



– partnerskab  
for sundhed

# Initiativer over for rygning

Forebyggelsespolitiske synspunkter fra Lægemiddelindustriforeningen



Ingen danskere skal leve kortere eller have nedsat livskvalitet på grund af forebyggelige sygdomme.

# Indholdsfortegnelse

<b>Resumé og anbefalinger</b>	<b>2</b>
<b>Del 1: Dokumentation</b>	<b>4</b>
2.1 Rygningens omfang	4
2.2 Rygning og social ulighed	4
2.3 Hvorfor skal vi sætte ind over for rygning?	4
2.4 Dødelighed og sygelighed som følge af rygning i Danmark	6
2.5 Hvad bør vi gøre? Regulering og hjælp til rygestop	6
2.5.1 Regulerende tiltag	7
2.5.2 Tiltag vedrørende hjælp til rygestop	8
<b>Del 2: Anbefalinger</b>	<b>10</b>

Tobak er det eneste fuldt lovlige produkt i fri handel, **som dræber halvdelen af brugerne;** vel at mærke når det anvendes efter forskrifterne!  
*Gro Harlem Brundtland, WHO*

## Resumé og anbefalinger

Tobaksrygning har så alvorlige sundhedsmæssige og økonomiske konsekvenser, at der er behov for en langt mere markant indsats for at reducere rygning, og der bør være et langt større fokus på hjælp til rygestop. Rygning er ubetinget den enkeltfaktor, der har størst indflydelse på folkesundheden. På verdensplan dræber rygning årligt, hvad der svarer til Danmarks befolkning, ca. 5,4 millioner mennesker. I Danmark dør mindst 14.000 mennesker hvert år af tobaksrøg, og rygning koster det danske samfund over 30 mia. kr. om året.

Over 23 % eller 1,1-1,2 mio. danskere er rygere. For en stor del fører rygning til nikotinafhængighed, der er defineret som en sygdom i den internationale sygdomsklassifikation fra WHO.

Andelen af nikotinafhængige rygere er stærkt stigende, eftersom andelen af storrygere stiger. Amerikanske tal anslår, at helt op imod 75 % af de nuværende rygere er nikotinafhængige, og at det er de mindre afhængige rygere, der er holdt op med at ryge. Samtidig er der en markant og stigende social ulighed i sundhed i forhold til rygning. Disse forhold stiller særlige udfordringer til den fremtidige indsats over for rygning.

Aktuelle tiltag som informationskampagner, afgifts- og prisforhøjelser og udbredelse af røgfri miljøer bør fortsætte, men kan ikke stå alene. Baseret på de dokumenterede erfaringer vil disse tiltag sandsynligvis kun reducere rygeprævalensen til omkring 20 %.

Lif mener, at alle rygere, der ønsker at stoppe, skal tilbydes relevante og effektive rygeafvænningsstilbud.

Det er dokumenteret, at rygeafvænnning bestående af både rådgivning og brug af rygestopmedicin kan fordoble eller tredoble chancerne for rygestop. Danske kliniske guidelines om rygeafvænnning skal ajourføres i tråd med samme guidelines i USA, Australien og Storbritannien. Det skal sikre, at sundhedspersonalet til stadighed gør brug af den nyeste viden på området, herunder tilbyder rygestopmedicin som en integreret og effektiv del af rygeafvænningsstilbuddet, især til den voksende gruppe af nikotinafhængige rygere. For at tilskynde til rygeafvænnning, også blandt de socialt dårligst stillede, bør der indføres medicintilskud til rygestopmedicin til rygere, der ønsker at holde op.

Sundhedspersonale, og især alment praktiserende læger, bør ved enhver relevant patientkontakt spørge til patientens rygestatus. Hvis patienten er ryger, bør sundhedspersonalet opfordre til rygestop og indlede dialog om rygeafvænnning. I 2007 gennemførte alment praktiserende læger næsten 800.000 aftalte forebyggelseskonsultationer, og hele 84 % af danskerne finder

” Lif mener, at alle rygere, **der ønsker at stoppe**, skal tilbydes relevante og effektive rygeafvænningsstilbud.

det naturligt, at deres læge spørger om rygevaner. Der er således et rigtig godt udgangspunkt for en systematisk indsats for rygeafvænnning i almen praksis.

Der er ingen tvivl om, at gennemførelse og systematisk anvendelse af de anbefalede tiltag vil bevirke, at ophørsraten øges markant. Lif finder det realistisk, at tiltagene samlet set vil kunne realisere et mål om en rygeprævalens i Danmark på omkring 15 % i den voksne del af befolkningen mod 23,2 % i dag.

Dette vil i sidste ende medføre færre rygerelaterede dødsfald, bidrage til en stigning i middellevetiden og mindske den sociale ulighed i sundhed. Samtidig vil samfundet og sundhedsvæsenet spare betragtelige ressourcer, der ellers skulle være gået til behandling af rygerelaterede sygdomme, sygedagpenge, mistet produktion i samfundet osv. En markant forstærket indsats – også ressourcemæssigt – til øget hjælp til rygeafvænnning, vil derfor hurtigt kunne tjene sig hjem.

