeaftalen for 2017 – 2019. Flere kommuner kigger i retning mod nye partnerskaber på rygestopområdet, fx arbejdspladser, uddannelsesinstitutioner og fritidsområdet.

Alle flerkommune-samarbejder fortsætter, om end det på et enkelt projekt bliver i en reduceret form, hvor samarbejdet primært bliver sparring mellem kommunerne. På et projekt forpligter sundhedsaftalen kommunerne til fortsat at fokusere på rygestop. Her fortsætter samarbejdet, men dog med det vilkår, at byrådene i de forskellige kommuner økonomisk har prioriteret lidt forskelligt.

ORGANISATIONSPULJEN

Organisationspuljen udgør 5 mio. kr. af den samlede pulje, og formålet er at afprøve nye arenaer og metoder, der kan supplere rygestopindsatserne i det kommunale og regionale sundhedsvæsen. Der er syv projekter, der har modtaget penge til dette formål.

Tre af disse syv projekter har sårbare borgere som målgruppe. Det drejer sig om mennesker med udviklingshæmning ('Smøger? Nej tak!' ved Udviklingshæmmedes Landsforbund) og socialt udsatte på hhv. forsorgshjem ('Samvær imod røg' ved Møltrup Optagelseshjem) og i væresteder og botilbud ('Rygestop for alle' ved Lungeforeningen).

De fire øvrige projekter henvender sig ligeledes til storrygere, men projekterne har fokus på rekruttering og i nogle tilfælde også afholdelse af selve rygestopindsatsen i nye arenaer (forstået som lokaliteter, hvor det kommunale og regionale sundhedsvæsen ikke specifikt er til stede). Konkret drejer det sig om social- og sundhedsskoler ('Mindske antallet af storrygere på Social- og Sundhedsuddannelserne' ved Kræftens Bekæmpelse), medarbejdere i virksomheder med mange kortuddannede ('Et friskt pust' ved 3F), og rekruttering og gennemførelse via folkeoplysningstilbud ('Rygestop – en ny start' ved Liberalt Oplysningsforbund) og nye former for rekruttering ('Øget rekruttering af storrygere til effektive rygestoptilbud i Køge og resten af landets kommuner' ved Kræftens Bekæmpelse).

Kort opsummering

- Projekterne i puljen har stor variation i indhold, størrelse og erfaring
- Puljen har ført til udvikling af nye metoder til særlige målgrupper
- Frontpersonalet i sociale tilbud fx botilbud er vigtige medspillere i forhold til rygestop

- Rygestop i nye arenaer med nye målgrupper fx udviklingshæmmede kræver samarbejde mellem aktører, hvor én af aktørerne har erfaring med rygestop

Der er stor variation i de syv projekters indhold, størrelse og ikke mindst erfaringer med at arbejde med rygestop. Udbyttet af de syv projekter under organisationspuljen er således forventeligt meget varieret. Alle projekter har gjort sig nyttige erfaringer, som også kommende tiltag kan lære af. I punktform drejer erfaringerne sig om følgende:

- Udvikling af nye materialer
- Nyttigt at arbejde bredt og helhedsorienteret
- Frontpersonale i sociale tilbud er gatekeepers
- Indsatser i nye arenaer har nytte af erfarne fagpersoner i rygeforebyggelse

Udvikling af nye materialer

Projekterne har ført til udvikling af nye metoder i rygestopindsatsen. Der ligger nye materialer til brug for rygere med udviklingshæmning, det eksisterende digitale rygestopforløb 'XHALE' er tilpasset til i højere grad at give indsigt i egne rygevaner og virke motiverende, et koncept til rekruttering og gennemførelse af rygestop på arbejdspladsen er udviklet, og det samme gælder et koncept til rygestop blandt udsatte borgere.

Puljens formål, at udvikle nye metoder, der understøtter de rygestopindsatser, som foregår kommunalt, vurderes dermed opfyldt.

Nyttigt at arbejde bredt og helhedsorienteret

Det ses i flere af projekterne, at det er nyttigt at brede indsatsen ud, så den ikke alene omhandler tilbud om rygestoprådgivning. Flere steder er det med projektet blevet tydeligt, at rammerne – kultur og struktur – i den pågældende arena har stor betydning for mulighederne for at rekruttere og gennemføre rygestopaktiviteter. Der er således konkret arbejdet med ændring af rygekultur bl.a. på Møltrup Optagelseshjem og i Kræftens Bekæmpelses samarbejde med Social- og Sundhedsskolen SOSU C.

Flere steder har det vist sig nyttigt at tilføje et bredere, sundhedsfremmende sigte end rygestopkurser, fx ved at inddrage motion og kost. Dette har bl.a. vist sig nyttigt i forhold til at få virksomhederne til at åbne deres arbejdspladser for et rygestoptilbud som afprøvet af 3F. Inddragelse af kost og motion ses også på Møltrup Optagelseshjem, hvor de hjemløse borgerne, har tillagt risikoen for vægtforøgelse betydning.

Frontpersonale i sociale tilbud er gatekeepers

Blandt de nye arenaer er der et antal sociale tilbud (såsom botilbud, væresteder, forsorgshjem). Her viser evalueringen, at det er vigtigt at indtænke frontpersonalet fra disse tilbud som væsentlige "gatekeepers". I tilgangen til personalet kan det være nyttigt at være forberedt på, at der kan være skepsis og egentlig modstand, som skal imødegås. Modstanden kan have afsæt i personalets egen holdning til rygning, eller at de selv ryger, men også i en holdning om, at rygning er det mindste af borgerens problemer.

Indsatser i nye arenaer har nytte af erfarne fagpersoner i rygeforebyggelse

Ligeledes viser evalueringen på tværs af projekterne, at når rygestopindsatsen gennemføres via nye arenaer, er det en fordel at etablere et samarbejde mellem aktører, hvor én part kan åbne dørene til nye arenaer, mens en anden part har stor erfaring med gennemførelsen af rygestoptiltag. Dette ses positivt i 3F's samarbejde med Lungeforeningen, mens Kræftens Bekæmpelse i arbejdet med social- og sundhedsuddannelser formentlig kunne have draget nytte af en samarbejdspartner fra social- og sundhedsskolernes fagområde, enten på skolen eller måske FOA, til at "åbne dørene" til skolerne og deres ledelser.

Konklusionen er dermed, på tværs af de syv projekter, at projekterne har bidraget med konkrete, nye metoder og ny viden om gennemførelse af rygestopinitiativer over for afgrænsede målgrupper og på nye arenaer, som de kommunale og regionale sundhedstilbud kan have vanskeligt ved at nå.

Læsevejledning

I rapporten behandles henholdsvis kommunepuljen og organisationspuljen selvstændigt.

I kapitel 1-3 evalueres kommunepuljen – først med fokus på indsatsens implementering og forankring. Her beskriver vi de forskellige aktørers rolle og det samarbejde, som er blevet etableret. Disse afsnit vil desuden have fokus på hæmmende og fremmende faktorer for implementering af indsatsen. Dernæst vendes blikket mod indsatsens resultater, hvor målgruppe, gennemførelses- og stoprate beskrives samt fordeling af henvisninger.

I kapitel 4 evalueres organisationspuljen. Indledningsvis beskrives puljens formål, hvorefter hvert projekt i puljen evalueres selvstændigt ud fra projektets metode og resultater.

Del 1 – Kommunepuljen

1. Kontekstuel ramme for implementeringen

En række overordnede forhold har påvirket implementeringen af puljen. De beskrives i det følgende kapitel og omhandler kommunernes forskellige udgangspunkter for at arbejde med rygestop og henvisningspraksis; Praktiserende Lægers Organisations (PLO) udmelding til elektronisk henvisning og receptpligtig medicin; betydningen af sundhedsaftaler mellem kommune og region samt økonomiske rammevilkår.

Kommunernes udgangspunkt

Der var stor forskel på udgangspunktet for kommunernes indsats. I puljen var der kommuner, som ikke har haft et kommunalt rygestoptilbud før puljen. Her har man i implementeringen lagt vægt på at oprette et kommunalt rygestoptilbud samt på at styrke den interne kommunale henvisningspraksis. Andre kommuner har, grundet et flerårigt, solidt samarbejde med regionen (fra amternes tid), haft nemmere ved at etablere et samarbejde og en henvisningspraksis med hospitalet og regionale aktører.

”Projektet har fået os på et højere niveau, og vi har generelt fået et bedre rygestoptilbud” (kommunal projektmedarbejder).

PLO’s udmelding ved opstart af puljen

PLO-Centralt udmeldte, ved opstart af puljen, at de bakkede op om puljen med hensyn til henvisning af storrygere til rygestop i kommunerne. De bakkede også op om, at henvisningen foregik elektronisk, i det omfang det ikke betød, at almen praksis skulle indføre nye arbejdsgange. Dette forbehold skyldtes, at der på det tidspunkt var en fælles national MedCom-standard for henvisning til forebyggelsestilbud på vej. Derfor bakkede PLO ikke op om, at lægerne først skulle indføre én ny arbejdsgang i forbindelse med puljen, for så senere at skulle indføre en ny arbejdsgang igen, når den fælles standard rullede ud. Den fælles ”forebyggelsesstandard” lå klar ved udgangen af 2016, det vil sige et par år efter opstart af puljen.

PLO-Centralt udmeldte, ved opstart af puljen, at man bakkede op om, at almen praksis udskrev rygestopmedicin til deltagere under puljen, hvis der blev stillet en økonomisk garanti, i tilfælde af, at lægerne ramte deres indtjeningsloft pga. den øgede aktivitet, som puljen ville betyde. Der blev ikke stillet en sådan garanti. Det betød, at flere af kommuneprojekter ikke tilbød receptpligtig rygestopmedicin. Nogle læger udskrev receptpligtig rygestopmedicin til deltagere i projekterne, mens andre læger ikke gjorde.

Økonomiske rammevilkår

Puljen til ”Forstærket indsats over for storrygere” var fastsat på finanslovene for årene 2014 til 2017. Der var afsat et fast beløb for hvert år til projekterne under kommunepuljen. Det var kun i begrænset omfang muligt at flytte større beløb fra ét finanslovsår til et andet. Flere af projekterne oplevede et betydeligt overforbrug enkelte år, fordi de havde højere aktivitet på deres rygestopkurser end budgetteret. En række af kommuneprojekterne løste dette vilkår – efter aftale med Sundhedsstyrelsen – ved fx at afkorte den periode, storrygerne kunne få rygestopmedicin, eller ved at øge egenfinansiering for at finansiere den uventet store aktivitet.

”Vi fik pludselig flere henvendelser, end vi kunne rumme. Det skabte i en periode venteliste (...) Vi har 8-10 gange flere borgere, der starter i forløb nu, end før projektet startede” (kommunal projektleder).

2. Implementering af henvisningsstrukturen

I projekterne under puljen skulle der etableres et formaliseret og systematisk samarbejde mellem det regionale og det kommunale sundhedsvæsen med henblik på at opspore storrygere og henvise dem elektronisk til kommunens rygestopforløb. De centrale aktører i projektet var kommunale og regionale nøglepersoner som ledere og medarbejdere, bl.a. fra kommunens forebyggelsesområde, herunder rygestoprådgivere, alment praktiserende læger, praksiskonsulenter og hospitalsledelse og personale på udvalgte afdelinger.

Henvisningsstrukturen bestod af en række aktiviteter, som kommunerne skulle implementere:

- Etablering af et samarbejde med en infrastruktur mellem de nævnte aktører med henblik på at opspore storrygere og henvise dem til kommunale rygestoptilbud. Et samarbejde bestod i etablering af en kommunikation og informationsudveksling om indsatsen samt opbygning af systematiske og ensrettede arbejdsgange og procedurer.
- Indførelse af en formaliseret henvisningsstruktur til kommunale rygestoptilbud fra de nævnte aktører, gennem elektronisk henvisning.
- Sikring af tilbagemelding fra kommunen til henvisende læge eller hospital om resultatet af henvisningen med henblik på registrering i journalen og opfølgning ved næste kontakt med borgeren.

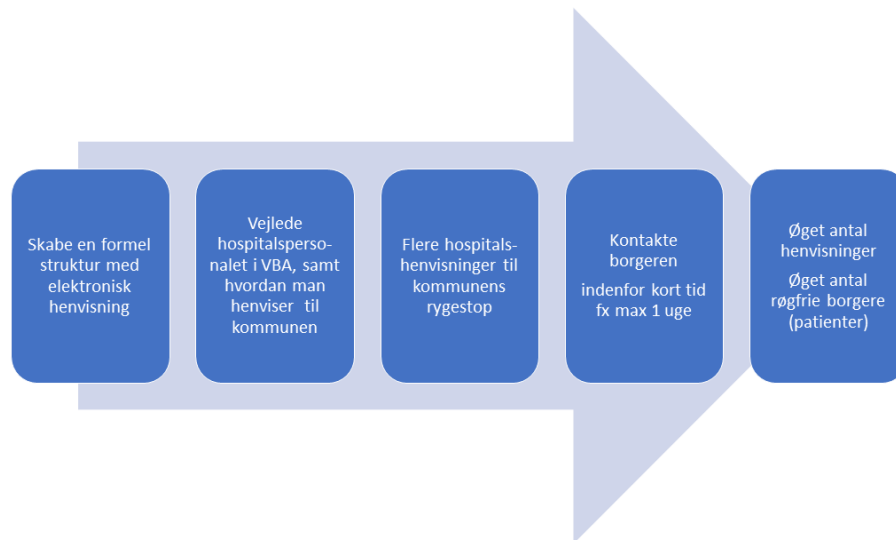
Evalueringen har fokus på 'good practice' og afdækker, hvilke faktorer der har betydning for succesfuld implementering. Implementeringen er vurderet ud fra en analyse af, hvor langt kommunerne nåede med at implementere henvisningsstrukturen i samarbejde med hospital og almen praksis. Første trin i implementeringen var at etablere kontakt mellem kommune og udvalgte aktører, fulgt op af løbende dialog, information og videnuudveksling samt samarbejde. Andet trin var indførelse af systematisk og formaliseret henvisningspraksis, hvor henvisningerne blev sendt elektronisk, og hvor kommunen gav henvisende aktør en tilbagemelding.

På tværs af puljen har alle kommuneprojekter styrket samarbejdet internt i kommunen (se afsnit 2.3). Fem af kommuneprojekterne har iværksat implementering af samarbejde med og henvisning fra hospital (se afsnit 2.1) og fem i forhold til almen praksis (se afsnit 2.2). Evalueringen viser, at en række faktorer har afgørende betydning for en succesfuld implementering. Først udfoldes faktorer relateret til samarbejde med hospitalet og dernæst faktorer relateret til samarbejde med almen praksis. Efterfølgende beskrives styrker og udfordringer ved at være et enkelt- eller et flerkommunesamarbejde, og til sidst behandles faktorer, der har fremmet rekruttering og fastholdelse på rygestoptilbuddene.

2.1 Samarbejde med og henvisning fra hospital

Målsætningen om at skabe henvisningsstruktur fra hospital til kommunens rygestop er nået i fem af de ni projekter. De fem projekter har etableret et samarbejde mellem kommune(r) og en eller flere afdelinger eller afsnit på hospitalet og har sikret, at den elektroniske henvisning benyttes og er forankret.

Figur 2.1: Henvisningsstruktur fra hospital til kommune på rygestopområdet



I de resterende fire projekter har man i løbet af projektperioden styrket dialogen med dele af hospitalet, fx lungeambulatoriet. Man har dog ikke fået etableret en systematisk eller formaliseret henvisningsstruktur til kommunale rygestoptilbud.

I det følgende beskrives en række faktorer, som har haft betydning for, at implementeringen af henvisningsstrukturen mellem kommune og hospital er lykkedes i større eller mindre grad.

Starte dialogen med repræsentanter fra hospitalet tidligt i implementeringen

Det er en fordel for implementeringen, når kommunen, tidligt i projektet, starter dialogen med repræsentanter fra hospitalet. Implementeringen af henvisningsstrukturen er nødt til at ske i hospitalets eksisterende strukturer, og det er derfor centralt, at kommunen opnår en solid indsigt i hospitalets organisering. Det kan kommunen gøre ved at opbygge et tæt, praksisnært samarbejde med fx en afdelingssygeplejerske eller kvalitetskoordinator. For at opnå en indsigt i hospitalets arbejdsgange har et af kommuneprojekterne, i samarbejde med hospitalet, lavet en beskrivelse af procedurer, arbejdsgange og opgavefordelinger. Det har synliggjort, hvordan opsporing og henvisning af storrygere kan foregå på den specifikke afdeling; udbredt viden om kommunens målrettede og effektive tilbud, herunder dokumenteret de gavnlige effekter af rygestopforløbet for at motivere hospitalet til at prioritere opgaven.

Samarbejdet mellem hospital og kommune om opsporing og henvisning af storrygere kan med fordel etableres samtidig på flere organisatoriske og ledelsesmæssige niveauer. Det er en styrke for implementeringen, hvis der i projektets styregruppe sidder repræsentanter fra hospitalets afdelingsledelse, der kan se meningen med indsatsen, og som aktivt vil indgå i implementeringen og være kulturbærere på hospitalet. Ved at have en repræsentant for hospitals- eller afdelingsledelsen siddende i styregruppen ligger prioriteringen af henvisningsstrukturen ikke blot på det lokale afsnitsniveau, men prioriteres i de øverste ledelseslag. Det er en fordel for indsatsens succes, at hospitalsledelsen involveres aktivt.

”Vi har længe ledt efter en samarbejds måde, som dette projekt kommer med. Det giver en mulighed for at se patientforløb udover hospitalets matrikel (...) derfor tog vi imod dette projekt med kyshånd” (repræsentant fra hospitalsledelse).

Information om kommunens sundhedstilbud skal helt ind på afdelingerne

Flere kommunale projektledere har deltaget på lægekonferencer, tavlemøder og personalemøder. Her har de, gerne i samarbejde med andre kommunale medarbejdere, der sidder med sundhedstilbud, fortalt om tilbuddet, den høje stoprate, VBA og vigtigheden af henvisningen.

Projektlederne oplever, at hospitalets personale har taget positivt imod dem, og en eventuel mistillid til kommunen og sundhedstilbuddene er overkommet.

”Vi kan have nok så mange gode tilbud, men hvis vi ikke har henvisende samarbejdspartnere, så nytter det ikke noget” (repræsentant fra kommunal ledelse).

I ét af kommuneprojekterne har man etableret en fremskudt funktion. Her sidder kommunens rygestoprådgiver på hospitalet et par dage om ugen for at opspore og henvise patienter til kommunens rygestoptilbud. Fordelen ved funktionen er, at rygestop som tema kommer *helt ind* på hospitalsgangen, og at 'synet' af den kommunale rygestoprådgiver minder personalet om at opspore og henvise storrygere. Dog kan der være en risiko for, at hospitalet ikke tager ansvar for opsporing og henvisning, hvis den fremskudte funktion fjernes.