# Del 1:

## Dokumentation

### 2.1 – Rygningens omfang

Ifølge den seneste Rygevanerundersøgelse fra 2008 ryger godt 23 % af danskerne over 12 år dagligt, dvs. ca. 1,1-1,2 mio. mennesker<sup>1</sup>. Næsten 1/3 af alle voksne danske mænd ryger dagligt<sup>2</sup>, og knap 19 % eller næsten hver femte voksne mand er storryger<sup>3</sup>. Hos kvinderne udgør andelen af dagligrygere omkring 28 %, og knap 15 % er storrygere. Samtidig vokser den andel af rygerne, der er storrygere.

I sammenligning med andre lande er rygeprævalensen<sup>4</sup> i Danmark forholdsvis høj for både mænd og kvinder. Kun England overgår os i forhold til kvinderne, mens vi kun overgås af England, Tyskland og Frankrig i forhold til mændene. I lande som Sverige (19,6 % M/24,5 % K), Finland (31,8 % M/24,4 % K), USA (26,3 % M/21,5 % K) og Australien (27,7 % M/21,8 % K) er der færre rygere i befolkningen, hvilket dog for Sveriges vedkommende især forklares ved, at 20 % af de svenske mænd bruger snus<sup>5, 6</sup>.

### 2.2 – Rygning og social ulighed

I Danmark er tobaksrygning den altoverskyggende årsag til social ulighed i sygdomsbyrde<sup>7</sup>. Hvis rygning ophørte, ville knap halvdelen af den sociale ulighed i sundhed og sygelighed i Danmark være elimineret. Over de sidste 20 år er andelen af dagligrygere faldet i alle uddannelsesgrupper, men faldet har været størst blandt de højest uddannede. Derfor er den sociale ulighed i sundhed forøget i forhold til rygning. Dertil kommer, at andelen af storrygere har været i vækst, og med en indbygget social skævhed.

Halvdelen af rygerne vil gerne stoppe med at ryge – det gælder også de socialt dårligst stillede. Men for sidstnævnte gruppe gælder det også, at langt færre søger hjælp hos læge eller andet sundhedspersonale for at få hjælp til deres rygestop<sup>8</sup>. Dette bidrager til at forstærke den sociale ulighed i rygning.

### 2.3 – Hvorfor skal vi sætte ind over for rygning?

Tobak er i dag det eneste lovlige forbrugsprodukt, som ved helt normal brug slår mange af brugerne ihjel. Verdenssundhedsorganisationen (WHO) har udpeget tobak som "den førende dødsårsag, der kan forebygges, i den vestlige verden"<sup>9</sup>. Tobak er samtidig en fælles risikofaktor for de otte udvalgte folkesygdomme, som regeringen prioriterede i Folkesundhedsprogrammet fra 2002<sup>10</sup>.

Halvdelen af alle rygere vil udvikle og dø af en rygerelateret sygdom<sup>11</sup>. Sygdommene vil udvikle sig over tid efter rygestarten, men vil allerede udgøre en risiko for rygeren efter 2-5 år og vil være fuldt udviklet 20-30 år efter, at den første pakke er røget. Men det nytter at holde op med at ryge – tidligt rygeophør omsættes nemlig til hurtig forbedring af helbred og restlevetid<sup>12</sup>. Allerede et år efter rygeophør er risikoen for hjertekarsygdom halveret, og efter 5 år er risikoen for apopleksi (blodprop i hjernen) faldet til niveauet for en person, der ikke har røget.

For en stor del af rygerne fører rygning til nikotinafhængighed, der er defineret som en sygdom i den internationale sygdomsklassifikation fra WHO (F17.2)<sup>13</sup>. Andelen af nikotinafhængige rygere<sup>14</sup> – og dermed syge – er stærkt stigende, eftersom andelen af storrygere stiger<sup>15</sup>. Amerikanske tal anslår, at helt op imod 75 % af de nuværende rygere er nikotinafhængige, mens det er de mindre afhængige rygere, der er holdt op<sup>16</sup>. Mange af dagens rygere er således i en sygdomstilstand alene af den årsag, at de ryger.

På verdensplan dræber rygning årligt, hvad der svarer til Danmarks befolkning ca. 5,4 millioner mennesker. Undersøgelser har vist, at rygning koster det danske samfund op mod 30 mia. kr. om året, og at det hvert år forårsager 149.000 sygehusindlæggelser, 2,8 millioner ekstra fraværsdage og 4.900 tilfælde af førtidspension<sup>17, 18</sup>.



1. "Rygevanundersøgelsen 2008", Sundhedsstyrelsen, Kræftens Bekæmpelse, Danmarks Lungeforening og Hjertereforeningen.
2. "Sundhed og sygelighed i Danmark 2005 & udviklingen siden 1987", Statens Institut for Folkesundhed, 2006.
3. Storrygere ryger dagligt 15 eller flere cigaretter.
4. Antallet af rygere i forhold til en afgrænset befolkningsgruppe, fx i forhold til det samlede antal kvinder over 12 år i Danmark.
5. Tobacco Atlas Online (<http://www.tobaccoatlas.org/>).
6. "Falling prevalence of smoking: how low can we go?" af Chapman, Editorial Tobacco Control 2007;16:145-7.
7. "Den tunge ende – Sandheden om ulighederne og uretfærdighederne i den danske sundhed", kapitel 1: "De sociale forskelle i sundhed" skrevet af Diderichsen og Curtis, Dagens Medicin Bøger, 2008.
8. "Smoking reduction intervention in a large population based study. The Inter99 study" af Pisinger et al, 2004
9. "The World Health Report 2003. Shaping the future", The World Health Organization, Geneva, 2003.
10. "Sund hele livet – de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-2010", Regeringen, september 2002.
11. "WHO report in the global tobacco epidemic, 2008. The MPOWER package", The World Health Organization, Geneva, 2008.
12. "Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors", Doll, Peto, Boreham, Sutherland, BMJ, 2004;328:1519.
13. "F17.2 Tobacco Dependence Syndrome – nicotine dependence", The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders, World Health Organization, Geneva, 1992.
14. Målt ved Fagerstrøm-scoren.
15. "Rygevanundersøgelserne 2007 og 2008" fra Sundhedsstyrelsen, Kræftens Bekæmpelse, Danmarks Lungeforening og Hjertereforeningen.
16. "Today's Smokers More Addicted to Nicotine", Reinberg, U.S. News and World Reports. October 28, 2008.
17. "Livstidssundhedsmkostninger for rygere og aldrig rygere", DSI Institut for Sundhedsvæsen, december 2004. I rapporten er de årlige omkostninger for det danske samfund forbundet med rygning opgjort til 26,3 mia. kr. i 2003 priser.
18. "Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark", Juel, Sørensen, Brønnum-Hansen, Statens Institut for Folkesundhed, København, juni 2006.

For en kræftform (lungekræft, red.) hvor forekomst og dødelighed er stort set sammenfaldende, og hvor langt størstedelen kan forbygges ved en indsats mod tobaksrygning, passiv såvel som aktiv rygning, kan det virke **uforsvarligt ikke at prioritere en bred vifte af forebyggelsestiltag** (lovgivning, information, støtte til rygestop m.fl.) *Statens Institut for Folkesundhed, 2007*

## 2.4 – Dødelighed og sygelighed som følge af rygning i Danmark

Både blandt KRAM-faktorerne (KostRygningAlkoholMotion) og blandt andre risikofaktorer for folkesundheden, som f.eks. forhøjet blodtryk, uddannelsesniveaue og sociale relationer<sup>19</sup>, er rygning ubetinget den enkeltfaktor, der har størst indflydelse på folkesundheden:

- Mindst 14.000 danskere dør hvert år af tobaksrøg; det er flere dødsfald end det samlede antal ofre ved ildebrand, mord, bilulykker, selvmord, AIDS, alkohol- og narkomisbrug<sup>20</sup>. Hvis man følger 1.000 mennesker, som har røget regelmæssigt, fra de var unge, så vil halvdelen dø af tobakken.
- Det er ikke kun ældre mennesker over 80 år, som får forkortet deres levealder markant. Ofte er det personer i deres "bedste alder", som rammes hårdt pga. tobakken. I Danmark er der en betydelig overdødelighed blandt rygere i 35 til 69 års alderen. I alt 1.700 herhjemme mister hvert år, hvad der svarer til 25-30 år af deres leveår pga. tobaksrygning.
- Kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL – tidligere kendt som rygerlunger) udgør 50 % af alle de sygdomstilfælde, som rygning forårsager. Det vurderes, at op imod 430.000 mennesker i Danmark har KOL, hvoraf næsten 300.000 er udiagnosticerede<sup>21</sup>. Antallet af KOL-tilfælde forventes desuden at stige fremover. Sygdommen skyldes altovervejende (85-90 %) tobaksrygning. Ifølge WHO's modelberegninger vil ca. 30 % af rygerne udvikle KOL<sup>22</sup>, hvilket bekræftes af danske undersøgelser, der angiver 30-40%<sup>23</sup>. 10 danskere dør hver dag pga. KOL (3.500-4.000 årligt), mens resten lever med svær åndehød, ofte af invaliderende grad, og en stærkt forringet livskvalitet.
- Rygning er i Danmark årsag til omkring 5.000 nye kræfttilfælde årligt<sup>24</sup>. Den mest udbredte og dødelige kræftform blandt rygere er lungekræft, som op mod 3.500 personer dør af hvert eneste år. 5 % af alle rygere vil udvikle lungekræft<sup>25</sup>. Ved et dagligt forbrug på 25 cigaretter er risikoen for lungekræft 20 gange større end hos en, som aldrig har røget. Ved et forbrug på 40 cigaretter forøges risikoen for lungekræft med mindst 30 gange. Blandt danske kvinder ses en stigning i antallet af nye

lungekræfttilfælde, ligesom dødeligheden af lungekræft blandt danske kvinder er stigende<sup>26</sup>.