Hospitalspersonalet er klædt på til at henvise patienter til rygestop

Som led i indsatsen har et udvalg af kommuneprojekterne taget ansvaret for, at frontpersonalet klædes på til at gennemføre VBA. Undervejs i implementeringen blev projekterne enige om, at alle skulle benytte VBA og dermed erstatte den oprindelige Korte Rådgivende Samtale. VBA tager ca. 30 sekunder og adskiller sig fra tidligere, korte interventioner ved at anbefale konkrete hjælpemuligheder uden først at anbefale rygestop, afdække rygemønstre eller rygehistorik. Man behøver ikke at vide noget om rygning, konsekvenserne ved rygning eller rygestop for at kunne gennemføre VBA. I samtalen med patienten kan man henvise til egne rygestoptilbud, kommunens eller Stoplinien. I nærværende pulje anbefales det, at hospital og almen praksis laver en elektronisk henvisning til kommunen, som så kontakter patienten inden for en uge. Fordelen er, at risikoen for, at patienten ikke tager kontakt til rygestoptilbuddet, mindskes.

I fem projekter har kommunen gennemført kompetenceudvikling i VBA blandt et udsnit af hospitalets personale. Herved er personalet blevet klædt på til at opspore og henvise storrygere. Derudover har et af kommuneprojekterne i samarbejde med Region Midtjylland udviklet et e-læringsprogram, 'Henvis til rygestop på 30 sekunder – med VBA-metoden', som regionen har indført som obligatorisk kursus til nyansatte. Programmet er tilgængeligt for alle.

Elektronisk henvisning kan følge anden henvisningspraksis

Det har understøttet implementeringen af den elektroniske henvisningsstruktur til rygestop de steder, hvor hospitalet allerede henviser til andre kommunale sundhedstilbud (patientskole, genoptræning mv.). Med få justeringer (i eksisterende it-system og med nye procedurer) har det været muligt at etablere en elektronisk henvisningspraksis mellem den enkelte hospitalsafdeling og kommunens rygestoptilbud. Der nævnes også eksempler på, at den etablerede henvisningspraksis til rygestoptilbud har banet vejen for at styrke henvisningen til kommunens andre sundhedstilbud.

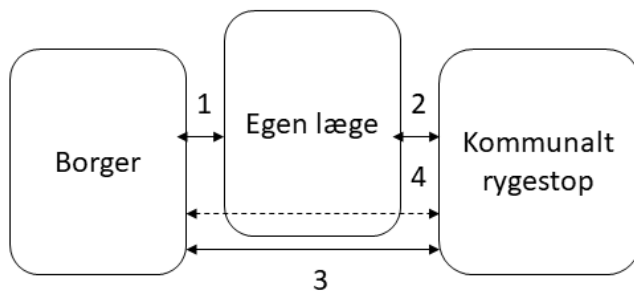
Det vurderes at være u hensigtsmæssigt for implementeringen af den elektroniske henvisning, når hospitalet skal benytte forskellige indgange til kommunens forskellige forebyggelsestilbud. Ydermere er det u hensigtsmæssigt, hvis kommunerne har forskellige henvisningspraksisser, da hospitalet dækker et opland med patienter fra flere kommuner. Derfor er det en fordel, at kommuner samarbejder om kontakten til og henvisningen fra hospitalet.

2.2 Samarbejde med og henvisning fra almen praksis

Kommunen modtager i større eller mindre grad elektroniske henvisninger til rygestoptilbud fra praktiserende læger. Målsætningen om at styrke samarbejdet med almen praksis og skabe en forankret henvisningsstruktur er nået i fem af de ni projekter³. I de fem projekter er der etableret et styrket samarbejde mellem kommune(r) og en andel af de praktiserende læger, og man har sikret, at den elektroniske henvisningsstruktur virker og er forankret. Én kommune har tilbudt lægerne honorarbetaling for det ekstra dokumentationsarbejde, der ligger i at henvise til rygestop, men har ikke modtaget regninger for de modtagne henvisninger.

³ Det er ikke de samme kommuner, der har etableret samarbejde og henvisningspraksis med henholdsvis almen praksis og hospital.

Figur 2.2: Henvisningspraksis mellem kommune og almen praksis



Note: Henvisningsstrukturen består af følgende trin: 1) borgeren kontakter egen læge, 2) lægen henviser elektronisk borgeren til kommunens rygestop, 3) kommunen kontakter borgeren hurtigt med tilbud om rygestop og 4) kommunen sender elektronisk besked (epikrise) tilbage til lægen om borgerens rygestatus efter endt forløb, hvis borgeren giver samtykke til det. Den stiplede linje illustrerer de borgere, der henvender sig til kommunens rygestop, fordi egen læge har opfordret dem til det.

Faktorer, som har haft betydning for, at implementeringen af henvisningsstrukturen mellem kommune og almen praksis er lykkedes i større eller mindre grad, beskrives i de følgende afsnit.

Praksiskonsulenten spiller en væsentlig rolle i implementeringen

Det fremmer implementeringen af samarbejde og henvisningsstruktur, når kommunen tidligt i implementeringen har inddraget praksiskonsulenten. Praksiskonsulenten er ansat af kommunen og sidder i kommunalt lægeligt udvalg (KLU). KLU skal bidrage til, at praktiserende læger og kommune får en styrket dialog og et mere integreret samarbejde om indsatsen på sundhedsområdet, styrke udvekslingen af information og tillige sikre, at de aftalte indsatsområder i fx sundhedsaftaler implementeres succesfuldt. Det vurderes, at samarbejdet med almen praksis er styrket grundet inddragelse af praksiskonsulenten. Praksiskonsulenten har siddet i projekternes styre- eller arbejdsgruppe og har været brobygger og formidlende kontakt mellem kommune og almen praksis.

Det er vigtigt for praktiserende læger, at henvisningspraksissen er nem at implementere og arbejde med. Der er eksempler på, at kommunen sammen med praksiskonsulenten har fremsendt materiale til lægerne og fået lavet laminerede vejledninger til lægepraksissen. Derudover har praksiskonsulenten inviteret kommunale medarbejdere med til andre fora, hvor lægerne mødes mv.

I vores kommune lavede praksiskonsulenten et skriv om tilbuddet, som han formidlede ud til læger i kommunen sammen med en af vores foldere (...) Vi oplever at modtage flere og flere henvisninger fra praktiserende læger (kommunal projektmedarbejder).

Det har fremmet implementeringen, at kommunens rygestopmedarbejdere har investeret tid i at tage på besøg i alle eller et udvalg af de lægepraksisser, der er i kommunen. Formålet med besøgene har været at fortælle om tilbuddet og vigtigheden af henvisningen samt udlevere informati-

onsmateriale. Mange af de praktiserede læger tager positivt imod information om rygestoptilbuddet, særligt hvis rygestoprådgiveren kan fremlægge positive resultater fx om stopraten blandt borgere, der har røget i mange år og vanligt har svært ved at blive røgfrie.

Flere projekter har oplevet, at lægerne er mere afvisende over for at lave selve den elektroniske henvisning til kommunen. De vil gerne opfordre deres patienter til at stoppe med at ryge samt udskrive receptpligtig medicin hvis relevant, men ønsker ikke at henvise elektronisk. Det er ofte lægesekretæren eller en sygeplejerske, der henviser i de praksisser, som henviser elektronisk. Det tyder altså på, at kommunen skal afsætte tid til løbende dialog med almen praksis i opbygningen af henvisningspraksis og være vedholdende, indtil selve proceduren og arbejdsgangen er implementeret.

Den praktiserende læge er vigtig for opsporingen af storrygere

Den praktiserende læge er en central aktør i opsporingen af storrygere. Kommunerne oplever, at de i samarbejdet med praktiserende læger har fået adgang til en gruppe af særligt udsatte borgere, som ellers er vanskelige at rekruttere (fx ved annoncering). Det handler om borgere, der er storrygere, og som oftest har flere livsstilsrelaterede sygdomme samt i nogle tilfælde sociale problemer, psykiske lidelser o.l. Udover henvisning til rygestop oplever én kommune også, at de praktiserende læger, som en udløber af projektet, i højere grad end tidligere henviser borgeren til andre tilbud fx om kost og diæt.

2.3 Samarbejde og henvisning internt i kommunen

Kommunerne har styrket det interne samarbejde om opsporing og henvisning af borgere til kommunens rygestoptilbud. Rygestopteamet modtager henvendelser fra andre kommunale enheder om borgere, der vil på rygestopforløb. Det styrkede samarbejde ses på forebyggelsesområdet (fx i regi af sundhedscenteret), men i særdeleshed også på tværs af kommunale områder som jobcenteret, borgerservice, hjemmeplejen, socialpsykiatrien, misbrugscenter mv. Formidlingen af indsatsen er primært sket via ledelsesniveauet. Dette har efterfølgende givet anledning til, at medarbejdere fra rygestopteamet har uddannet nøglepersoner eller hele personalegrupper i andre forvaltninger i VBA på personalemøder.

En kommune har uddannet fysioterapeuter og medarbejdere ved psykiatrien som rygestoprådgivere. Det har gjort det muligt at sætte ind på flere arenaer og med geografisk spredning. Fx nævnes det, at en rygestoprådgiver inden for psykiatrien tager hjem til psykisk sårbare borgere og kører et rygestopforløb der. Her oplever kommunen, at det styrker fastholdelsen i rygestoppet.

”Vi gik fra 30 forløb til 300 forløb på ét år [på baggrund af intern kommunal henvisning]” (kommunal projektleder).

Det har været nemmest at implementere VBA hos frontpersonale, der arbejder inden for sundhedsrelaterede kerneområder. Flere fremhæver, at frontpersonale inden for fx beskæftigelsesområdet finder det unaturligt at spørge til borgerens rygestatus, og frontpersonalet oplever, at borgeren kan blive bekymret for, at et nej til et rygestoptilbud bliver koblet sammen med fx det at miste sine dagpenge.

2.4 Samarbejde mellem flere kommuner

Fire af de ni projekter har indgået et tværkommunalt samarbejde, mens 5 kommuner arbejder alene. I de tværkommunale projekter er mellem 3 og 9 kommuner gået sammen om indsatsen, og samarbejdet er ofte indgået på baggrund af erfaringer fra samarbejde om andre indsatser, herunder bl.a. rygestoptilbud. Et enkelt projekt nævner også som en fordel, at kommunerne tilsammen udgør det primære opland til hospitalet i området.

Flerkommunesamarbejde giver en fleksibel og sammenhængende indsats

Kommunerne oplever det som en fordel at arbejde tværkommunalt, da det giver mulighed for at sparre fagmedarbejderne imellem og ensrette deres tilbud til gavn for borgeren.

”Fordelen er helt klart, at vi kan (...) sparre og idégenerere. Og ensrette! Før var der forskellige numre til forskellige kommuner. Nu er der én indgang, og vi gør det meget ens nu” (arbejdsgruppe).

Flere af de kommunale projektmedarbejdere har før projektstart arbejdet med rygestop, men har oplevet et løft i indsatsen, i og med at de har fået kollegaer i de tilstødende kommuner. Igennem sparring og erfaringsudveksling har de sammen kunnet forbedre kvaliteten af den kommunale rygestopindsats. I et af de tværkommunale projekter har man på baggrund af rygestoprådgi-venes fælles erfaringer udarbejdet et good practice-materiale, som kan ensrette og kvalitetssikre indsatsen på tværs af kommunegrænserne.

Samtidig har man også i flere af projekterne skabt en samlet indgang til rygestopindsatsen, som kan henvise til hold på tværs af kommunerne. Én indgang til et enslydende tilbud i hele det tværkommunale projekt har forenklet processen for frontmedarbejdere såvel som for borgerne.

”Kommunerne ligger tæt, og borgerne bevæger sig meget på tværs af kommunerne. Og vi kan finde et hold til den dag, det passer borgerne” (kommunal projektleder).

I flere af de tværkommunale projekter fremhæves det også, at det tværkommunale samarbejde skaber fleksibilitet for borgeren. Når kommunerne ligger tæt, kan borgerne krydse kommunegrænser, hvis nabokommunens rygestoptilbud passer bedre transportmæssigt. Eksempelvis har borgere med arbejde uden for deres bopælskommune kunnet deltage på et rygestopforløb nær deres arbejdsplads i en anden kommune.

Flerkommunesamarbejde fremmer samarbejdet med hospitaler

Det er tydeligt, at adgangen til et samarbejde med hospitalerne har været lettere for de tværkommunale projekter end for de kommuner, der kører projektet selvstændigt. De primære årsager er:

For det første har hospitalerne typisk et større optageområde end en enkelt kommune, og det komplicerer arbejdet for de ansatte på hospitalet, hvis tilbuddene kun retter sig til patienter fra én af kommunerne. I et af enkeltkommuneprojekterne, som har haft succes med at etablere et samarbejde, har man erfaret det samme. Hospitalet var ikke interesseret i at skulle etablere et samarbejde om en indsats, der kun var rettet mod en lille del af deres patienter. Derfor indgik projektlederen et samarbejde med de andre kommuner i klyngen i forhold til henvisninger fra hospitalet.

For det andet får projektlederne en mere specialiseret funktion i kraft af flerkommuneprojekternes størrelse og tyngde. Projektlederne har typisk flere ressourcer til at etablere og pleje relationen til deres interessenter og samarbejdspartnere på hospitalet, fordi rådgiverfunktionen og andre mere praktiske opgaver er lagt ud til projektmedarbejdere. Flere projektledere har givet udtryk for, at samarbejdet med hospitalet har krævet prioritering af en proaktiv og opsøgende indsats hele vejen igennem projektet.

Flerkommunesamarbejde kan forsinke beslutningsprocesser

Selvom de fleste tværkommunale projekter har fungeret godt, har der også været bagsider ved at være flere kommuner i samarbejdet. Flere aktører skal nå til enighed, og beslutningsprocesser ved disse projekter har ofte haft flere led end ved enkeltkommuneprojekterne.

”Måske kan det tage lidt lang tid med beslutningerne, når der er [antal] kommuner (...). Det er nogle meget forskellige kommuner. Det er en øvelse i sig selv at få dem bragt til fad. Forskellige størrelser, strategier og prioriteringer (...) Der kan være én siloopdeling mellem kommunerne. Vi vil gerne sprede os udover det hele, men andre har andre agendaer. I nogle kommuner, der rykker det bare, og andre steder har det stået stille” (kommunal arbejdsgruppe).

Det har været en hæmsko for flerkommuneprojekterne i de tilfælde, hvor enkelte kommuner har haft forskellige agendaer og prioriteringer, og det har i nogle tilfælde forsinket beslutningsprocesserne. I enkeltkommuneprojekterne er der generelt kortere til beslutningerne, og det kan være nemmere at prøve idéer af. Praktikerne kan lettere foreslå nye initiativer og igangsætte dem, fordi der ikke er denne ambition om ensretning, som ligger i de tværkommunale projekter.

2.5 Rekruttering og fastholdelse af storrygere

Det følgende afsnit udfolder, hvilke faktorer der har haft betydning for rekruttering og fastholdelse af storrygere på rygestopforløbene. Det handler om VBA som metode til rekruttering, betydning af motivation og brugen af tilskud til rygestopmedicin. Sidst i afsnittet beskrives udfordringer i forhold til rekruttering af gravide.

VBA er et enkelt redskab at tage i brug

Rekrutteringsindsatsen i projekterne er bygget op om metoden VBA.

VBA er en rekrutteringsmetode udviklet til frontmedarbejdere, som i deres arbejde møder borgere⁴. Metoden bygger på antagelsen om, at oplysning om effekten af rådgivning og henvisning til et konkret tilbud alene kan være den udløser, der får borgere, der ryger, til at påbegynde et rygestop. Metoden er bygget op om tre enkle trin:

- Spørg til rygestatus.
- Oplys om, at rådgivning øger chancen for rygestop.
- Henvis til et konkret rygestoptilbud, hvis borgeren er interesseret.

Mange frontmedarbejdere på projekterne fremhæver, at VBA er enkel og kort og derfor også nem at implementere i det daglige arbejde.

”Det er jo ikke en behandling. Derfor fængede den korte VBA-samtale mig. Det er en metode til at tage en snak med patienten, uden at den stikker dybt. Det handler ikke om motivation. Det handler blot om at dokumentere, at patienten ryger. Det er ikke moraliserende, men konstaterende” (repræsentant fra hospitalsledelse).

Derudover er VBA også kendetegnet ved, at den går nøgternt til emnet om rygning. Som en leder fra et hospital siger ovenfor, så er VBA konstaterende frem for moraliserende, og fordelene herved er, at det er lettere for frontmedarbejdere at tale med borgeren om rygning. Flere projektledere har fortalt, at det kan være grænseoverskridende for frontmedarbejderne at spørge til rygning, fordi det for mange borgere og frontmedarbejdere kan være et sårbart emne, men da VBA ikke lægger op til, at medarbejderen skal overbevise eller motivere borgeren, kan processen lyses.

Omvendt er det også VBA's enkelhed og korte form, der af nogle frontmedarbejdere problematiseres.

”VBA er meget kort, og vi må parkere den lange snak. Vi plejer at snakke om nikotinprodukter. Men vi har også fået fjernet en helhed. Rygning hænger jo sammen med kolesterol og med KOL” (sygeplejerske).

Opfølgningen skal ske, når motivationen er der

Kommunen har spillet en væsentlig rolle som ”opfølger” på henvisningerne, når borgerne er blevet rekrutteret ude på hospitalerne og i almen praksis.

På projekterne har man aftalt en procedure for, hvordan henvisningerne behandles, og hvor lang tid der må gå, inden borgeren kontaktes. Her møder vi bred enighed om, at det er afgørende at

⁴ (Sund By Netværket, 2017)

kontakte borgeren hurtigst muligt, mens motivationen er der. Flere projektmedarbejdere fortæller, at borgeren ofte motiveres i samtalen med fx en læge, som opfordrer til rygestop. Men fra motivation til handling kan der være langt, og det er her, kommunerne gerne skal nå borgeren. Derfor er henvisning vigtigt.

”Det er det her med at være lige dér, hvor motivationen er. Når de får tanken og bare ikke har fået taget det første skridt” (projektmedarbejder).

Der er ikke konsensus om, hvor hurtigt borgerne helst skal kontaktes, efter at de er blevet henvist. Nogle steder er ambitionen at kontakte borgerne samme dag, som de er blevet henvist, mens andre projekter venter, til borgerne er blevet udskrevet og kommet hjem, før de får et opkald. Ønsket om at reagere hurtigt og give indtryk af en sammenhængende indsats er dog gennemgående på tværs af projekterne.