- Rygning medfører desuden mange tilfælde af kræft i urinveje, spiserør, mundhule, bugspytkirtel, strube, nyrer og livmoderhals. Det er skønnet, at mindst 1/3 af alle kræfttilfælde kan forebygges, hvis de kendte risikofaktorer, herunder ikke mindst tobaksrygning, kan elimineres<sup>27</sup>.
- Omkring 30 % af alle åreforkalknings-sygdomme skyldes rygning. En ryger har dobbelt så høj risiko for at få blodprop i hjertet som en ikke ryger, og rygerne får i gennemsnit deres første blodprop 10 år før ikke rygerne. Ifølge WHO's modelberegninger vil 12 % af rygerne udvikle kronisk hjertesygdom, og 3 % vil udvikle apopleksi (hjerneblodprop).
- Børn, der udsættes for passiv rygning, har markant større risiko for at blive syge. Risikoen for luftvejsinfektioner, lungebetændelse og influenza øges med 50 %, risikoen for mellemørebetændelse og astma øges med 20-25 % og risikoen for svær lungesygdom øges med 30%<sup>28</sup>. Endvidere øges risikoen for "for tidlig fødsel" og "for lav fødselsvægt", når moderen er ryger.

## 2.5 – Hvad bør vi gøre? Regulering og hjælp til rygestop

Tiltag mod rygning kan opdeles i to hovedgrupper: Regulerende tiltag, der forventes at være forbrugsdæmpende, og tiltag der decideret fokuserer på hjælp til rygestop. Danmark har tilsluttet sig WHO's internationale tobaksforebyggelseskonvention (FCTC), som netop indeholder begge typer af initiativer mod rygning<sup>29</sup>. WHO's forebyggelsesplan vedr. tobak og rygning<sup>30</sup> anbefaler en række nødvendige initiativer:

- Høj pris på tobak
- Reklameforbud
- Røgfri miljøer
- Tilbud om rygestop som offentligt tilbud
- Adgang til billig farmakologisk behandling
- Informationsvirksomhed, herunder advarselmærkning på pakkerne

### 2.5.1 Regulerende tiltag

#### Røgfrie miljøer

Siden 15. august 2007 har loven om røgfrie miljøer virket i Danmark. Erfaringerne fra denne lov er endnu ikke evalueret. Men fra lignende lovgivningsmæssige tiltag i andre lande kan vi få en idé om, hvordan sådanne tiltag påvirker rygeprævalensen og dermed problemet med rygning. I Italien har en evaluering af en tilsvarende rygelov vist et fald i antallet rygere på 7,3 % fra 2004 til 2006 og et fald i rygeprævalensen fra 26,2 % til 24,3 %, altså et fald på 1,9 procentpoint i rygeprævalensen<sup>31</sup>. Tilsvarende har canadiske erfaringer med lov om røgfrie miljøer i en specifik provins vist et fald i rygeprævalensen på op til 5,9 % procentpoint fra 2003-2005<sup>32</sup>.

Samtidig er det oplagt, at en udbredelse af røgfrie miljøer mindsker risikoen for, at folk udsættes for passiv rygning.

#### Prisstigninger på tobak

Den danske regering har for nylig varslet, at tobaksafgiften vil blive hævet, så prisen på en pakke cigaretter stiger med 3 kr. svarende til en stigning på knap 10 %. WHO har beregnet, at hver gang prisen på tobak øges med 10 % i rige lande som fx Danmark, falder salget med 4 %<sup>33</sup>. Dansk Sundhedsinstitut (DSI) har i en nylig analyse konkluderet, at en prisstigning på 10 % kan forventes at medføre et fald i rygeprævalensen på 4-5 %<sup>34</sup>. Den anerkendte engelske rygestoepsperter, professor Robert West, konkluderer derimod,

19. "Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark", Juel, Sørensen, Brønnum-Hansen, Statens Institut for Folkesundhed, København, juni 2006.
20. "Sammenhængen mellem tobaksvarers indholdsstoffer og de helbredsmæssige effekter af rygning", skriftligt oplæg v. Charlotta Pisinger på Teknologirådets høring om tobaksvarer og tilsætningsstoffer, 26. april 2006.
21. "Forekomst af kronisk obstruktiv lungesygdom i København. Resultater fra Østerbroundersøgelsen", Løkke, Fabricius, Vestbo, Lange, Ugeskrift for Læger 2007;169(46):3956.
22. "Development of the health and economic consequences of smoking interactive model", Orme, Hogue, Kennedy, Paine, Godfrey, Tobacco Control, 2001;10:55 61.
23. "Forekomst af kronisk obstruktiv lungesygdom i København. Resultater fra Østerbroundersøgelsen", Løkke, Fabricius, Vestbo, Lange, Ugeskrift for Læger 2007;169(46):3956.
24. "Folkesundhedsrapporten Danmark 2007", Statens Institut for Folkesundhed, 2007.
25. "Development of the health and economic consequences of smoking interactive model", Orme, Hogue, Kennedy, Paine, Godfrey, Tobacco Control. 2001;10:5561.
26. Se "Kræftprofil – Lungekræft 2000 2006", Sundhedsstyrelsen 2009. Heraf fremgår bl.a., at der er sket en stigning på 16 % i antallet af nye lungekræfttilfælde pr. 100.000 kvinder fra 2000 til 2006, og at der er sket en stigning i dødeligheden pr. 100.000 kvinder på 13 %.
27. "Folkesundhedsrapporten Danmark 2007", Statens Institut for Folkesundhed, 2007.
28. "Livstidssundhedsomkostninger for rygere og aldrig rygere", DSI Institut for Sundhedsvæsen, december 2004.
29. "The WHO Framework Convention on Tobacco Control", tiltrådt af Danmark i 2004.
30. "Fresh and alive – MPOWER", WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008.
31. Gorini et al. European Society for Medical Oncology 2007;18:16202; Barone Adesi et al. European Society for Medical Oncology 2006;17:346 7.
32. "Implications of a public smoking ban", Lemstra et al., Canadian Journal of Public Health. 2008 Jan Feb;99 (1):62 5.
33. "The WHO Framework Convention on Tobacco Control".
34. "Baggrund for Hjerteforeningens forebyggelsespolitik 2009. Evidensbaserede, konkrete og omkostningseffektive forslag til forebyggelse af hjertekarsygdom", Hjerteforeningen, 2009.

at prisstigninger har en mindre effekt specifikt på rygeprævalensen, fordi kun halvdelen af det faldende forbrug udmøntes i færre rygere, mens den anden halvdel skyldes, at folk ryger mindre<sup>35</sup>.

Ifølge DSI's analyser, vil en reduktion i antallet af rygere på 2-4 %, som følge af en 10 % prisstigning på tobak, medføre, at knap 9.000 unge rygere vil holde op med at ryge<sup>36</sup>. Samme analyse angiver, at en prisstigning på 50 % forventes at få 43.000 (unge) rygere til at holde op, dvs. hvad der svarer til godt og vel 1 procentpoints reduktion i rygeprævalensen. Hvis de danske priser på en pakke cigaretter blev øget med 50 %, ville vi komme op på et prisniveau svarende til de engelske priser (46 kr.), men vi ville fortsat ligge et stykke under de irske (60 kr.) og de norske (57 kr.) priser<sup>37</sup>.

I litteraturen er der ikke enighed om effekten af prisstigninger på den sociale ulighed. Nogle studier konkluderer, at afgifter på tobak påvirker bl.a. folk med lavere indkomster mere end andre, mens andre studier ikke kan dokumentere eller udfordrer denne sammenhæng<sup>38</sup>. En mulig forklaring

” Således er det i dag velkendt, at **rygestopraten kan fordobles** ved samtidig anvendelse af medicin sammen med rådgivning.

er, at tobak er et afhængighedsskabende produkt, hvorfor efterspørgslen er mindre følsom over for prisstigninger end for andre produkter<sup>39</sup>.

Samlet set vil højere tobaksafgifter formentlig ikke kunne bidrage markant til at reducere omfanget af rygning, men det vil dog medvirke til en reduktion blandt unge rygere.

#### **Informationsvirksomhed, herunder kampagner**

I Australien har der været gennemført visuelle skræmmekampagner i medierne for at oplyse rygerne og ikke påbegyndte rygere om konsekvenserne af rygning. En evaluering af en kampagne fra 1999 viste et fald i rygeprævalensen fra 23,5 % til 22,1 % i det år, kampagnen kørte, hvilket svarer til

et fald i rygeprævalensen på 1,4 procentpoint<sup>40</sup>. Evalueringen kunne dog ikke dokumentere, at kampagnen isoleret set havde medvirket til dette fald.

#### **2.5.2 Tiltag vedrørende hjælp til rygestop**

Som det fremgår af ovenstående, vil rygeprævalensen næppe komme meget under 20 % ved kun at iværksætte reguleringsmæssige tiltag. Der er derfor behov for flere tiltag med hjælp til rygestop, hvilket også anbefales af WHO's internationale tobaksforebyggelseskonvention, som Danmark tilsluttede sig i 2004. Når halvdelen af rygerne ønsker at holde op med at ryge, er hjælp til rygestop i form af rygestopkurser, telefonrådgivning og rygestopmedicin<sup>41</sup> nødvendige og afgørende for at reducere rygeprævalensen yderligere i Danmark.

Det er dokumenteret, at indsatsen i forhold til rygeophør er særdeles omkostningseffektive sammenlignet med andre former for forebyggende interventioner<sup>42</sup>. Det betyder, at de positive effekter af rygeafvænning målt ved f.eks. antal rygere, der stopper, eller tjente leveår er meget markante set i forhold til omkostningen ved indsatsen. Det er desuden dokumenteret, at jo mere intensiv interventionen er, fx bestående af intensiv rådgivning og brug af rygestopmedicin, desto mere omkostningseffektiv er indsatsen<sup>43</sup>.