Tilskuddet til rygestopmedicin styrker indsatsen

Tilskuddet til rygestopmedicin har haft afgørende betydning i forhold til fastholdelse af borgerne i rygestopforløb.

Det er en styrke, at rygestopforløb og rygestopmedicin kædes tæt sammen. Rygestoprådgiveren har i alle projekter gennemført en indledende samtale med borgeren, før tilskuddet blev givet, dels for at afgøre borgerens motivation og behov, og dels for at sikre, at borgeren blev integreret i et rygestopforløb sideløbende med rygestopmedicinen. Og med tilskuddet følger også en følelse af forpligtelse hos borgeren, fortæller flere rygestoprådgivere på projekterne. Borgerne får et incitament til at deltage aktivt i forløbet, fordi de tager imod tilskuddet til rygestopmedicin.

”Det, at vi har haft mulighed for at give nikotinerstatning, har gjort en kæmpe forskel! Den overraskelse det er for mange, hvor mange penge de sparer, når de stopper med at ryge, men den overraskelse får de ikke, hvis de skal betale for rygestopmedicin. Vi mærker en taknemmelighed for, at man rent faktisk investerer i dem. Der er en anerkendelse” (Projektmedarbejder og rygestoprådgiver).

Som en projektmedarbejder og rygestoprådgiver gør opmærksom på i ovenstående citat, er det heller ikke kun et økonomisk incitament, der følger med tilskuddet. Tilskuddet til medicin bidrager også til – ifølge rygestoprådgiveren - en oplevelse af anerkendelse af borgerne og deres udfordring med rygestop.

En anden stor fordel ved tilskuddet til rygestopmedicin er, at det giver adgang til en anden målgruppe. Den økonomiske fordel kan appellere til borgere med få økonomiske ressourcer, og flere projektmedarbejdere og rygestoprådgivere har også givet udtryk for, at de har haft mange

borgere i forløb, som ellers ikke ville have råd til rygestopmedicin. Rygestoprådgivere udtrykker, at målgruppen har flere fysiske, psykiske og sociale problemer, end de tidligere har set på deres rygestoptilbud, hvilket kan det skyldes tilskuddet til rygestopmedicin.

Kursisterne selv omtaler tilskuddet til rygestopmedicin som en motivationsfaktor. Flere af kursisterne ville have været skeptiske over for rygestopmedicinens virkning til at bruge penge på den uden tilskuddet. Tilskuddet har således sænket barrieren for at deltage i rygestop.

2.6 Forankring

I de kommuneprojekter, hvor henvisningssamarbejdet er etableret, fortsætter praksis. Praktiserende læger og hospitalspersonale fortsætter med at henvise borgere og patienter til kommunens rygestoptilbud. På et kommuneprojekt vil man, i samarbejde med hospitalet, udbrede VBA til alle hospitalets afdelinger med henblik på at øge antallet af borgere, der henvises til kommunale rygestoptilbud. I de kommuneprojekter, hvor henvisningspraksis ikke er implementeret, nævner flere, at de fortsat vil arbejde på at opbygge henvisningssamarbejde med almen praksis og hospital. Her nævnes fx Kræftplan IV som en indgang:

”I forhold til hospitalerne så er det jo ikke ’lagt i graven’, det arbejder vi fortsat på. Bl.a. kunne den nye kræftplan IV blive et godt afsæt for et tværsektorielt samarbejde fx omkring rygestop” (kommunal projektleder).

De fleste projektledere er enige om at fortsætte rygestopindsatsen. Størstedelen har politisk opbakning og ønsker en fortsat prioritering af området. Dog reducerer de fleste kommuner tilskuddet til rygestopmedicin, som borgerne kan modtage, og enkelte fjerner det helt, til trods for at samtlige kommuner har fået satspuljemidler til udlevering af vederlagsfri rygestopmedicin til og med 2019.

Alle flerkommune-samarbejder fortsætter, om end det på et enkelt projekt bliver i en reduceret form, hvor samarbejdet primært bliver sparring mellem kommunerne.

2.7 De gravide, der ryger, er en svær målgruppe at nå

Kommunepuljen har haft et særskilt fokus på at rekruttere gravide til indsatsen. De fleste projekter har fundet det udfordrende at opspore og skabe kontakt til den gravide målgruppe, og det følgende afsnit vil uddybe, hvorfor.

De gravide, der ryger, beskrives af flere projektledere som en særligt svær målgruppe at nå; en gruppe, for hvem rygning som oftest kun er én problematik ud af mange. Det er derfor en sårbar gruppe, hvor mange kan have psykiske og sociale vanskeligheder, og som kræver en anden, helt særlig indsats end et standard-rygestoptilbud. Af samme årsag nævner flere projektledere, at de gravide har brug for skræddersyede forløb med tæt, løbende kontakt, og de almindelige gruppeforløb har haft svært ved at rumme den gravide målgruppe.

I nogle projekter har man forsøgt at samle de gravide, der ryger, på små hold. Men der har været flere udfordringer. Dels udgør de gravide, der ryger, en meget lille andel af den samlede gruppe

af rygere, og dels har de været svære at identificere, da hverken læger i almen praksis eller jordemødre har en systematisk henvisningspraksis.

Rekrutteringen af gravide rygere har også været svær af den grund, at rygning er et tabuiseret emne i befolkningen.

*”Jeg tænker, at de gravide er derude, men det er et tabu, så det er ikke let at tage imod et tilbud eller ringe til kommunen og sige, at man har et problem”
(kommunal projektleder).*

De gravide, der ryger, er ifølge flere projektledere bange for at møde fordømmelse, fordi de godt ved, at rygning under graviditeten kan være skadelig for fosteret. Som det er beskrevet i citatet ovenfor, opleves rygning som et tabu blandt denne målgruppe, og det kan derfor være grænseoverskridende at bringe rygestop på banen – både for de gravide, der ryger, og muligvis også for frontpersonalet, der har kontakten til de gravide på hospitalet, i almen praksis og andre steder.

2.8 Opsummering

De fleste kommuner har oplevet, at der skete en kraftig øgning i antallet af henvendelser til rygestop i starten af projektperioden. Det betød, at kommunerne var nødt til at fokusere på og prioritere at få borgere igennem rygestopforløb – for at undgå for lange ventelister – frem for at få opbygget en henvisningspraksis. I forbindelse med midtvejsevalueringen i 2016 blev det derfor anbefalet, at kommunerne i sidste del af projektperioden skulle fokusere mere på at få etableret et formaliseret og systematisk henvisningssamarbejde med hospital og almen praksis. Slutevalueringen viser, at kommunerne har fulgt anbefalingen, og fem ud af ni kommuneprojekter har etableret en velfungerende praksis i forhold til hospitalet og fem ud af ni i forhold til almen praksis.

I samarbejde med - og henvisning fra hospitalet viser evalueringen, at det er centralt at starte dialogen med repræsentanter fra hospitalet tidligt i projektet. Kommunen skal opbygge et tæt og praksisnært samarbejde med hospitalet. Her anbefales det både at inddrage hospitalsledelsen og medarbejdere fra de involverede afdelinger. Det er ydermere en fordel, hvis kommunen sørger for at informere om kommunens rygestoptilbud på hospitalet på tavlemøder, personalemøder o.l. samt fortælle om VBA og om, hvordan man henviser til kommunen. Den elektroniske henvisning fra hospital til kommunens rygestop kan med fordel følge henvisningspraksis til andre kommunale forebyggelsestilbud, fx patientskole og genoptræning.

Det er en fordel at etablere et samarbejde mellem flere kommuner, når man skal opbygge et henvisningssamarbejde med hospitalet. For det første har hospitalerne typisk et større optageområde end en enkelt kommune, og det komplicerer arbejdet for de ansatte på hospitalet, hvis tilbuddene kun retter sig mod patienter fra én af kommunerne. I et af enkeltkommuneprojekterne, som har haft succes med at etablere et samarbejde, har man erfaret det samme. Hospitalet var ikke interesseret i at skulle etablere et samarbejde om en indsats, der kun var rettet mod en

lille del af deres patienter. Derfor indgik projektlederen et samarbejde med andre kommuner i klyngen i forhold til henvisninger fra hospitalet.

I samarbejde med - og henvisning fra almen praksis har samarbejdet mellem kommunens projektleder og den kommunalt ansatte praksiskonsulent i kommunalt lægeligt udvalg haft betydning. Praksiskonsulenten har siddet i projekternes styre- eller arbejdsgruppe og har været brobygger og formidlende kontakt mellem kommune og almen praksis. Praksiskonsulenten har understøttet kommunens projektleder i at få den fornødne information og viden ud i praksis og har inviteret den kommunale projektleder med til fora, hvor lægerne mødes. Evalueringen viser, at den praktiserende læge er en vigtig aktør i opsporingen af storrygere. Kommuner, der har etableret elektronisk henvisningsstruktur fra alment praktiserende læger, oplever at have fået adgang til en gruppe af udsatte borgere, som ellers har været vanskelige at nå.

Kommunerne har styrket det interne samarbejde om opsporing og henvisning af borgere til kommunens rygestop. Det styrkede samarbejde ses på forebyggelsesområdet (fx i regi af sundhedscenteret), men i særdeleshed også på tværs af kommunale områder som jobcenteret, borgerservice, hjemmeplejen, socialpsykiatrien, misbrugscenter mv. I opstarten af implementeringen formidles indsatsen på ledelsesniveau. Efterfølgende har medarbejdere fra rygestopteamet uddannet nøglepersoner eller hele personalegrupper i VBA.

3 Resultatet af indsatsen

I det følgende kapitel beskrives resultatet af kommunepuljen. Det handler om at afdække indsatsens målgruppe, dens karakteristika, og i hvor høj grad deltagerne afslutter rygestopforløbet og bliver røgfrie. Derudover beskrives antallet og fordelingen af henvisninger til kommunens rygestop.

3.1 Målgruppen i indsatsen

På tværs af kommuneprojekterne har ca. 8.000 storrygere gennemført et rygestopforløb fra december 2014 til december 2017, hvor indsatsen har kørt. Det svarer til et gennemsnit på 289 storrygere for hver af de 27 involverede kommuner. Tabellen nedenfor viser fordelingen af antal deltagere pr. kommuneprojekt samt pr. kommune.

Tabel 3.1: Antal deltagere pr. kommuneprojekt samt pr. kommune

Projekt	Antal deltagere i indsatsen	Antal gennemførte deltagere i indsatsen	Antal gennemførte deltagere pr. kommune
Vestklyngen	2.641	1.753	292
Himmerland	977	651	217
Sønderjylland	2.184	1.590	398
Hjørring	1.023	918	918
Vestegnen og Sydager	2.038	1.443	160
Kalundborg	230	159	159
Vordingborg	345	210	210
Fredericia	200	157	157
Skanderborg	736	567	567
Total	10.374	7.748	289
Totalt før puljen (2014)		2.252	83

Kilde: Rygestopbasen 2017

Note: Totalt 2014 refererer til antallet i alle kommuner før puljens start. Gennemførte deltagere defineres som deltagere, der har gennemført rygestoppet. Gennemførelse defineres som 75 pct. fremmøde på planlagte kurser og fremmøde 4 gange på 'Kom og Kvit'.

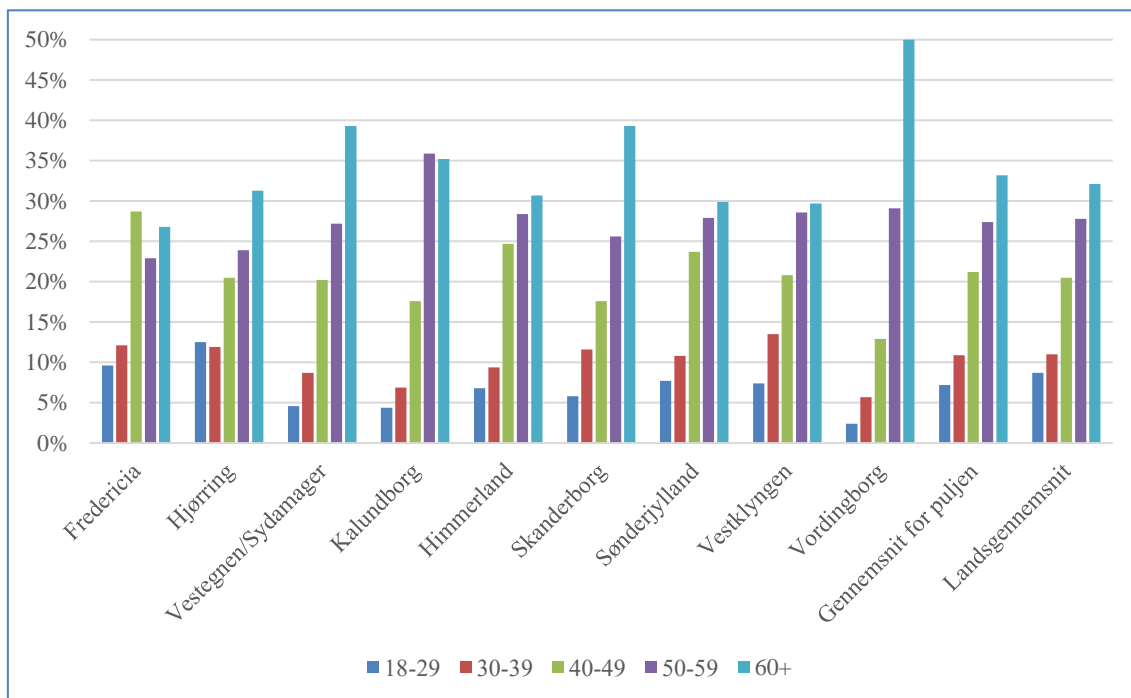
Den primære målgruppe for indsatsen er storrygere, der ryger 15+ cigaretter/dag, og gravide, der ryger. Desuden forventes puljen at opfange borgere, der er socialt udsatte, idet der her er en større andel af borgere, der ryger, end i andre befolkningsgrupper. Det følgende afsnit viser karakteristika ved målgruppen lavet på baggrund af data fra Rygestopbasen⁵. I hver figur illustreres fordelingen for hvert kommuneprojekt og samlet for projekterne under puljen. Derudover vises fordelingen på landsplan. Tallene på landsplan er fra 2014, altså før puljen blev implementeret, og før tilskud til rygestopmedicin blev en udbredt praksis⁶.

En anelse flere kvinder (53 pct.) end mænd (47 pct.) har deltaget i et rygestopforløb i projektperioden. Figur 3.1 viser aldersfordelingen for de borgere, der har gennemført et rygestopforløb. På tværs af puljen ses det, at hver tredje er 60 år eller derover, og generelt er det de ældre grupper, der fylder på forløbene. Aldersfordelingen minder om fordelingen på landsplan i 2014.

⁵ Det er Rygestopbasen, der har stået for datatræk samt analyse.

⁶ Læs mere om datagrundlaget i kapitlet vedr. metode og data.

Figur 3.1: Deltagere fordelt på alder



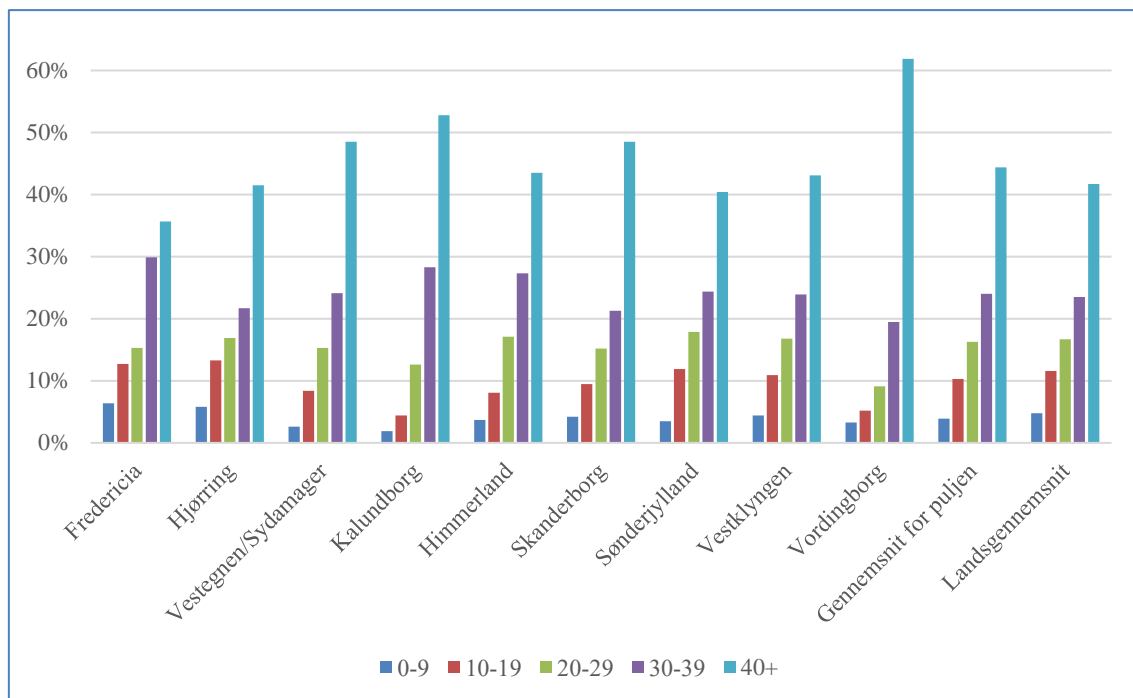
Kilde: Rygestopbasen 2017

Note: Lands gennemsnittet er lavet på baggrund af data fra 2014 før implementeringen af puljen.

Vordingborg skiller sig ud ved, at 50 pct. af deltagerne er i 60+-gruppen, mens Hjørring skiller sig ud ved at have fat i den unge aldersgruppe på 18-29 år. 12 pct. af Hjørrings deltagere er i den unge gruppe sammenlignet med 7 pct. på tværs af puljen.

Figur 3.2 viser, hvor mange år deltagerne har røget, før de kom på et rygestophold. Ca. 44 pct. af kursisterne har røget i mere end 40 år, mens kun 4 pct. har røget i mindre end 10 år. Puljen har en anelse større andel af rygere, der har røget i mange år (40 år eller mere), end hvad vi så i 2014 (42 pct.).

Figur 3.2: Deltagere fordelt på antallet af år som ryger



Kilde: Rygestopbasen 2017

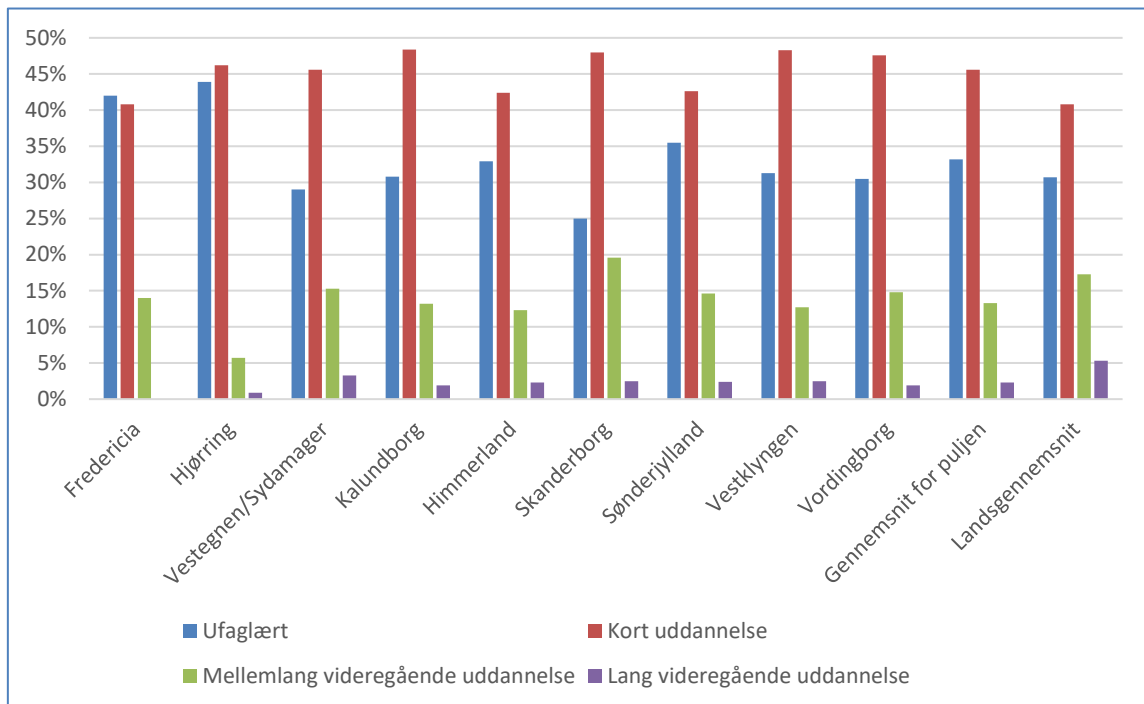
Note: Lands gennemsnittet er lavet på baggrund af data fra 2014 før implementeringen af puljen.

Ser man inden for de enkelte projekter, skiller Vordingborg sig ud ved at have en større andel deltagere, der har røget i mere end 40 år. Det hænger sammen med, at kommunen også har en større andel af deltagere over 60 år.

Figur 3.3 viser, at ca. 2 pct. af storrygerne i rygestopforløb har en længere videregående uddannelse, 13 pct. har en mellemlang videregående uddannelse, 46 pct. har en kort eller erhvervsfaglig uddannelse, mens 33 pct. er ufaglærte.

Sammenlignet med fordelingen på landsplan fra 2014 er der en væsentlig større andel af kursister med kort uddannelse i puljens projekter (46 pct. i puljen og 41 pct. før). Samtidig er andelen af ufaglærte også 2 procentpoint højere i puljen end på landsplan.

Figur 3.3: Deltagere fordelt på uddannelsesniveau



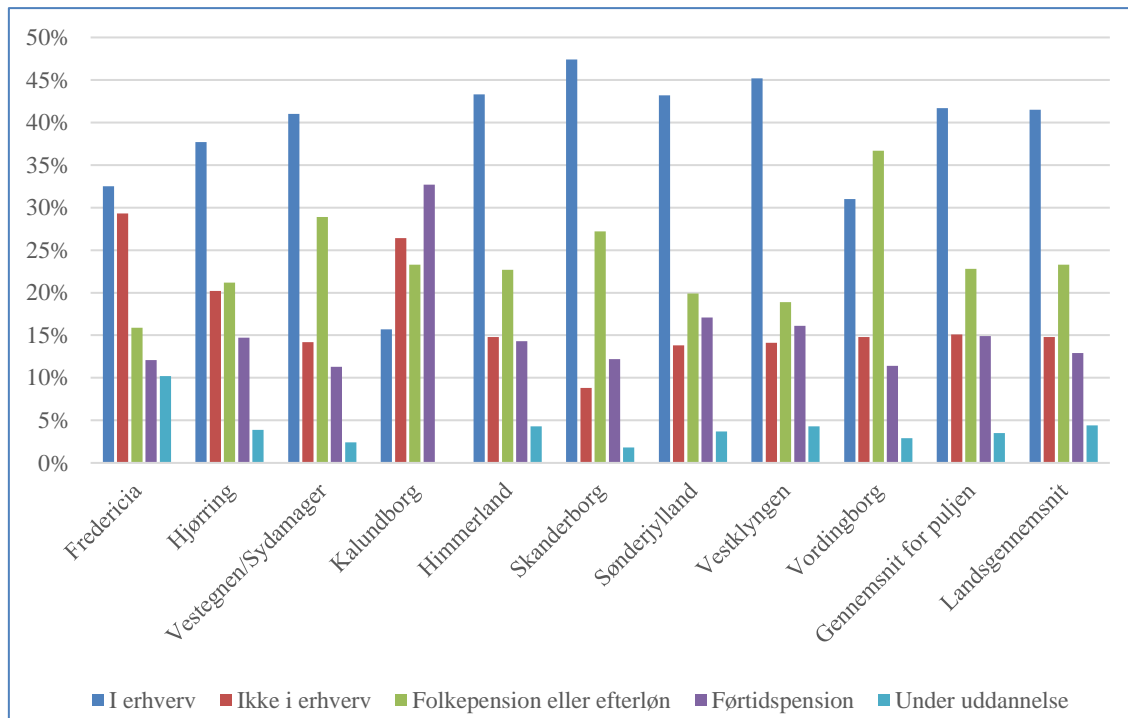
Kilde: Rygestopbasen 2017

Note: Lands gennemsnittet er lavet på baggrund af data fra 2014 før implementeringen af puljen.

Fredericia og Hjørring har en stor andel af deltagere, der er ufaglærte, mens Skanderborg har rekrutteret en større andel med mellemlang videregående uddannelse end de øvrige projekter i puljen. Skanderborg Kommune forklarer dette med, at det er en 'ressourcestærk' kommune med en stor andel af borgere med længere uddannelser.

Figur 3.4 viser deltagernes erhvervmæssige stilling: Ca. 43 pct. er i beskæftigelse, 16 pct. er arbejdsløse, 14 pct. er førtidspensionister, 23 pct. er på folkepension eller efterløn og de resterende er under uddannelse. Fordelingen er den samme som i 2014.

Figur 3.4: Deltagere fordelt på erhvervmæssig stilling



Kilde: Rygestopbasen 2017

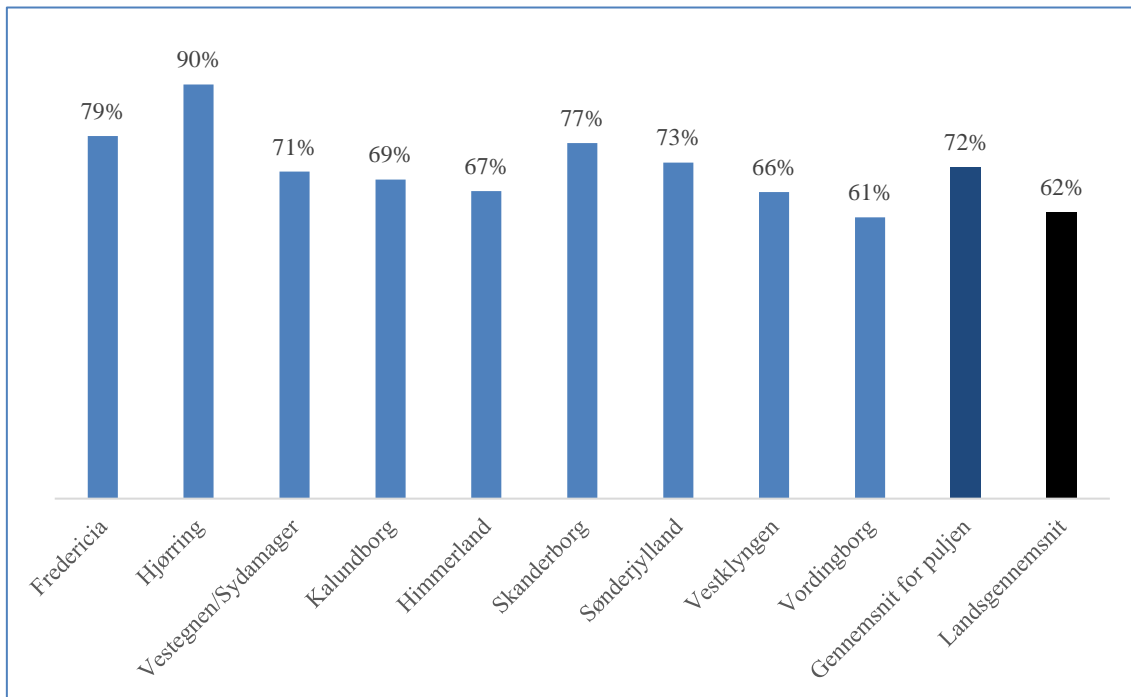
Note: Lands gennemsnittet er lavet på baggrund af data fra 2014 før implementeringen af puljen.

Inden for projekterne ses en variation i fordelingen på erhvervmæssig stilling. Fx skiller Kalundborg sig ud ved at have en større andel arbejdsløse og førtidspensionister blandt de deltagende storrygere. Det kan forklares med, at Kalundborg, i starten af projektet, gik efter at rekruttere socialt udsatte, herunder arbejdsløse og førtidspensionister, der er storrygere. Omkring midtvejs i forløbet åbnede kommunen op og inkluderede alle storrygere, ligesom de andre kommuner.

3.2 Gennemførelsesraten

72 pct. af deltagerne i Storrygerpuljen gennemfører rygestopforløbet. Det overstiger gennemførelsesraten på landsplan i 2014, der lå på 62 pct. Som det ses i figur 3.5, er der en væsentlig forskel på, hvor stor gennemførelsesraten er projekterne imellem.

Figur 3.5: Gennemførelsesraten



Kilde: Rygestopbasen 2017

Note: Lands gennemsnittet er lavet på baggrund af data fra 2014 før implementeringen af puljen.

Hjørring har størst succes med at få borgere til at gennemføre kurset. En mulig forklaring kan være, at kommunen kører skræddersyede, individuelle rygestopforløb til alle. Kommunen tilbyder ikke gruppeforløb.

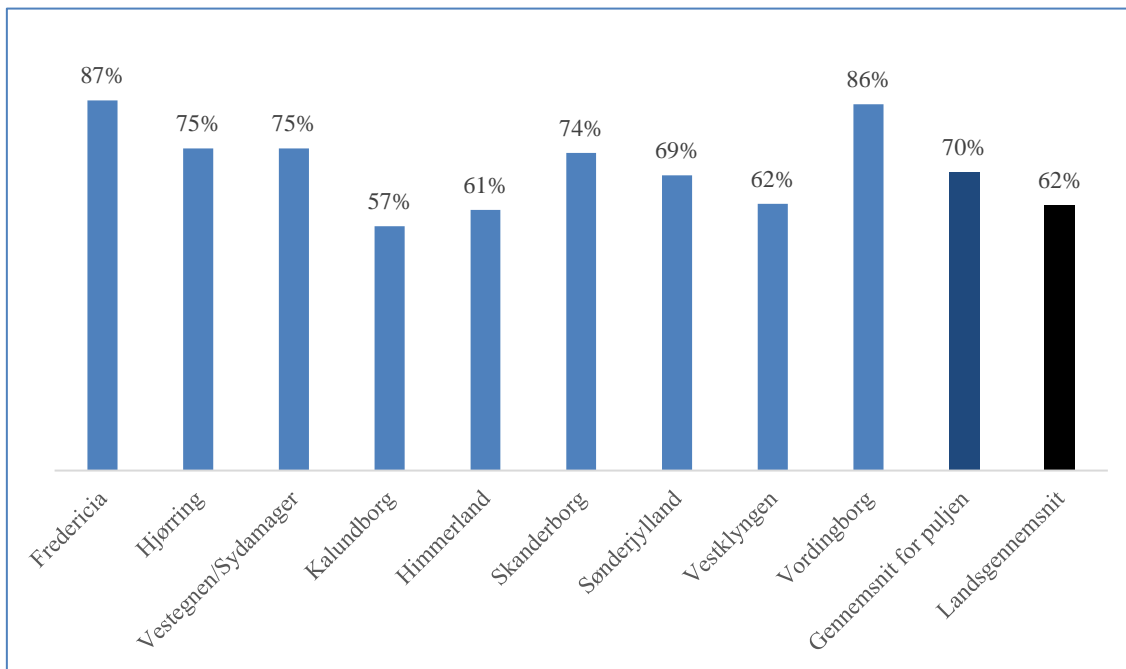
Der er en tendens til, at en større andel kvinder (53 pct.) end mænd (47 pct.) gennemfører rygestopforløbet i puljen. Fordelingen er den samme som før puljens implementering. Borgere, som ikke gennemfører forløbet, er i højere grad 50 år og ældre. Til gengæld er der en større andel af ufaglærte (70 pct.) og kortuddannede (74 pct.), der gennemfører rygestopforløbet, når man sammenligner med tallene fra 2014 (61 pct. ufaglærte og 63 pct. kortuddannede).

3.3 Stoprater

70 pct. af de storrygere, der gennemfører rygestopforløb i puljen, bliver røgfrie ved kursusafslutning. Det overstiger niveauet på landsplan fra 2014, der ligger på 62 pct.⁷ (fig. 3.6).

⁷ I midtvejsevalueringen var stopraten på landsplan 54 pct. Forskellen forklares i kapitlet vedr. metode og data.

Figur 3.6: Røgfri ved kursusafslutning



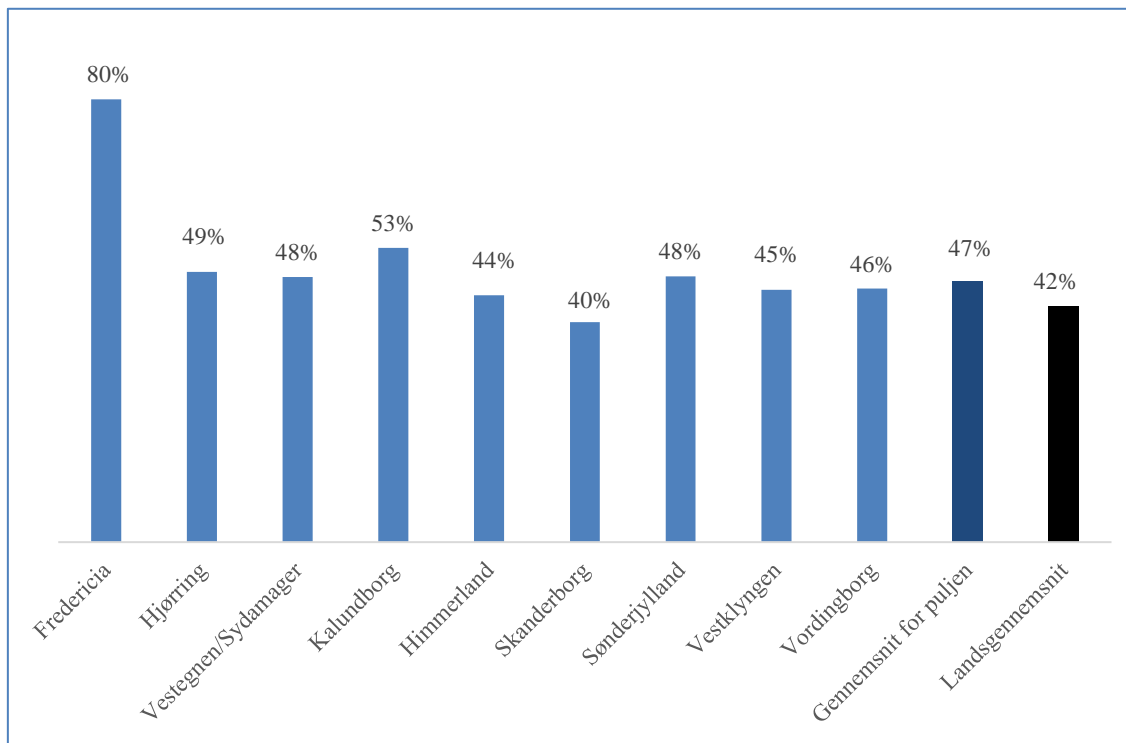
Kilde: Rygestopbasen 2018

Note: Landsgennemsnittet er lavet på baggrund af data fra 2014 før implementeringen af puljen.

Figur 3.7 viser, at 6 måneder efter kursusafslutning er 47 pct. af de adspurgte⁸ i puljen fortsat røgfrie. Det er 5 procentpoint flere end i 2014, hvor andelen var 42 pct. Fredericia Kommune og Kalundborg Kommune viser en markant højere stoprate end de øvrige kommuner. Fredericia Kommunen fremhæver selv, at det har haft en betydning, at rygestoprådgiveren har haft en tæt kontakt og dialog med borgerne, og at de enkelte forløb har været skræddersyede og håndholdte. Kalundborg Kommune har den laveste rygestoprate. Dette kan sandsynligvis skyldes, at kommunen i starten af projektet havde en større andel arbejdsløse og førtidspensionister blandt de deltagende storrygere.

⁸ 4.503 opfølgninger. Opfølgninger er defineret som opfølgninger, der er foretaget inden for det tilladte tidsinterval på 6 måneder +/-1 måned efter rygestopdato eller kursusafslutningsdato, hvor der ikke er en rygestopdato.

Figur 3.7: Røgfri ved 6 måneders opfølgning



Kilde: Rygestopbasen 2017

Stoprate og udgifter til rygestopmedicin

Som led i indsatsen har kommunerne tilbudt tilskud til rygestopmedicin. Kommunerne har i gennemsnit brugt 315 kr. pr. borger, der er startet i rygestopforløb; 1.101 kr. til rygestopmedicin pr. gennemførte borger; 1.558 kr. pr. røgfri ved kursusafslutning og 4.425 kr. pr. røgfri ved 6 måneders opfølgninger⁹.