#### **Vejledninger for rygeafvænning**

I lande som Australien, Storbritannien og USA prioriteres let adgang til medicinske hjælpemidler til rygeafvænning gennem medicintilskud eller anden økonomisk støtte. Det er et fælles træk i de tre landes vejledninger om rygeafvænning, at behandling af nikotinafhængighed kræver en særlig indsats og skal omfatte omkostningseffektive og veldokumenterede metoder. Medicinske hjælpemidler indgår således som et integreret element i rygeafvænningsindsatsen, hvilket ikke p.t. gør sig gældende i Danmark. Den australske forening for praktiserende læger anbefaler brug af medicinske hjælpemidler ved nikotinafhængighed, hvor et af kriterierne er et dagligt tobaksforbrug på over 15 cigaretter<sup>44</sup> – svarende til 60 % af rygerne i Danmark. I Storbritannien udgav det nationale sundhedsinstitut NICE (NHS National Institute for Health and Clinical Excellence) i februar 2008 en ny vejledning for sundhedsprofessionelle om

” Manglende tilskud til rygestopmedicin udgør en **økonomisk barriere for effektiv behandling** af nikotinafhængighed, som især rammer lavindkomstgrupper.

rygeafvænning, som anbefaler kombination af medicinske hjælpemidler og rådgivning<sup>45</sup>. I Storbritannien er der medicintilskud til køb af medicinske hjælpemidler. Endelig har de amerikanske sundhedsmyndigheder i maj 2008 udgivet en ny rygeafvænningsvejledning, der anbefaler klinikerne at kombinere rådgivning og medicinske hjælpemidler til rygeafvænning, og at dette sker med tilskud<sup>46</sup>.

Danske vejledninger til rygeafvænning er endnu ikke opdateret på samme måde og integrerer ikke de forskellige supplerende tiltag, selvom dette kan øge rygestopraten betragteligt. Således er det i dag velkendt, at rygestopraten kan fordobles ved samtidig anvendelse af medicin sammen med

rådgivning. Institut for Rationel Farmakoterapi har for nylig anbefalet brug af medicinsk rygeafvænning i Danmark<sup>47</sup>. Det er dog endnu usikkert, om dette vil få de danske myndigheder til at gennemføre en generel opdatering som i de nævnte lande.

#### **En større rolle for almen praksis**

Med den gældende overenskomst for de praktiserende læger blev der indført et forhøjet honorar for "aftalt forebyggelseskonsultation". Formålet er bl.a., at læge og patient kan drøfte håndtering af KRAM-faktorerne, herunder rygning. I 2007 blev der gennemført næsten 800.000 aftalte forebyggelseskonsultationer i almen praksis<sup>48</sup>. Forebyggel-

35. Se bl.a. "Tobacco Control: present and future", Robert West i British Medical Bulletin 2006;7778;12336.
36. "Forebyggelse af hjertekarsygdomme. Hvilke interventioner er omkostningseffektive – og hvor får man mest for pengene", Kilsmark og Würgler, København: Dansk Sundhedsinstitut 2008:17.
37. EU Kommissionen, Helsedirektoratet i Norge.
38. Fx Townsend et al., BMJ, 1994;309:9237; Borren et al., Health Econ 1992;1(4):24553; Regidor et al. Eur J Cancer Prev 2007;16(4):3804; Centers for Disease Control and Prevention. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 1998;47(29):6059; og Remler. Am J Public Health 2004;94(2):2259.
39. "Poor smokers, poor quitters, and cigarette tax regressivity", Remler DK, Am J Public Health 2004;94(2):2259.
40. Australia's National Tobacco Campaign. Evaluation Report Volume One, 1999; Hurley et al. Tob Control 2008;17(6):37984.
41. Nikotinpræparater som tyggegummi, inhalator, næsespray, sublingvale tabletter og plaster.
42. Se bl.a.: Cromwell Bartosch, Fiore et al. "Cost-effectiveness of the clinical practice recommendations in the AHCPH guideline for smoking cessation", JAMA, 1997;278(21); og Kilsmark J, Würgler MW. "Forebyggelse af hjertekarsygdomme. Hvilke interventioner er omkostningseffektive – og hvor får man mest for pengene", København, Dansk Sundhedsinstitut 2008:17.
43. Se note 41.
44. "Smoking Cessation Guidelines for Australian General Practice. Desktop Guidelines and Patient Education Materials", Royal Australian College of General Practitioners, 2004, og Zwar N, et al. "Smoking cessation pharmacotherapy: an update for health professionals", Melbourne: Royal Australian College of General Practitioners, 2007.
45. NHS NICE Public Health Guidance 10. "Smoking cessation services in primary care, pharmacies, local authorities and workplaces, particularly for manual working groups, pregnant women and hard to reach communities", Februar 2008.
46. U.S. Dept. of Health & Human Services, Office of the Surgeon General. AHRQ Agency for Healthcare Research and Quality: Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Maj 2008.
47. "Anvendelsen af farmaka til rygeafvænning", Tønnesen P, Rationel Farmakoterapi, Institut for Rationel Farmakoterapi, 2009 (www.irf.dk).
48. "Aktivitet og økonomi i almen praksis i dagtid og vagttid 2000 til 2007", Lægeforeningen, 2008.