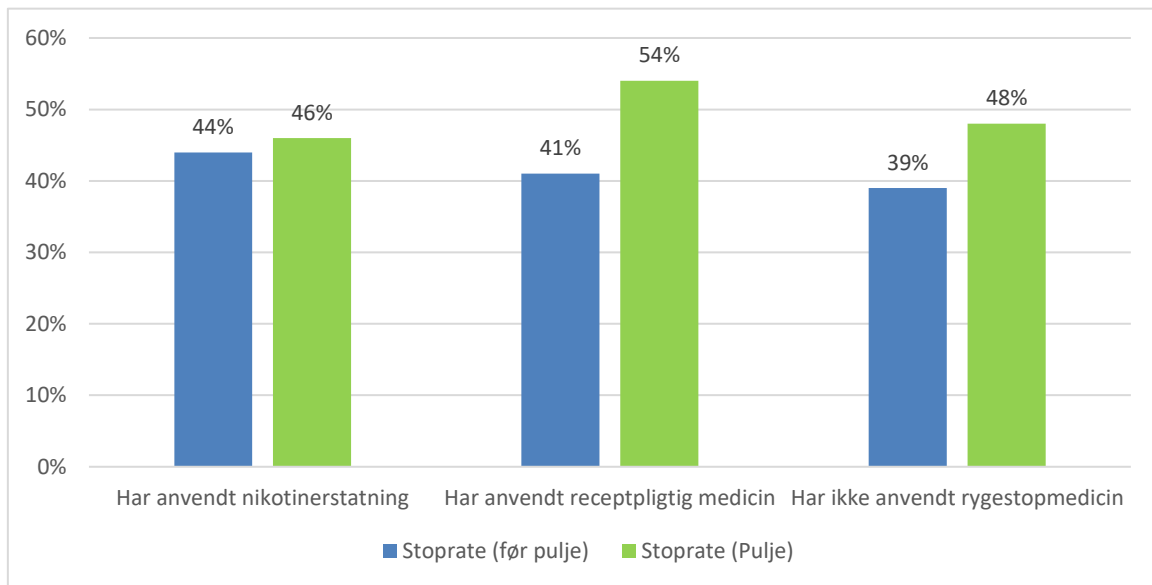
Ca. 12 pct. af borgerne har takket nej til at bruge rygestopmedicin, mens resten har benyttet nikotinerstatning (68 pct.), receptpligtig medicin (18 pct.) eller begge dele (2 pct.)¹⁰. Det højere forbrug af nikotinerstatning skyldes sandsynligvis, at nogle projekter udelukkende har tilbudt nikotinerstatning. I 2014, før puljens implementering, benyttede 59 pct. nikotinerstatning, 6 pct. receptpligtig medicin og 1 pct. begge dele. De resterende 32 pct. benyttede ikke rygestopmedicin.

Som det fremgår af ovenstående figur, er 47 pct. røgfrie ved 6 måneders opfølgninger. Stopraten er nogenlunde lige høj for dem, der har brugt nikotinerstatning, og dem, der ikke brugte rygestopmedicin. Til gengæld er stopraten væsentligt højere blandt borgere, der har brugt receptpligtig medicin (fig. 3.8).

⁹ Baseret på data for 2016.

¹⁰ Samtidig eller i forlængelse af hinanden.

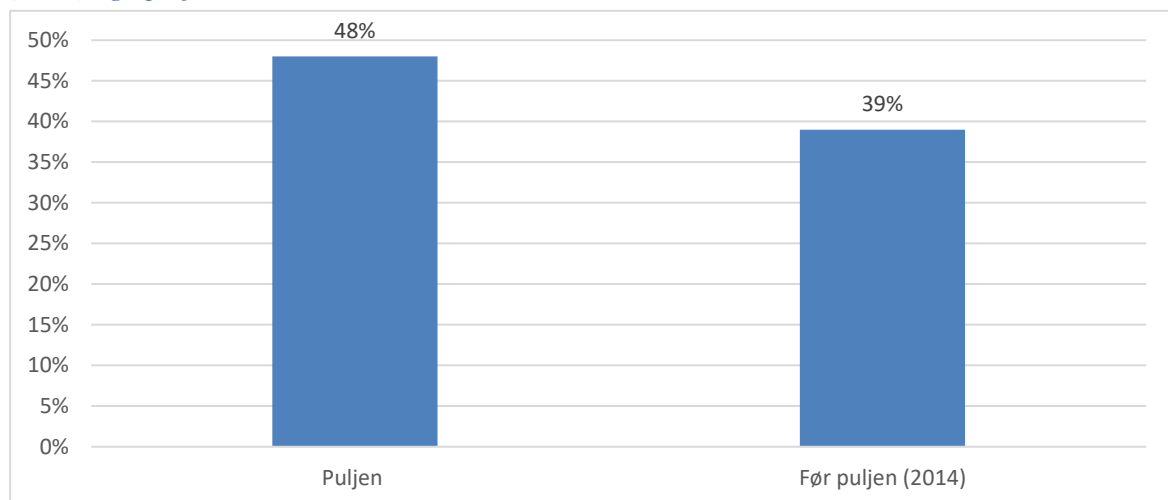
Figur 3.8: Stoprate fordelt på forbrug af rygestopmedicin før puljen (2014) og i puljen



Kilde: Rygestopbasen 2017

Det er særligt interessant at fremhæve, at stopraten for borgere uden brug af rygestopmedicin er væsentligt større i puljen end i 2014 (fig. 3.9). Det kan tyde på, at kommunernes øgede fokus på at skabe fleksible, differentierende rygestoptilbud målrettet forskellige segmenter af målgrupper har haft en positiv betydning for stopraten i sig selv, udover en eventuel betydning af rygestopmedicin. Stopraten er højere på individuelle rygestopforløb end i gruppeforløb, hvilket var omvendt, før puljen blev implementeret.

Figur 3.9: Stoprate blandt borgere, der ikke har anvendt rygestopmedicin, fordelt på før puljen (2014) og i puljen



Kilde: Rygestopbasen 2017

Stopraten i forskellige målgrupper

Ser vi på de deltagere i puljen, der fortsat er røgfrie ved 6 måneders-opfølgningen, er 54 pct. mænd og 46 pct. kvinder. I 2014 er fordelingen mellem kønnene 50 pct. Desuden indikerer data, at ældres stoprate er større end den yngre gruppes. Det samme var tilfældet, før puljen blev implementeret.

83 pct. af de røgfrie borgere i puljen er ufaglærte eller har en kort uddannelse. I 2014 var det 71 pct. Det er altså særligt lykkedes kommunerne at få målgruppen af ufaglærte og kortuddannede borgere, samt mænd, til at stoppe med at ryge. Stopratens fordeling på erhvervsmæssig stilling er stort set den samme før og efter puljen. Blandt de røgfrie er 44 pct. i beskæftigelse, 12 pct. er arbejdsløse, 28 pct. er pensionister eller efterlønnere, 13 pct. er førtidspensionister, og de resterende 3 pct. er under uddannelse.

3.4 Henvisninger

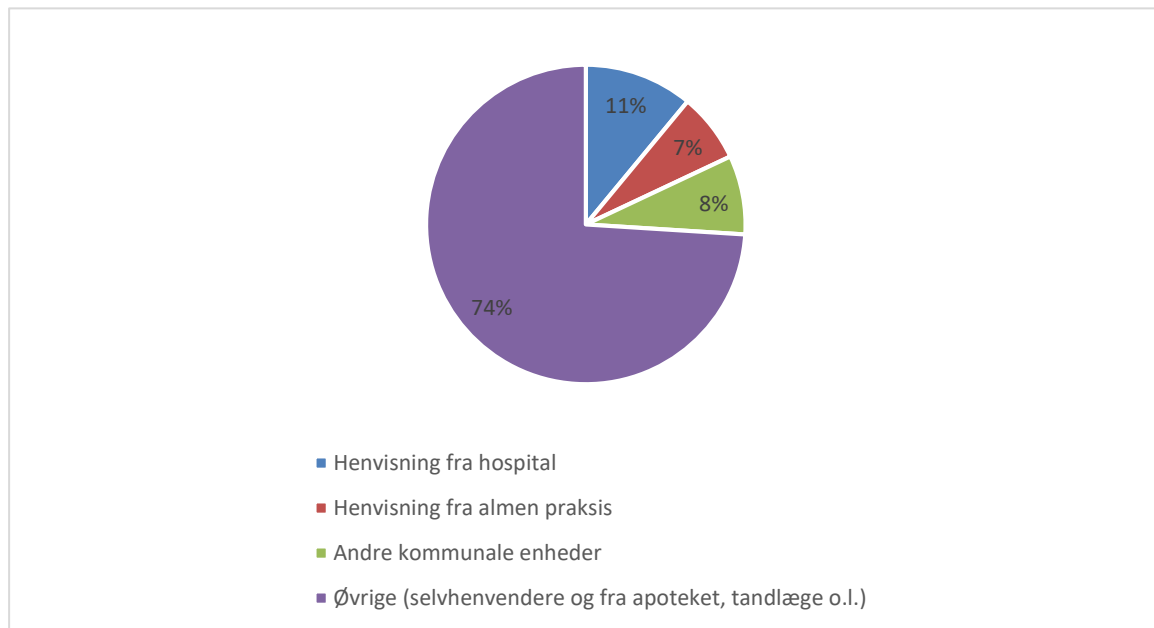
Henvisningsstrukturen indeholder et formaliseret og systematisk samarbejde, hvor storrygere henvises elektronisk til kommunens rygestoptilbud. I perioden december 2014-december 2017 har 10.374 rygere henvendt sig eller er blevet henvist til kommunens rygestoptilbud. Af dem er ca. 1/5 henvist elektronisk fra hospital eller almen praksis (tabel 3.2).

Tabel 3.2: Antal storrygere fordelt på henvisning

Elektronisk henvisning fra hospital	Elektronisk henvisning fra almen praksis	Henvist fra andre kommunale enheder	Øvrige (selvhenvendere og fra apotek, tandlæge o.l.)	Total
1.096	756	825	7.697	10.374

11 pct. af storrygerne er blevet henvist elektronisk fra hospitalet, 7 pct. elektronisk fra almen praksis, 8 pct. fra andre kommunale enheder og forvaltning, og de resterende 74 pct. er primært ”selvhenvendere” (det vil sige, at de enten er kommet på eget initiativ eller på opfordring fra egen læge eller på hospitalet). Siden midtvejsevalueringen i 2016 er der sket en stigning på 5 procentpoint i antallet af elektroniske henvisninger fra hospitalet.

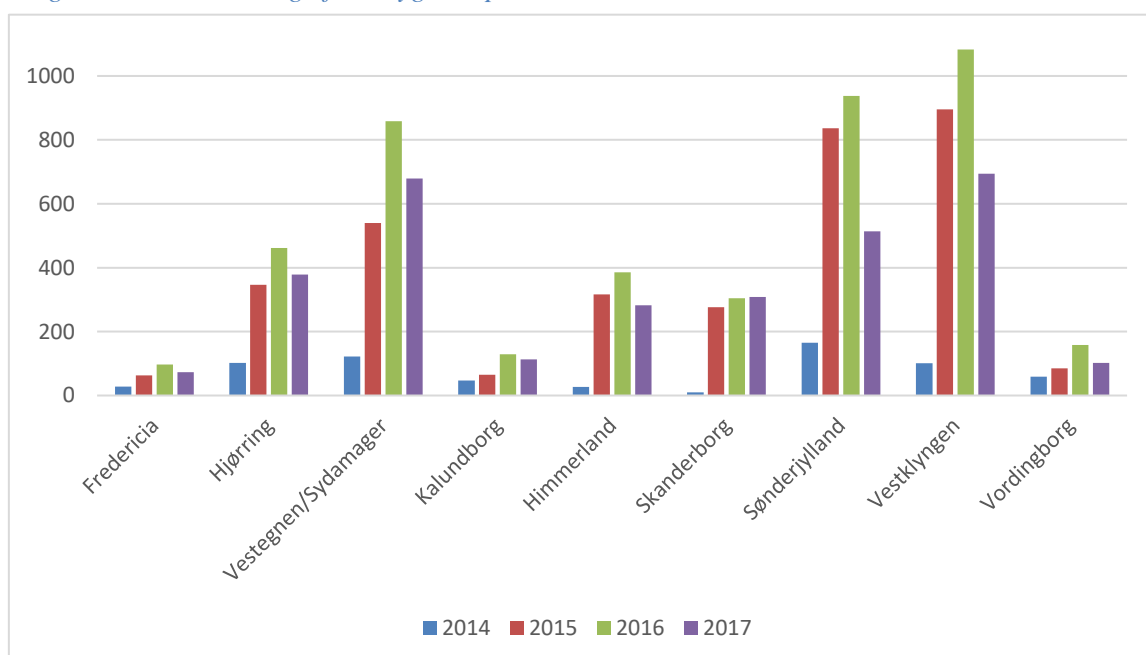
Figur 3.10: Fordelingen af henvisninger



3.5 Rekruttering af storrygere fra 2014 til 2017

Der er rekrutteret over 10.000 storrygere på tværs af alle kommuner i den periode, hvor indsatsen har kørt (1. december 2014-31. december 2017), svarende til ca. 3.700 pr. år. I 2014, dvs. året før indsatsen, rekrutterede de samme kommuner i alt 649 storrygere. Der er altså sket en øgning i rekrutteringen af storrygere som resultat af projekterne. Der er 5,5 gange flere storrygere i rygestop. I figur 3.11 nedenfor ses udviklingen i rekrutteringen inden for de enkelte kommuneprojekter.

Figur 3.11 Rekruttering af storrygere i perioden 2014-2017



Kilde: Rygestopbasen 2017, Note: 2014 er tiden, før puljen blev implementeret. Tallene er behæftet med en vis usikkerhed, da ikke alle kommuner registrerede storrygere i 2014.

3.6 Opsummering

En stor andel af de storrygere, der har været igennem indsatsen, har røget i mange år (44 pct. har røget i 40 år eller mere). Sammenlignet med før indsatsen (i 2014) er der ydermere en markant større andel af borgere med en kort uddannelse. Ca. 72 pct. af dem, der tilmelder sig et rygestopforløb, gennemfører, hvilket er en stigning på 10 procentpoint i forhold til tidligere (i 2014). Blandt de storrygere, der gennemfører, er der en større andel af ufaglærte og kortuddannede. 70 pct. er røgfrie ved kursusafslutning, hvilket er en stigning på 8 procentpoint i forhold til 2014. Seks måneder efter rygestopforløbets afslutning er 47 pct. fortsat røgfrie, hvilket er en stigning på 5 procentpoint, fra før puljen blev implementeret.

Som led i indsatsen har kommunerne tilbudt tilskud til rygestopmedicin. Størstedelen (88 pct.) af storrygerne har taget imod tilbuddet og har brugt nikotinerstatning eller receptpligtig rygestopmedicin i forbindelse med rygestopforløbet. Stopraten er væsentligt højere for storrygere, der har brugt receptpligtig medicin.

Det er særligt interessant at fremhæve, at stopraten blandt storrygere, som ikke har brugt rygestopmedicin, er 48 pct., sammenlignet med 39 pct. før indsatsen blev implementeret. Det tyder på, at kommunernes øgede fokus på at skabe fleksible, differentierede rygestopforløb målrettet forskellige målgrupper har haft en selvstændig positiv betydning for stopraten blandt storrygere.

Del 2 - Organisationspuljen

4. Organisationspuljen

Som en del af den samlede storrygerpulje blev der afsat 5 mio. kr. i en 'Organisationspulje'. Organisationspuljen sættes fokus på, hvordan storrygere og gravide, der ryger, kan nås via en målrettet indsats i arenaer, hvor det kommunale og regionale sundhedsvæsen generelt ikke er til stede. Samtidig var målet at udvikle nye metoder, der understøtter og supplerer de indsatser, der foregår i det kommunale og regionale sundhedsvæsen.

Formålet med evalueringen af organisationspuljen er at beskrive følgende elementer i projekterne:

- Formålet med projektet
- Tilgang/metode/model
- Samarbejde med andre aktører
- Hæmmere og fremmere for at starte rygestop(forløb) i nye arenaer
- Udbytte

Evalueringerne af de respektive projekter beror på varierende datamængder og systematik i dataindsamlingen. Projekterne har foretaget egen-evaluering som en del af deres status over for Sundhedsstyrelsen. Egen-evalueringerne indgår som en del af datagrundlaget. Herudover er der foretaget kvalitative interviews med projektlederne ved opstart, midtvejs og ved afslutning af projekterne. Herudover er der gennemført casestudier i projekterne Møltrup Optagelseshjem, Udviklingshæmmedes Landsforbund (ULF), Liberalt Oplysningsforbund (LOF) og 3F.

4.1 Beskrivelse af indsatsen

I dette afsnit giver vi et overblik over, hvordan puljens projekter samlet søger at opfylde formålet om at supplere den kommunale og regionale indsats. I de følgende kapitler vil projekterne blive beskrevet enkeltvist.

Syv projekter har fået puljemidler og præsenteres i tabel 3.1.

Tabel 4.1: Oversigt over projekter og projektejere

Projekt navn	Projektejere
Rygestop for alle – fremme af røgfrihed blandt socialt udsatte	Lungeforeningen
Samvær Imod Røg	Møltrup Optagelseshjem
Mindske antallet af storrygere på social- og sundhedsuddannelserne	Kræftens Bekæmpelse
Smøger? Nej tak!	Udviklingshæmmedes Landsforbund (ULF)
Et friskt pust	3F

Rygestop – en ny start	Liberal Oplysnings Forbund (LOF)
Øget rekruttering af storrygere til effektive rygestoptilbud i Køge og resten af landets kommuner	Kræftens Bekæmpelse

Tabellen viser, at der blandt projekterne både indgik aktører, som havde forudgående erfaring med at arbejde med tobaksforebyggelse, og helt nye aktører på området. Kræftens Bekæmpelse og Lungeforeningen er erfarne aktører og står for tre projekter. Blandt de øvrige ses en fagforening, en interesseorganisation, en folkeoplysende forening og en selvejende institution. Variationen sandsynliggør en projektportefølje, som samlet set tilgodeser puljens formål om at afsøge nye arenaer og nå nye målgrupper.

Vi kan således med rimelighed have forskellige forventninger til projekternes udbytte.

I tabel 4.1.1 oplyses projekternes målgrupper og arenaer, som de er beskrevet i projekternes ansøgning om puljemidler. Justeringer i projekterne vil blive beskrevet i de specifikke præsentationer af projekterne.

Tabel 4.1.1: Oversigt over målgrupper og arenaer i de syv projekter

Projekt navn	Målgruppe	Arenatype
Rygestop for alle – fremme af røgfrihed blandt socialt udsatte	Socialt udsatte, forstået som borgere uden for arbejdsmarkedet, hjemløse, psykisk syge mv.	Værested/varmestue
Samvær Imod Røg	Medarbejdere og beboere på optagelseshjem for hjemløse	Bo- og dagtilbud
Mindske antallet af storrygere på social- og sundhedsuddannelserne	Studerende på social- og sundhedsuddannelsen	Erhvervsskole
Smøger? Nej tak!	Beboere og medarbejdere på bo- og dagtilbud for udviklingshæmmede	Bo- og dagtilbud
Et friskt pust	Kortuddannede medarbejdere på virksomheder inden for udsatte brancher	Arbejdspladser
Rygestop – en ny start	Storrygere, der ikke før har prøvet at stoppe	Fritidslivet

	Storrygere, der har været igennem flere forsøg på rygestop og savner en ny motivationsfaktor	
Øget rekruttering af storrygere til effektive rygestoptilbud i Køge og resten af landets kommuner	Storrygere i boligområder og relevante fritidsmiljøer	Fritidslivet (fx møder, sammenkomster i lokalområdet, fitness, banko mv.)

Fire projekter havde samme målgruppe som i kommunepuljen: den gennemsnitlige storryger, som man søger at nå via arenaer, hvor kommunens tilbud ikke generelt når ud (3F 'Et frisk pust', Kræftens Bekæmpelse i Køge 'Øget rekruttering af storrygere...', Kræftens Bekæmpelse i SOSU-C 'Mindske antallet af storrygere...', LOF 'Rygestop – en ny start').

De tre øvrige projekter rettede sig mod arenaer med særligt sårbare borgere (væresteder via Lungeforeningen, forsorghjem via Møltrup og botilbud via ULF). På den måde er samtlige projekter karakteriseret ved enten at rette sig mod nye arenaer (hvor de kommunale tilbud generelt ikke er til stede) og arenaer med særligt sårbare borgere.

Rygestop for alle – fremme af røgfrihed blandt socialt udsatte v. Lungeforeningen

Formålet med projektet var at reducere andelen af storrygere dér, hvor de er flest, og hvor ressourcerne til rygestop er mindst. Målgruppen var socialt udsatte og de fagprofessionelle omkring dem.

Tilgang og metode

Rygestopindsatsen foregik på 13 væresteder. Selve indsatsen indeholdte følgende elementer:

- Opstartsmøde
- Hus- og café møder, dialog med værestederne
- Opkvalificering og supervision af eksterne rygestoprådgivere (fra Røgfrit København)
- 10 rygestopmødegange.

Indholdet i rygestopforløbet byggede på Kræftens Bekæmpelses gruppeforløb, hvor materialet blev tilpasset målgruppen. Materialet er tilgængeligt på Lungeforeningens hjemmeside¹¹.

Selve rygestopforløbet starter med et opstartsmøde og tre café møder. Formålet med disse aktiviteter var at opbygge tillid og rekruttere deltagere. Udover materialet med øvelser mv. har selve rygestopmøderne indeholdt målinger af kulilteniveau og udlevering af rygestopmedicin.

¹¹ <https://www.lunge.dk/fagpersoner/viden-faa-hjaelp-til-rygestop-rygestopaktiviteter-socialt-udsatte>.

Af projektets evaluering fremgår det, at væresteder som arena fungerer godt i forhold til både at rekruttere og fastholde målgruppen. Personalet på værestederne medvirkede aktivt bl.a. ved at minde borgerne om rygestopaktiviteterne.

Rygestoprådgivningen blev varetaget i projektet af kommunens rygestoprådgivere. De kommunale rygestoprådgivere blev efteruddannet med henblik på kendskab til målgruppen og dens udfordringer. Uddannelsen bestod af 2 x 3 timers undervisning og efterfølgende supervision igennem forløbet. Efteruddannelsen omhandlede bl.a. opmærksomhedspunkter i forhold til psyko-farmaka og kognitiv adfærd samt undervisning i samtale med udsatte borgere.

Samarbejde med andre aktører

Lungeforeningen har Københavns Kommune som hovedsamarbejdspartner. Herudover er Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse, Region Hovedstaden og Kræftens Bekæmpelse inddraget i forhold til udvikling af indsatsen, materialet og undervisning af rygestoprådgivere¹². Cowi har evalueret projektet.

Væresteder og botilbud var de helt centrale samarbejdspartnere. Projektlederen anbefaler derfor, at man i sådanne projekter får inddraget disse arenaer så tidligt som muligt.

Herudover var samarbejdet med Københavns Kommune og kommunens rygestoprådgivere afgørende. Rygestoprådgiverne skal være klædt på til opgaven, og samtidig påpeger projektlederen det som væsentligt, at rygestoprådgiverne finder det meningsfuldt at gennemføre rygestopaktiviteterne over for målgruppen af udsatte borgere. Som citatet nedenfor viser, oplever projektlederen, at hvis rygestoprådgiveren finder det mindre meningsfuldt at gennemføre rygestopaktiviteter over for den konkrete målgruppe, skaber det et dårligt afsæt for aktiviteterne.

”Rygestoprådgiverne skal synes, at det er fedt. Det skal blive et godt forløb for dem. De får en vigtig rolle som primærkontakt til værestederne. Hvis de tænker, at det ikke giver mening, så går det ikke” (projektleder ved midtvejs-evalueringen).

I forlængelse heraf er det vigtigt, at der er ledelsesmæssig opbakning, og at information om indsatsen kommer ud til de relevante i organisationen, eksempelvis at rygestopforløbet har en anden intensitet end øvrige forløb. Dette har været en særskilt opgave i Københavns Kommune, idet kommunen som bekendt er stor.

Udbytte

Der blev gennemført to runder af rygestopaktiviteter. Af projektets evalueringsrapport fremgår det, at 31 var tilmeldt i første runde; heraf blev 10 røgfrie, og 7 reducerede deres rygning. I anden runde var 50 tilmeldt; heraf blev 11 røgfrie, og 13 reducerede deres tobaksforbrug. Som resultat af projektet er der udviklet et koncept for rygestopforløb for udsatte borgere. Konceptet

¹²Evalueringen findes på Lungeforeningens hjemmeside https://www.lunge.dk/fagpersoner/viden-rapporter-og-undersogelser/#F%C3%A5_hj%C3%A6lp_til_rygestop_-_rygestopindsats_for_socialt_udsatte_og_psykisk_s%C3%A5rbare

indeholder en guide og selve rygestopmaterialet (jf. figur 4.1 model for rygestop illustreret på billedet).

Fremmende og hæmmende faktorer

Rygestoprådgiverne påpeger, at det er hensigtsmæssigt at arbejde med værestedets generelle holdning og adfærd i forhold til rygning. Dette ser vi også i projektet på Møltrup Optagelseshjem. Anbefalingen fra rygestoprådgiverne er, at der på værestederne gennemføres en helhedsorienteret tilgang, hvor bl.a. rygekulturen på stedet inddrages i planlægningen af tilbud om rygestopindsatser.

Samarbejdet mellem rygestoprådgiverne og værestederne var meget uformelt i projektet, og tovholdere fra enkelte væresteder savnede en mere fast ramme fx med møder før eller efter rygestoptmøderne med borgerne. Dermed vil de kunne få et større ejerskab og øget mulighed for at bakke op via fast orientering undervejs.

Engagement og adfærd hos værestedernes medarbejdere har betydning, fordi de fremmer deltagelse og fastholdelse ved at minde borgerne om møder mv. Omvendt kan medarbejderne være en hæmmende faktor, hvis de fx ryger sammen med borgeren.

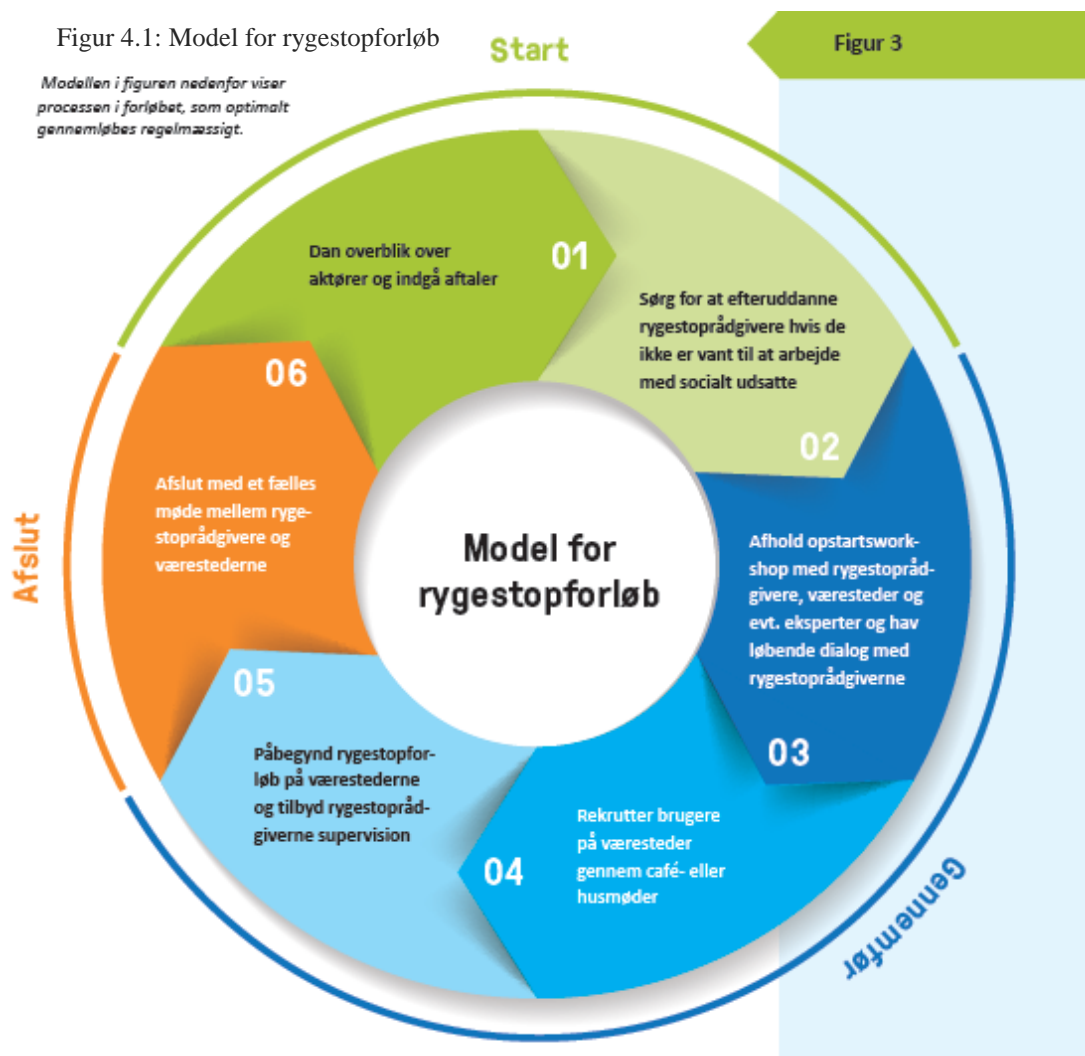
Opsummering

Det er lykkedes at udvikle et rygestopkoncept, hvor erfaringerne med målgruppen og arenaen på forhånd var relativt begrænsede¹³. Som en del af konceptet indgår kompetenceudvikling af rygestoprådgivere i forhold til at arbejde med udsatte borgere.

¹³Af eksisterende viden kan nævnes Sundhedsstyrelsens ”Røgfrihed for alle” og Sund By Netværkets ”Rygning er deres mindste problem”.

Figur 4.1: Model for rygestopforløb

Modellen i figuren nedenfor viser processen i forløbet, som optimalt gennemløbes regelmæssigt.



Kilde: Lungeforeningen

Projektet viser, at rekruttering og fastholdelse kan ske via værestederne, hvis medarbejderne inddrages og går aktivt ind i opgaven. Derudover er en helhedsorienteret indsats fremmende, så de strukturelle rammer, fx rygepolitikker, kan understøtte rygestopindsatsen.

Samvær Imod Røg v. Møltrup Optagelseshjem

Formålet var at udvikle og afprøve skræddersyede forløb til udsatte hjemløse på forsorghjem og med mulighed for at videreføre forløbet i eget hjem ved fraflytning fra Møltrup.

Tilgang og metode

På Møltrup Optagelseshjem iværksattes rygestoprådgivningen i grupper bestående af både medarbejdere og beboere. Dette blev siden ændret til alene at have fokus på beboerne, da det ikke fungerede, at beboere og medarbejdere skulle ”blotte sig” i hinandens påhør. Samtidig blev rådgivningen omlagt til individuelle forløb, fordi man vurderede, at målgruppen havde behov for en mere ”håndholdt” indsats, hvor behovet for støtte tilpasses den enkeltes samlede situation.

Projektet indledtes med en ekstern rygestopkonsulent fra Rygestopkonsulenterne, men man valgte siden at uddanne en fast medarbejder på Møltrup til rygestoprådgiver. Denne ændring blev bl.a. foretaget, fordi beboerne var ustabile i deres fremmøde, hvilket var særligt u hensigtsmæssigt med en ekstern udbyder. Samtidig er det efterfølgende erfaringen, at det har en positiv betydning, at det er en person, som beboerne kender og møder i hverdagen, der skal hjælpe dem igennem rygestoppet. Rygestoprådgiveren selv fremhæver desuden, at hendes egne erfaringer som tidligere ryger har stor betydning over for målgruppen i forhold til at skabe troværdighed.

I udgangspunktet var det planlagt, at rygestopindsatsen skulle foregå i en bus, der kunne køre ud og gennemføre mødegangene i en anden kontekst – væk fra Møltrup. Dette lykkedes ikke, idet der opstod vanskeligheder med at få bussen indregistreret.

Rygestoprådgiveren fulgte op på beboere, der var fraflyttet Møltrup, via ugentlige besøg med uddeling af rygestopmedicin og opfølgende samtaler.

Rygestoprådgiver og projektleder fremhæver arbejdet med rammerne for den daglige rygeadfærd på optagelseshjemmet som et væsentligt element i rygestopindsatsen på Møltrup. Arbejdet med rammerne anskues som afgørende for såvel rekruttering som fastholdelse i rygestopforløb, udover at det har en generelt sundhedsfremmende effekt på stedets beboere og medarbejdere, der i mindre grad udsættes for passiv rygning.

”Vi havde en kultur, der gjorde det legitimt at ryge overalt. Og vi havde også en tradition for at give cigaretter i gave, og der var indlagt rygepauser i alle aktiviteter” (projektleder ved slutmåling).

Arbejdet med rygekulturen medførte, at Møltrup nu har fået en rygepolitik, hvor der bl.a. er rygeregler for medarbejderne, som grundlæggende går ud på, at medarbejderne ikke må påvirke beboerne til at ryge eksempelvis ved at ryge synligt for beboerne eller ved at foreslå samtaler ”over en smøg”. Konkret er der afgrænsede rygeområder, ligesom der heller ikke længere må sælges cigaretter fra kontoret, og en automat med cigaretter er også fjernet. På kontoret er der i stedet ”nød-cigaretter”, som personalet kan bruge, når beboere kommer akut på optagelseshjemmet, og det vurderes, at én cigaret kan afværge voldsomme konflikter.

Samarbejde med andre aktører

I starten havde Møltrup samarbejde med Rygestopkonsulenterne, men det ophørte som tidligere beskrevet. Herudover har stedets sygeplejerske været inddraget med henblik på at sikre, at den medicin, beboerne får, ikke går dårligt i spænd med den udleverede rygestopmedicin.

Ved opstart blev der gennemført tre workshops med deltagelse af en medarbejder fra Lungeforeningen. I disse workshops stod det klart, at der var frygt for vægtforøgelse, hvilket førte til, at der parallelt med rygestoppet arbejdes med motion bl.a. på indkøbte mountainbikes.

Udbytte

Der blev gennemført fire hold med i alt 36 personer og syv individuelle forløb herudover. Tre borgere er blevet helt røgfrie, mens ni har nedsat deres forbrug væsentligt (nedgang på estimeret 10-15 cigaretter dagligt).

Det væsentligste resultat vurderes dog at være en ændret rygekultur og synliggørelse af, hvordan en rygekultur i vid udstrækning påvirker beboernes sundhedsadfærd negativt. Det vurderes, at denne kulturændring har et bredere sundhedsfremmende sigte end blot rygning, fordi der afledt af rygestopaktiviteterne er igangsat motionstilbud til beboerne.

Indsatsen har derudover demonstreret, at det er muligt at anlægge en individuel tilgang, der kan fungere, både mens borgeren bor på forsorgshjemmet og ved fraflytning.

Fremmende og hæmmende faktorer

Projektet tydeliggør rygekulturen som afgørende for, om rygestopaktiviteter kan gennemføres. På Møltrup oplevede de mærkbar skepsis blandt medarbejderne, hvilket generelt gjorde opstarten vanskelig, men også helt praktisk gav det udfordringer. Til eksempel arbejder beboerne på stedets egne beskæftigelsesværksteder, hvor de ledende medarbejdere – ’mestrene’ – gjorde modstand, når det drejede sig om at give beboerne fri til at deltage i rygestopforløbene.

”Størstedelen af personalegruppen var faktisk meget afvisende og sagde ”jamen, det er jo det sidste, de har tilbage”. Og så var vi en lille bitte gruppe, der mente, at når vi nu skal forberede beboerne på et liv uden for Møltrup, så må man faktisk ikke ryge alle steder på alle tider” (projektleder ved slutmåling).

Gratis rygestopmedicin fremhæves som en væsentligt fremmende faktor for deltagelse i rygestop, særligt fordi pengene er små blandt beboerne på Møltrup. Herudover påpeges det, at beboerne har fået en ’arbejdsdusør’ for at deltage i rygestopaktiviteterne, som en slags ”tabt arbejdsfortjeneste”. Dette vurderes også at have fremmet deltagelsen, der således ikke har kostet deltagerne en manglende indtægt.

Opsummering

Projektet på Møltrup Optagelseshjem viser, at man godt kan arbejde med rygestopindsats på forsorgshjem, men at det kræver en bred indsats, hvor det hele må tages op og bearbejdes som det første. Herunder er inddragelsen af medarbejderne – deres holdninger og egne rygevaner – særligt betydningsfuld.

Selve indsatsen skal med denne målgruppe være mere individuel end forventet af Møltrup, der startede ud i gruppeforløb og endte i individuelle. Fastholdelse i rygestoptilbuddet og efterfølgende rygestop understøttes af, at rygestoprådgiveren har sin daglige gang på forsorgshjemmet. Herudover er det ikke fundet nyttigt at kombinere de to målgrupper, medarbejdere og beboere, i en fælles rygestopindsats.

Mindske antallet af storrygere på social- og sundhedsuddannelserne v. Kræftens Bekæmpelse

Formålet var at reducere antallet af storrygere på Social- og Sundhedsskolen SOSU C, der er beliggende på tre matrikler i Brøndby, Gladsaxe og Herlev. Herudover var formålet at udvikle og afprøve rygestopmetoder, der kan anvendes på andre social- og sundhedsuddannelser.