## Del 2: Anbefalinger

seskonsultationen er et oplagt redskab til at forstærke indsatsen imod rygning. Omfanget af disse konsultationer bør sammenlignes med omfanget af deltagere i rygestopkurser i kommunerne efter strukturreformen, som på baggrund af tal fra Rygestopbasen kan opgøres til under 10.000 personer i perioden 1.1. 2007-1.8. 2008. En undersøgelse, som Kommunernes Landsforening har gennemført, viser desuden, at kun omkring 9 % af de kommunale forebyggelsesindsatser har fokus på rygning<sup>49</sup>. Almen praksis forekommer derfor at have et langt større potentiale for at reducere rygning sammenlignet med kommunernes indsats, især vedr. nikotinafhængige rygere. Desuden finder hele 84 % af danskerne det naturligt, at deres læge spørger om rygevaner, jf. den seneste Rygevanerundersøgelse fra 2008<sup>50, 51</sup>.

I 2005 offentliggjorde Sundhedsstyrelsen i samarbejde med bl.a. Praktiserende Lægers Organisation og Dansk Selskab for Almen Medicin en række anbefalinger for håndtering af folkesygdomme og forebyggelse i almen praksis, herunder rygeafvænning<sup>52</sup>. Det fremgik bl.a., at selvom almen praksis skal agere under hensyn til mangfoldighed i patientkontakten, bør forebyggelsesindsatsen prioriteres. I 2007 konkluderede en international lægefaglig sammenslutning i en vejledning til almen praksis, at rygeafvænning er den væsentligste handling, som en praktiserende læge kan foretage for at forbedre sine patienters sundhed<sup>53</sup>.

### Administrative regler blokerer for tilskud til rygestopmedicin i Danmark

Siden 1998 har medicintilskudsreglerne blokeret for enhver form for tilskud til medicin til rygeafvænning, selv om man ved fra både danske<sup>54</sup> og udenlandske<sup>55</sup> undersøgelser, at tilskud til medicin og rådgivning øger rygestopraten. Institut for Rationel Farmakoterapi har for nylig henvist til, at tilbud om rygeafvænning både benyttes betydeligt mere og har større effekt, når der gives tilskud til rygeafvænningsbehandling og –midler<sup>56</sup>. Manglende tilskud til rygestopmedicin udgør en økonomisk barriere for effektiv behandling af nikotinafhængighed, som især rammer lavindkomstgrupper. Til sammenligning er der i dag tilskud til receptpligtig rygestopmedicin i lande som Sverige, Storbritannien, Belgien, Irland, Australien og USA. Ud over WHO har Europa Parlamentet i 2007 anbefalet medicintilskud ved rygeafvænning<sup>57</sup>.

Tobaksrygning har så alvorlige sundhedsmæssige og økonomiske konsekvenser, at der er behov for en mere markant offentlig indsats for at reducere rygning. Aktuelle tiltag som informationskampagner, afgifts- og prisforhøjelser og udbredelse af røgfri miljøer bør fortsætte, men kan ikke stå alene. Baseret på de dokumenterede erfaringer vil disse tiltag sandsynligvis kun reducere rygeprævalensen til omkring 20 %.

Hvis omfanget af rygning skal reduceres markant, er det nødvendigt med et langt større fokus på hjælp til rygestop i tråd med anbefalingerne fra WHO og erfaringerne fra andre lande. Det kræver mere varierede tilbud om rygestop i hele sundhedsvæsenet, især i almen praksis, og adgang til billig farmakologisk behandling som anbefalet af WHO.

” Samlet set vil tiltagene betyde færre rygerelaterede dødsfald, bidrage til **en stigning i middellevetiden**, formindske den sociale ulighed i sundhed og forhindre mange unge mennesker i at starte som rygere.

Lif mener derfor at:

1. Danske kliniske guidelines, retningslinjer og vejledninger til sundhedspersonale om rygeafvænning skal opdateres og ajourføres i tråd med lignende guidelines i USA, Australien og Storbritannien for at sikre brug af den nyeste viden på området, herunder anvendelse af rygestopmedicin som en integreret og effektiv del af rygeafvænningstilbudet, især til den voksende gruppe af nikotinafhængige rygere.
2. Der bør være offentligt tilskud til rygestopmedicin<sup>58</sup>. Det vil tilskynde sundhedsvæsenet til øget rådgivning, øge chancerne for rygestop og styrke rygernes incitament til at gennemføre rygeophør på en effektiv og holdbar måde.
3. Alle rygere, der ønsker at stoppe, skal tilbydes relevante og effektive rygeafvænningstilbud, dvs. rygeafvænning bestående af kombineret rådgivning og brug af den mest effektive rygestopmedicin, der dokumenteret kan fordoble eller tredoble chancen for rygestop.

Med tanke på den centrale rolle, tobak og alkohol spiller for **ulighed i sundhed i Danmark**, er der ingen tvivl om, at de mest effektive indsatser, der for øjeblikket kan gøres for at reducere uligheden, handler om strukturelle tiltag for at reducere tilgængeligheden gennem højere afgifter og lovgivning. *Finn Diderichsen og Tine Curtis, 2008*

4. Sundhedspersonale, og især alment praktiserende læger, bør ved enhver relevant patientkontakt spørge til patientens rygestatus. Hvis patienten ryger, bør sundhedspersonalet opfordre til rygestop og indlede dialog om rygeafvænnning<sup>59</sup>. I 2007 gennemførte alment praktiserende læger næsten 800.000 aftalte forebyggelses-konsultationer. Der er således et godt udgangspunkt for en systematisk indsats for rygeafvænnning i almen praksis.