Tilgang og metoder

Kræftens Bekæmpelse har arbejdet med hele skolen for at skabe en ”ikke-ryger-kultur”. Derfor er der metodisk arbejdet med følgende temaer:

- Ledelsens holdning til rygning
- Rygning synligt for elever på skolen
- Skolens regelsæt om rygning
- Tilstedeværelsen af indsatser, som henviser til rygestop
- Kulturen om rygning.

Kræftens Bekæmpelse afholdte møder med skolens ledelse, medarbejdere og elever. Ligeledes blev en gruppe af personalet uddannet som rygestoprådgivere.

Kampagnemateriale (plakater og postkort) blev anvendt til at påvirke holdningen til rygning blandt de studerende og til rekruttering til rygestoptilbud. Som specifikt rygestoptilbud blev såvel rygestop-events som gruppeforløb afprøvet. Rygestop-events var egentlig tænkt som rekrutteringsmetode, men pga. lav tilslutning til egentlige rygestopforløb blev rygestopindsatsen centreret omkring rygestop-events og brugen af XHALE¹⁴. En rygestop-event er fx en ”markedsdag”, hvor der tilbydes kuliltemålinger og viden om rygning – i skriftlige materialer og i samtaler.

Via interviews med de studerende blev det tydeligt, at XHALE i høj grad forudsætter, at de unge er motiverede til at foretage et rygestop, mens de unge på SOSU C i højere grad har brug for at blive motiverede. Der blev som følge af projektet udviklet et særligt ”område” i XHALE-programmet målrettet målgruppen, som ikke er motiverede for at stoppe med at ryge, hvor de kan ”lege” med deres rygning og fx blive klogere på, om de faktisk er afhængige og i hvilke situationer.

Samarbejde med andre aktører

For Kræftens Bekæmpelse har SOSU C været centrale samarbejdspartnere. SOSU C består af tre matrikler, men meget tidligt i forløbet meldte to af matriklerne fra pga. manglende ressourcer til at deltage.

¹⁴ XHALE er en app med et program til unge, der ønsker at blive røgfri eller blot vil vide mere om egen rygning, jf.

<http://xhale.dk/system/hvad-er-xhale/>.

Kræftens Bekæmpelse har i samarbejdet bl.a. brugt interviews som en inddragende metode ved møder med medarbejdere og elever. Herved har man fået indsigt i den del af skolekulturen, der vedrører rygning, og som man gerne vil påvirke.

Projektlederen understreger, at det at gå ind i en ny arena kræver en ihærdig, opsøgende indsats. Kræftens Bekæmpelse har skullet sætte 'rygestop' på en i forvejen omfattende dagsorden for skolerne. Samtidig er det erfaringen, at skolerne er en omskiftelig verden med eksempelvis stor medarbejderudskiftning. Kun én af syv uddannede rygestoprådgivere er stadig på skolen ved projektets afslutning.

”Når man skal ind på nye arenaer, så skal man have tæt kontakt, og du skal være meget opsøgende. De har meget – og rygning står nederst på deres liste” (projektleder ved slutmåling).

Ledelsen viser sig dermed at være en central målgruppe med en væsentlig ”gatekeeper”-funktion, når det gælder om at kunne iværksætte en indsats. Ledelsen var ikke tænkt som egentlig målgruppe ved projektets begyndelse, mens læringen er, at dette er nødvendigt.

Udbytte

SOSU C har vedtaget at være røgfrie matrikler, hvilket er et meget synligt og vigtigt resultat. Der har imidlertid ikke været den store søgning til egentlig rygestoprådgivning. Manglende rekuttering og fremmøde ved gruppeforløb har ført til, at man fokuserede på det motiverende arbejde via events og XHALE. Projektet medfører, at der på XHALE nu er udviklet et område særligt henvendt mod målgruppen af unge, der endnu ikke er motiverede til rygestop.



Fremmende og hæmmende faktorer

Skolernes rammer og holdningerne hos såvel ledelse som lærere til rygning på skolerne er tydeligt en udfordring i projektet. Dermed er der fundet et stort behov for at få ledelsen engageret og opnå, at ledelsen prioriterer rygning som indsatsområde. Rygestoprådgiverne på skolen har været meget engagerede, men demotiverede af det lave antal deltagere.

Projektlederen fremhæver herudover tilstedeværelsen af frivillige fra Kræftens Bekæmpelse og dermed synlighed på skolen som en vigtig, fremmende faktor for de opnåede resultater. Involvement af målgruppen beskrives herudover som fremmende i forhold til målretningen af metoden, fordi Kræftens Bekæmpelse via interviews opnåede indsigt i målgruppens tanker om rygning og samtidig til brug for tilpasningen af XHALE.

Opsummering

Rygestopinitiativet endte med i højere grad at omhandle rygekulturen på skolerne end egentlig rygestoprådgivning. Det er en central læring, at skolens ledelse må opfattes som en egentlig målgruppe, idet ledelsen fungerer som ”gatekeeper” i forhold til at sætte rygestopindsatser.

Ganske få har deltaget i egentlige rygestopforløb, men der er med projektet udviklet et område på XHALE målrettet målgruppen af ikke-motiverede unge.

Smøger? Nej tak! v. Udviklingshæmmedes Landsforbund

Formålet var at nedbringe rygning blandt borgere med udviklingshæmning. Målgruppen var i udgangspunktet udviklingshæmmede i botilbud og medarbejderne på samme botilbud. Dette ændrer sig til alene at have fokus på borgere med udviklingshæmning, uden at botilbuddet udgør rammen for indsatsen. En del af formålet var at udvikle og afprøve et materiale, der er tilpasset målgruppen.

Tilgang og metoder

Rygestopindsatsen skulle foregå i borgernes hjem og sammen med det personale, som kommer i deres hjem. Idéen med at have både medarbejdere og beboere som målgruppe var at skabe et fælles mål og mødes om en fælles udfordring, der ophæver den normale afgrænsning mellem de to grupper. Dette sigte ændrede sig som nævnt til alene at fokusere på borgere med udviklingshæmning, hvilket skyldtes, at det ikke som håbet lykkedes at opnå et samarbejde med botilbud.

Materialet til målgruppen er udviklet på baggrund af Kræftens Bekæmpelses gruppeforløb, og muligheden for at modtage tilskud til rygestopmedicin var en del af tilbuddet.

Udover et tilpasset materiale var tanken i projektdesignet at overføre ULF's erfaringer med 'brugervejledere' (peer-to-peer blandt mennesker med udviklingshæmning) til rygestopområdet med henblik på at bidrage til rekruttering og fastholdelse. Det har imidlertid været svært at rekruttere brugervejledere, hvorfor også dette er blevet en mindre del af indsatsen end tiltænkt.



Projektet har mødt store udfordringer i forsøget på at få et samarbejde med botilbud til borgere med udviklingshæmning. Projektlederen har svært ved at udpege baggrunden for de erfarede vanskeligheder med at opnå samarbejdet. Uden dette samarbejde er det heller ikke lykkedes at afprøve rygestopaktiviteter, hvor både medarbejdere i botilbud og beboere i botilbuddene deltager.

Det manglende samarbejde med botilbuddene har også påvirket rekrutteringen af udviklingshæmmede til rygestopforløb. Der er således alene gennemført ét forløb, og dette forløb er gennemført i ULF's egne lokaler i Vejle. Tilgangen er dermed ændret ved ikke at foregå i et botilbud og ved ikke at have både medarbejdere og borgere med udviklingshæmning

som deltagere.

Der er udviklet et tilpasset materiale til udviklingshæmmede. Materialet er hovedsageligt båret af illustrationer frem for skrift. Herudover er det meget praktisk orienteret med billeder af handlemuligheder som alternativ til at ryge. Deltagerne har hver sit "nøglebundt" af hjælpekort med billeder af alternativer til at ryge fx at sjippe som vist på billedet.

Der er lavet batches i forskellige farver, der viser, hvor langt den enkelte er i sit rygestopforløb. Når man har været med i et stykke tid, får man et 'sølv-batch', og hvis man en måned efter stadig er røgfri, får man et guld-batch.

Forløbet startes med et "ministop", hvor deltageren reducerer sit cigaretforbrug og langsomt går mod egentligt ophør. Til møderne taler man om, hvordan det går, og deltagerne hjælper hinanden til at finde alternativer og håndteringsstrategier, når trangen melder sig.

"Jeg lægger dem [cigaretterne] nogle gange ud i postkassen. Så er der langt at gå, og det er skide koldt" (deltager ved observation af mødegang).

På mødebordet står en glasvase, som deltagerne lægger glaskugler i for hver cigaret, de ikke har røget. Der er i det hele taget fokus på at synliggøre succeser og gøre indsatsen konkret.

Samarbejde med andre aktører

Materialet, som er tilgængeligt på ULF's hjemmeside, blev udviklet i samarbejde med Kræftens Bekæmpelse, en sundhedskonsulent fra Frederikssund Kommune og en pædagog fra et botilbud. Herudover har der været en følgegruppe, hvor der udover ovenstående har deltaget en sundhedskonsulent fra Køge Kommune.

Det var fra begyndelsen håbet, at 11 botilbud ville indgå som samarbejdspartnere, men dette er som nævnt ikke lykkedes.

"Jeg har mødt modstand hos personalet. Jeg ved ikke helt, hvad det går ud på" (projektleder ved slutmåling).

Udbytte

Det væsentligste resultat er, at der nu er udviklet og afprøvet et rygestopmateriale tilpasset borgere med udviklingshæmning.

Herudover er det vigtig viden, at personalegrupperne omkring borgere med udviklingshæmning er en selvstændig målgruppe i rekrutteringsarbejde. Personalet er "gatekeepers", og det kræver i lignende projekter et selvstændigt motivationsarbejde over for personalet, hvis disse skal medvirke i såvel rekrutteringen som støtten i fastholdelse af udviklingshæmmede borgere i rygestopforløb.

Fremmede og hæmmende faktorer

Personalets tilgang til udviklingshæmmedes rygestopforsøg har vist sig som en hæmmende faktor. Projektlederen og rygestoprådgiveren fortæller både om modstand i forhold til overhovedet at indgå i samarbejdet og mere konkret, når det drejer sig om at støtte de udviklingshæmmede borgere i deres arbejde frem mod at blive røgfri.

”N havde bedt om at få sine cigaretter låst inde, men så låste de [medarbejderne] bare uden videre op for ham, da trangen meldte sig” (projektleder ved slutmåling).

Projektlederen er klar over, at borgeren har ret til at få sine cigaretter, men havde ønsket sig, at medarbejderen havde spurgt til alternative handlemuligheder og henvist til ”Hjælpekortene” (jf. billede under metode).

Materialet og gruppedynamikken i det gennemførte forløb vurderes som fremmende. Ligeledes fremhæves rygestopmedicinen som en stor hjælp, men det kræver ofte, at personalet på bostederne hjælper borgeren med at anvende den korrekt.

Opsummering

ULF’s projekt har både haft en særligt sårbar målgruppe og en ny arena som sit afsæt. Dette har vist sig at være for ambitiøst, da det ikke som planlagt lykkedes at etablere et samarbejde med botilbuddene. Ved test i ét forløb synes projektet at have haft held med at skabe et tilpasset materiale og et forløb, der meget konkret støtter borgeren i ændring af adfærd. Der foreligger dog ikke egentlig dokumentation for ændret rygeadfærd.

Et friskt pust v. 3F

Formålet var at udvikle og afprøve metoder i rygestopaktiviteter til at rekruttere og fastholde kortuddannede, storrygende medarbejdere.

Tilgang og metode

Målgruppen var kortuddannede medarbejdere, som blev rekrutteret via deres arbejdsplads inden for brancherne transport, rengøring og industri. I projektet blev der udvalgt fem virksomheder – alle med mere end 100 ansatte. Disse virksomheder blev tilbudt følgende:

- Et motiverende kickoff-arrangement
- Gratis lungefunktionsmåling, rygestopforløb for alle ansatte (via Stoplinjen) og nikotinerstatning
- Tilbud om en personlig rygestopmakker
- Tilbud om et lokalt mad- og motionsforløb (tilføjet i løbet af projektet jf. beskrivelsen nedenfor).

En væsentlig baggrund for rekrutteringen var, at virksomhederne (via deres ledelse) i første omgang har indvilliget i at indgå i projektet. Herefter blev der afholdt møde mellem projektledelsen, virksomhedsledelsen og medarbejderrepræsentanterne i virksomheden. På hver arbejdsplads blev der efterfølgende uddannet 3-5 medarbejder-ambassadører. Disse ambassadører er blevet uddannet til at motivere deres kollegaer til at deltage i de oven for nævnte aktiviteter.

”Tanken var at få opbakning fra ledelsen på arbejdspladsen. ... [skabe] en kultur, hvor det er legitimt at tale om rygestop” (projektmedarbejder 3F).

Projektet havde to centrale greb til såvel rekruttering som fastholdelse af målgruppen: ledelsesmæssig opbakning i virksomheden og ambassadører blandt ligestillede kollegaer.

I såvel egen-evalueringen¹⁵ som i de interviews, evaluator har gennemført, fremstår lungefunktionsmålingen som en nyttig metode til at få kontakt til medarbejderne; en metode, der giver en konkret anledning til at formidle viden om rygestop. Herudover vurderer de interviewede i projektet, at de individuelle forløb hos Stoplinien, som er et nationalt, telefonisk rygestoptilbud, har fungeret godt over for målgruppen.

Samtidig vurderes det i projektet, at et bredere fokus på sundhed (ved at inkludere mad og motion) er et godt afsæt over for de kortuddannede og særligt, når det gælder om at motivere virksomheden til at deltage. Dette er en læring, der er opnået undervejs, og som fører til den ønskede udvidelse.

Samarbejde med andre aktører

3F samarbejdede med flere aktører i projektet. For det første har der været et tæt samarbejde med Lungeforeningen om events med måling af lungefunktionen og i denne forbindelse formidling af tilbud om rygestoprådgivning. Stoplinien stod for de individuelle rygestopforløb, ligesom der har været indkøbt ekstern bistand til undervisning af ambassadører. Undervisningen omhandlede den motiverende samtale, VBA-metoden og det at påtage sig rollen som ”den gode ambassadør”.

Hos 3F understreges det, at samarbejdet mellem 3F, Lungeforeningen, Stoplinien og arbejdspladserne har været givtigt i forhold til, at de forskellige aktører bidrager med forskellige kompetencer. Specifikt nævnes det, at der med samarbejdet med Lungeforeningen og Stoplinien opnås en god balance, hvor de to aktører med erfaring i tobaksforebyggelse anvender kendte redskaber i en ny kontekst – frem for at både indhold, arena og aktør er ny.

Udbytte

Ifølge projektets evaluering fik 66 pct. af de i alt 629 medarbejdere foretaget en lungefunktionsmåling. 64 medarbejdere blev ved disse events motiverede til at deltage i et rygestopforløb. Herudover blev 13 medarbejdere motiverede via parallellforløbet om kost og motion. I alt deltog 77 medarbejdere i et rygestopforløb hos Stoplinjen, og 19 af disse rygere er røgfrie efter 6 måneder.

”Jeg er en af de der mænd, som ikke kommer til lægen. Det, at lungeforeningen var her – og at jeg blev sendt videre – det har gjort en forskel. Det er jo træls at få diagnosen KOL, men det er jo også træls ikke at have den luft, man synes, der burde være” (ambassadør og deltager ved slutmåling).

¹⁵ Gennemført af COWI

Halvdelen af de rygere, der fik foretaget en lungefunktionsmåling, indgik desuden i et makkerskab til fastholdelse af motivation. Rygestopmakkeren skulle bakke op, når det er svært at fastholde beslutningen om rygestop. Rygestopmakkeren kunne være en kollega, god ven eller ægtefælle.

En af ambassadørerne påpeger i det afsluttende interview, hvorfor arbejdspladsen som arena er nyttig for medarbejdere med skiftende arbejdstider.

*”Vi har skiftende arbejdstider, så det kommunale tilbud har ikke rigtig fungeret, fordi de kurser ligger i dagtimerne. Og folk gider ikke køre efter det”
(ambassadør ved slutmåling).*

Fremmende og hæmmende faktorer

Opbakningen fra virksomhedens ledelse og brugen af ambassadører vurderes som fremmende. Det har imidlertid også været en krævende proces at få virksomhedernes ledelser med. I processen fremkom ønsket om et bredere sundhedsmæssigt sigte end blot rygning, hvilket i sig selv er positivt, men udvidede projektets aktiviteter.

Herudover påpeges det som fremmende, at Stoplinien ringede borgeren, der ryger, op – og ikke omvendt – samt at Lungeforeningens erfarne medarbejdere har stået for de rekrutterende events og lungefunktionsmålinger på arbejdspladserne.

Opsummering

Vores vurdering er, at det er lykkedes at implementere en model til at rekruttere borgere, der ryger, til rygestopforløb med arbejdspladsen som arena. Samtidig synes brugen af ambassadører og makkerskaber at være nyttige redskaber til at fastholde målgruppen i et rygestopforløb. Samarbejdet med erfarne aktører inden for rygestop – Stoplinien og Lungeforeningen – vurderes som fremmende for projektet. Samtidig er lungefunktionsmålingen som konkrete anledninger til samtaler med borgere, der ryger, fremmende for rekrutteringen og videnformidlingen. Med projektet er der også opnået rygestop og rygerreduktion.

Rygestop – en ny start v. LOF

Formålet med projektet var at supplere de kommunale tilbud ved at tilbyde et ikke-offentligt tilbud, hvor der samtidig er mulighed for at sluse deltagerne over i andre aktiviteter i regi af aftenskolen LOF. Projektet havde særlig fokus på udvalgte boligområder med socialt udsatte, men udbød også helt generelt rygestopkurser via LOF's kursuskatalog.

Projektet har desværre været underlagt interne, omskiftelige forhold i LOF, hvilket har ført til, at aktiviteterne ikke er dokumenteret i tilstrækkelig grad til at kunne vurderes. Nedenstående beskrivelser skal læses med dette forbehold in mente.

Tilgang og metode

Deltagerne blev rekrutteret bl.a. via LOF's sædvanlige kursuskatalog. Herudover blev der uddelt foldere i udvalgte boligområder, og der blev forsøgt rekruttering ved trælaster, håndværker-

virksomheder og lignende med henblik på at rekruttere mænd. Der var dermed to rekrutterings-tilgange; den brede, hvor folk henvender sig af sig selv, og den målrettede, hvor LOF går mere direkte ud i samarbejde med boligsociale medarbejdere og rekrutterer.

Jeg fandt kurset i LOF-bladet. Jeg kiggede egentlig efter sprogkurser, men faldt over en dobbeltside om det her (deltager).

Rygestopforløbet indeholdte seks mødegange, hvoraf de første tre er motiverende og før et egentligt rygestop. Gruppeforløbene tog afsæt i Kræftens Bekæmpelses materialer og Sundhedsstyrelsens rygestopguide.