Der er ingen tvivl om, at gennemførelse og systematisk anvendelse af de anbefalede tiltag vil bevirke, at ophørsraten øges markant. Med de hidtidige tiltag er ophørsraten efter 12 måneder nede på 25-30 %<sup>60</sup>. Systematisk brug af rygestopmedicin vil mindst kunne fordoble dette resultat, dvs., der vil kunne opnås en rygestoprate efter 12 måneder på 50-60%. Hvis halvdelene af alle danske rygere tager imod

de anbefalede rygeafvænningstilbud, synes det realistisk at kunne nå et mål om en rygeprævalens i Danmark på omkring 15% i den voksne del af befolkningen mod 23,2 % i dag.

Samlet set vil tiltagene betyde færre rygerelaterede dødsfald, bidrage til en stigning i midllevetiden, formindske den sociale ulighed i sundhed og forhindre mange unge mennesker i at starte som rygere. Samtidig vil samfundet og sundhedsvæsenet spare betragtelige ressourcer, der ellers skulle være gået til behandling af rygerelaterede sygdomme, sygedagpenge, mistet produktion i samfundet osv. Beregninger<sup>61</sup> viser, at livstidssundhedssomkostningerne er mere end 50 % højere for en 35-årig mand, som ryger, end for en 35-årig mand, som holder op med at ryge. En øget indsats – også ressourcemæssigt – over for rygeafvænnning, vil derfor hurtigt kunne tjene sig hjem.

- 
49. "Forebyggelsesindsatser i kommunerne – en landsdækkende kvantitativ undersøgelse, Kommunernes Landsforening, aug./sept. 2008.
50. "Rygevanundersøgelsen 2008", Sundhedsstyrelsen, Kræftens Bekæmpelse, Danmarks Lungeforening og Hjerteforeningen.
51. For 2/3 vedkommende er det ok at lægen spørger til rygevaner, selv om der ikke er symptomer relateret til rygning, mens det er ok for den sidste 1/3, hvis der netop er disse symptomer relateret til rygning.
52. "Folkesygdomme og forebyggelse. Idékatalog til arbejdet i almen praksis", Sundhedsstyrelsen, 2005.
53. "Tackling the smoking epidemic. IPCRG International guidance on smoking cessation in primary care", Nov. 2007; [www.theipcr.org/smoking/index.php](http://www.theipcr.org/smoking/index.php)
54. "Sygesikringstilskud til nikotinerstatningsprodukter i Vejle Amt. 1. november 1999 – 31. oktober 2001", Slot C., Vejle Amt, December 2002.
55. "A randomized controlled trial to assess the effects of reimbursing the costs of smoking cessation therapy on sustained abstinence" af Kaper et al., maj 2005. *Addiction*, 101, 16561666.
56. "Anvendelsen af farmaka til rygeafvænnning", Tønnesen P, Rationel Farmakoterapi, Institut for Rationel Farmakoterapi, 2009 ([www.irf.dk](http://www.irf.dk)).
57. EuropaParlamentets beslutning af 24. okt. 2007 om grønbogen Mod et Europa uden tobaksrøg (2007/2105(INI)).
58. I USA har tilskud både til rådgivning og farmaka til rygeafvænnning både øget anvendelsen af rygeafvænnning og efterlevelsen af de kliniske retningslinjer. I bl.a. Sverige og Storbritannien gives der tilskud til rygeafvænningsmidler.
59. Der er evidens for, at lægetilrådet opfordring til rygestop øger ophørsraten med ca. 2 %.
60. "Evidensbaseret rygeafvænnning – hvordan?", af Philip Tønnesen, *Ugeskrift for Læger* 171/9, 23. februar 2009.
61. "The lifetime costs of smoking and smoking cessation", Ph.d af Susanne Reindahl Rasmussen, DSI, maj 2005.



– partnerskab  
for sundhed

Lægemiddel  
Industri  
Foreningen

Lersø Parkallé 101  
2100 København Ø  
Tlf: 39 27 60 60  
Fax: 39 27 60 70

info@lif.dk  
www.lif.dk

Danmark er det land i Europa, hvor flest mennesker dør af sygdomme, der kunne have været forebygget. Der er tale om folkesygdommene, der også kaldes de "stille dræbere":

Hjertekarsygdomme, type 2-diabetes, KOL (kronisk obstruktiv lungesyndrom), kræft, knogleskørhed, muskel- og skeletsygdomme, overfølsomhedssygdomme og psykiske sygdomme. Disse lidelser kan, hvis de opdages og behandles i tide, helt undgås eller mindskes.

Lifs vision for den danske folkesundhed er, at ingen danskere skal leve kortere eller have nedsat livskvalitet på grund af forebyggelige sygdomme.