”Det er rigtig godt at have tre gange før rygestop, således at motivationen er helt klar. For folk kan godt have et ønske om at stoppe, men så pludselig bliver det en realitet, når det nærmer sig stopdatoen. Der skal være noget tilvænning” (rygestoprådgiver, LOF).

LOF’s rygestoprådgiver kontaktede deltagerne via personlige sms’er forud for møderne for at fastholde deltagelsen. Herudover blev der lagt op til opfølgende aktiviteter, fx at lave mad sammen, meditation, yoga eller løbetræning for at fastholde et rygestop efter endt forløb.

”Underviseren skriver sms’er til os alle og spørger, hvordan det går. Det er rigtig dejligt” (deltager).

Der blev ikke tilbudt gratis rygestopmedicin, men deltagerne blev introduceret til de forskellige muligheder.

En af LOF’s rygestoprådgivere beskriver, at grupperne i boligområderne var væsentligt mindre end i de forløb, hvor der rekrutteres bredt. Deltagerkredsen var også langt mere ressourcestærk i de bredt rekrutterede forløb.

Underviseren vurderer, at der er en bedre dynamik på store hold. Hun henviser til et positivt gruppepres, mens der i de mindre grupper lettere bliver en nærhed, der giver mulighed for at fortabe sig i hinandens udfordringer.

”Den store forskel er, at det er i en gruppe. Jeg ringede til LOF og sagde, at jeg ikke kunne klare det selv, og tilmeldte mig. Det er godt, at man er sammen om noget, og der er et fællesskab omkring det” (deltager).

Samarbejde med andre aktører

Projektet er ansøgt med afsæt i kommunerne Helsingør, Allerød, Hillerød, Fredensborg, Hørsholm og Halsnæs. Der har været samarbejde med alle kommunerne, men i varierende grad. I nogle af kommunerne drejede samarbejdet sig om, at kommunen kunne henvise til LOF's tilbud, andre hjalp med at udpege de relevante boligområder, og nogle indgik i et mere tæt samarbejde om at målrette rygestopforløb til eksempelvis social- og sundhedsmedarbejdere.

Der er også opnået konkret samarbejde med enkelte boligområder.

Udbytte

Der er ikke fulgt systematisk op på resultaterne i projektet. Vi ved, at der er gennemført fem forløb i 2015. Ifølge projektlederne er der også gennemført forløb i både 2016 og 2017, men uden at dette kan dokumenteres eller specificeres i et eksakt antal.

Projektlederen påpeger ved afslutning, at det væsentligste resultat er, at LOF som oplysningsforbund har fået rygestoprådgivningen med i sin vifte af tilbud til borgerne samt høstet erfaringer med målrettet rekruttering i boligområder.

Fremmende og hæmmende faktorer

LOF har haft interne udfordringer med bl.a. flere skift i skoleledelsen. En væsentlig erfaring for LOF er, at med projekter over flere år er det vigtigt, at flere personer involveres, så sårbarheden mindskes, og fleksibilitet opnås.

Opsummering

LOF's projekt er vanskeligt at vurdere samlet pga. den manglende opsamling og systematik i opfølgningen på deltagere og aktiviteter.

Øget rekruttering af storrygere til effektive rygestoptilbud i Køge og resten af landets kommuner v. Kræftens Bekæmpelse

Formålet var at etablere et samarbejde med landets kommuner, sådan at kommunale sundhedskonsulenter og rygestoprådgivere samarbejder med frivillige fra Kræftens Bekæmpelse om at rekruttere til de kommunale rygestoptilbud og sammen videreudvikle eksisterende tilbud og rekrutteringsmetoder

Tilgang og metode

Målet var at opspore storrygere, som hidtil har været svære at nå. Derfor blev der rekrutteret til projektet uden for de gængse kanaler i et forsøg på at nå rygerne de steder, hvor de færdes i deres dagligdag. Projektet havde også fokus på at afprøve en bredere markedsføring end hidtil.

”Vi har brugt den lokale avis og den lokale radio (...), vi har også haft en case med en ryger, der var på kursus, som blev fulgt af en journalist under rygestopforløbet. Jeg tror, det slog mere igennem end materialet på kommunens hjemmeside” (projektleder ved midtvejsevaluering).

Projektet havde fokus på samskabelse og medindflydelse, og der var derfor også igangsat flere forskellige initiativer undervejs. Det mest succesfulde initiativ, som startede i Køge Kommune

og siden er blevet udbredt til andre kommuner, er rygestopforløb, hvor man implementerer et element af konkurrence. Helt konkret samler man flere rygestophold i ét lokale, og holdene konkurrerer så om flest røgfrie dage ved forløbets afslutning. Undervejs modtager holdene både fælles og holdvis undervisning.

Af andre initiativer kan nævnes en sundhedsaften i Fitness World med tilbud om efterfølgende rygestop i fitnesscenteret og et rekrutteringsinitiativ på et bankospillested. I begge tilfælde var rekrutteringen meget begrænset. I projektets afsluttende evalueringsrapport nævnes konkret ét enkelt individuelt forløb på baggrund af samarbejdet med Fitness World.

Samarbejde med andre aktører

Helt centralt for projektet er, at Kræftens Bekæmpelse fra begyndelsen indgik et samarbejde med Køge Kommune. Dette samarbejde skulle fungere som pilotprojekt det første år, inden metoden blev bredt ud til andre kommuner. Køge Kommune var allerede inden projektstart en erfarne aktør inden for rygestop.

De primære kommunale samarbejdspartnere i projektet var Køge Kommunes tobakskoordinatorer, sundhedskonsulenter og rygestoprådgivere på den ene side, og projektledere, områdekonsulenter og frivillige i Kræftens Bekæmpelse på den anden side.

Udbytte

Projektet har vist udbytte på flere niveauer.

Samlet set har projektet kontaktet 60 kommuner, hvor kontakten dog varierer fra fremsendelse af e-mails med invitation til samarbejde og telefonisk opfølgning til kommunal interesse udvist under fælles møder. Variationen gør det vanskeligt at gennemskue, hvor langt projektet er i de konkrete kontakter med kommunerne, men uanset variationen har projektet ikke nået sit mål om at etablere kontakt til 78 kommuner.

Et andet væsentligt resultat er udviklingen og udbredelsen af konkurrencemodellen, som har øget opmærksomheden på rygestop hos en gruppe borgere, som ellers har været svære at nå. I Køge har man nu kørt fire runder med konceptet, og her oplever man en stigende interesse for konceptet. Udover Køge Kommune er konceptet udrullet i Rødovre og Syddjurs kommuner.

Projektets direkte effekt på rygestop vurderes i slutevalueringen positivt. Det vurderes også, at målsætningerne er nået. Ifølge slutevalueringen er der via Rygestopbasen registreret 5.129 deltagere i 2014, 8.639 (2015) og 9.277 (2016) på landsplan som følge af projektets samlede aktiviteter.

I de tre kommuner, hvor konceptet er udrullet (Rødovre, Syddjurs og Køge kommuner), er 202 (72 pct.) røgfrie ved kurssets afslutning. Disse tal kan dog ikke alene tilskrives projektet.

Fremmende og hæmmende faktorer

En hæmmende faktor for processen er, at langt fra alle de kommuner, som Kræftens Bekæmpelse har været i kontakt med, er vendt tilbage med et ønske om samarbejde. Det har været sværere end forventet at etablere samarbejde med et bredt udsnit af kommuner. En af årsagerne er, at mange kommuner allerede er engageret i andre samarbejder om rygestop og derfor ikke ønskede at blande flere initiativer sammen.

Det er en læring i projektet, at etablering af samarbejdsrelationer til kommunerne kræver meget tid. Samtidig var det ikke tydeligt, hvordan samarbejde mest hensigtsmæssigt opnås, og om der er én metode til dette. Det er erfaringen, at tillid og samarbejdsinteresse ikke etableres på baggrund af et enkelt møde, men skal følges op og etableres over tid. Der er i forlængelse heraf brugt flere mandskabstimer på at etablere samarbejder end forventet.

En fremmede faktor for projektet var, at indsatsen kan tilpasses den enkelte kommune.

”De kommunale medarbejdere har rigtig travlt. Det skal komme ind og virke som en hjælp til de allerede eksisterende tilbud og ikke som et ekstra projekt. Vi skal sætte os ind i de eksisterende tilbud” (projektleder ved midtvejsevaluering).

I de deltagende (Rødovre, Syddjurs og Køge) kommuner har Kræftens Bekæmpelse forsøgt at bruge den faglighed og de initiativer, der allerede var til stede – både for at imødekomme de kommunale arbejdere og for at hjælpe processen på vej ved at bygge ovenpå det, der allerede er.

Opsummering

Projektet viser, at det kan åbne muligheder for kommunerne at lade frivillige bistå ved rekrutteringen til rygestopforløb. Samtidig er det en læring, at mange kommuner har eksisterende samarbejdsaftaler og dermed ikke behov for yderligere at indgå samarbejde med en frivillig organisation.

Det er herudover et fund, at et konkurrenceelement integreret i rygestopforløb kan motivere og fastholde rygere i et rygestop. Og opleves som motiverende for rygestoprådgivere.

Opsamling og konklusion på organisationspuljen

Projekterne i organisationspuljen er som forventet meget forskellige, men alle har gjort sig nyttige erfaringer, og projekterne har som ønsket ført til udvikling af nye metoder i rygestopindsatsen. Den meget varierende datamængde og kvalitet gør det ikke muligt at udlede effekter eller analysere på tværs af projekterne.

Der ligger nye materialer til brug for rygere med udviklingshæmning, XHALE er tilpasset, så det i højere grad skaber indsigt i rygevaner og motiverer til rygestop, et koncept til rekruttering og gennemførelse af rygestop på arbejdspladsen er udviklet og ligeledes et koncept til rygestop blandt udsatte borgere. Puljens formål, at udvikle nye metoder, der supplerer og understøtter de aktiviteter relateret til rygning, der foregår i det kommunale og regionale sundhedsvæsen, vurderes dermed opfyldt.

Det ses i flere af projekterne, at det er nyttigt at brede indsatsen ud, så de ikke alene omhandler rygestop, men ligeledes inddrager arbejdet med kultur og struktur. Et mere omfattende sigte er til eksempel en helhedsorienteret indsats mod rygning, som det bl.a. ses på Møltrup Optagelseshjem og i Kræftens Bekæmpelses samarbejde med SOSU C. Der er dog også flere steder, hvor

det bredere sigte omhandler inddragelse af motion og sundhed mere generelt, fx når virksomhederne skal åbne deres arbejdspladser for et rygestoptilbud som afprøvet af 3F.

Tværgående viser evalueringen, at i indsatser over for borgere, der ryger og samtidig indgår i sociale tilbud (såsom botilbud, væresteder, forsorgshjem), er det vigtigt at indtænke frontpersonalet i disse tilbud som væsentlige ”gatekeepers”. I tilgangen til dette personale kan det være nyttigt at være forberedt på, at der kan være skepsis og egentlig modstand, som skal imødegås.

Ligeledes viser evalueringen på tværs af projekterne, at når rygestopindsatsen gennemføres via nye arenaer, er det en fordel at etablere et samarbejde mellem aktører, hvor en part kan åbne dørene til nye arenaer, mens en anden part har stor erfaring med gennemførelsen af rygestoptilbud. Dette ses positivt i 3F’s samarbejde med Lungeforeningen og Stoplinien, mens Kræftens Bekæmpelse i arbejdet med social- og sundhedsuddannelser formentlig kunne have draget nytte af en samarbejdspartner fra fagområdet (inspireret af 3F kunne FOA have været en sådan partner) til at ”åbne dørene” til skolerne og deres ledelse.

Konklusionen er dermed på tværs af de syv projekter, at projekterne har bidraget med konkrete nye metoder og ny viden om gennemførelse af rygestopinitiativer over for specifikke målgrupper, som de kommunale sundhedstilbud kan have vanskeligt ved at nå.

5. Metode og datagrundlag

Det følgende kapitel beskriver de metoder og datakilder, der er anvendt i evalueringen. Evalueringen er baseret på flere datakilder.

KOMMUNEPULJEN

- Projektlederinterview af tre omgange. I alt 27 interview
- Data fra Rygestopbasen
- Kommunernes egendokumentering af elektroniske henvisninger
- Fem dybdegående casebesøg med:
 - 4 interviews og 1 fokusgruppe med repræsentanter fra hospital
 - 3 interviews med repræsentanter fra almen praksis
 - 4 interviews med rygestoprådgivere
 - 5 interviews med rygestopdeltagere
 - 5 interviews med projektledere og 2 fokusgrupper med projektgrupper
 - 4 interviews med kommunal ledelse f.eks. projektejer eller styregruppe
 - 1 observationsstudie af henvisningspraksis

ORGANISATIONS-PULJEN

- Projektlederinterview af tre omgange. I alt 21 interview
- Statusrapporter fra projekternes egendokumentation og - evaluering
- 4 dybdegående casebesøg, herunder:
 - 4 interviews med projektledere
 - 3 interviews med rygestoprådgivere
 - 6 interviews med rygestopdeltagere og 4 i fokusgruppe
 - 2 observationsstudier af rygestopkurser

De forskellige datakilder supplerer hinanden i analysen sådan, at viden fra hver kilde så vidt muligt kvalificeres af viden fra de andre kilder. Denne tilgang styrker analysen, da genstandsfeltet belyses fra flere sider. I det følgende beskrives de kvantitative og kvalitative datakilder, og dernæst udfoldes de analytiske greb, vi har anvendt i processen.

5.1 Kvantitativt data

Kommunerne har dokumenteret, hvor mange elektroniske henvisninger til rygestop, der er kommet fra hospital og almen praksis, samt andre typer af henvisninger fra andre kommunale enheder, apoteket mv. Oxford Research har stillet et registreringsværktøj til rådighed for kommunerne.

Data vedrørende rygestopforløb (deltagere, gennemførte, rygestop ved kursusafslutning og 6 måneders opfølgning) er trukket fra Rygestopbasen den 02.01.2018.

Følgende deltagere er inkluderet i analyserne:

- Alle forløb, der er kommunale indsatser i de kommuner, der er en del af Storrygerpuljen fra den 01.01.2014 til og med 31.12.2017.

- Alle forløb under Storrygerpuljen med startdato fra den 01.12.2014 til og med den 31.12.2017 efter specifik aftale med det enkelte projekt
- Alle i alderen 18+
- Alle med et tobaksforbrug på mindst 15 gram om dagen (storrygere)
- Rygestopbasen er en levende database, og alle indtastninger der bliver foretaget efter tidspunktet for trækningen af data til denne rapport, indgår ikke i datasættet. På samme måde vil opfølgninger, der er foretaget efter trækning af data til rapporten ikke figurere i datasættet.
- Til analysen af rekrutterede storryger jf. afsnit 3.5 er tallene for 2014 behæftet med en vis usikkerhed, da ikke alle kommuner registrerede storrygere.

5.2 Kvalitativt data

En stor del af datagrundlaget for analysen er dybdegående interview med forskellige aktører på organisationspuljen og kommunepuljen. På begge puljer er interview med projektledere på projekter, som ikke var udvalgt til casebesøg gennemført telefonisk. I forbindelse med casebesøg på begge puljer er der gennemført 9 telefoninterview, og 31 interview er gennemført *on site*. I forbindelse med casebesøg har vi også suppleret med observationsstudier af gruppeforløb på organisationspuljen og henvisningspraksis på kommunepuljen.

Interview

Informanterne er udvalgt med fokus på at få en faglig spredning på tværs af faggrupper og roller på projekterne. Det vil sige, at vi har interviewet både ledere, praktikere og brugere af tilbudene, ligesom vi på kommunepuljen både har interviewet kommunale aktører og repræsentanter fra hospital og almen praksis. Informanterne er desuden udvalgt ud fra en søgen efter *good practice*. Det vil sige, at vi eksempelvis har prioriteret at interviewe repræsentanter fra hospitaler på de projekter, som har haft et succesfuldt samarbejde mellem kommune og hospital.

Alle interview er blevet gennemført med en semistruktureret interviewguide tilpasset den pågældende informants rolle i projektet. Tilgangen sikrer, at interviewene berører ønskede temaer, samtidig med at informanterne har frihed til at komme omkring deres specifikke erfaringer og særlige viden. Interviewguiderne er primært bygget op om *faktuelt-episodiske* spørgsmål, hvor informanten bliver bedt om at huske tilbage og gengive eksempelvis beslutningsprocesser og etablering af samarbejdsrelationer. På den måde har vi fået indblik i processerne på projekterne, og hvilke kritiske faktorer projekterne har mødt undervejs. Enkelte spørgsmål i guiderne har mere *hypotetisk* karakter, hvor projektledere eksempelvis er blevet spurgt om, hvordan de forestiller sig, at samarbejdet ser ud om 5 år. De hypotetiske spørgsmål har været med til at afdekke projekternes forankring.

Observationer

Observationsstudierne på organisationspuljen har været struktureret efter en observationsguide, som har haft fokus på tre temaer: de fysiske rammer, stemning og selve undervisningen. Observationerne har bidraget med indsigt i den faktiske formidling og interaktion mellem rygestoprådgiver og deltagere. Observationsnoterne er i analysen brugt til casebeskrivelserne, hvor de supplerer interviewene.

5.4 Analytiske greb

Datakilderne er blevet systematisk bearbejdet i den analytiske proces. Herunder beskrives de overordnede metoder til bearbejdning.

Vi har skrevet et fyldigt interviewreferat ved alle interview, og interviewene også blevet optaget på diktafon. På den måde har det været muligt at vende tilbage til de enkelte interview. Alle interview er desuden sendt til godkendelse hos informanterne for at sikre overensstemmelse mellem informanternes og vores forståelse af det sagte og dermed højne validiteten af data.

Kodning har været den overordnede analytiske metode til at bearbejde det omfangsrige interviewmateriale. Kodningen er foretaget i databehandlingsprogrammet NVivo, som giver mulighed for at kategorisere tekst på tværs af interview og lave søgninger i hele interviewmaterialet.

Til kodningsprocessen har vi udarbejdet et kodetræ. Kodetræet er opbygget omkring centrale tematikker som eksempelvis VBA, tilskud til rygestopmedicin og rekruttering. For hvert tema har der desuden været underkoder, der har sat fokus på beskrivelser af praksis, succeser og udfordringer. Kodningen har sikret systematik i analysen og har givet os et overblik over de mange interview. Det har givet mulighed for at fokusere ind på et specifikt tema på tværs af alle de gennemførte interview og identificere tendenser og opdage nuancer inden for hvert enkelt tema.

Den analytiske proces er desuden kvalitetssikret gennem løbende teammøder, hvor vi har erfaringsudvekslet og vendt analytiske pointer med hinanden.