

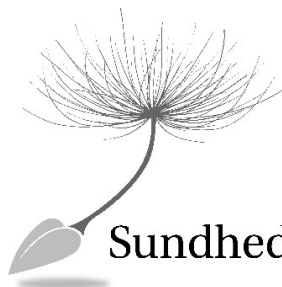


Herning
Kommune

FOREBYGGELSESDVALGET

Status på forebyggende og sundhedsfremmende tilbud i Sundhed og Ældre

Udarbejdet april 2020



Sundhedstilbud

Indholdsfortegnelse

1. Indledning	3
2. Forebyggende og sundhedsfremmende tilbud	3
2.1 Afklarende samtale	3
2.2 Vægtstophold	3
2.3 Rygestoprådgivning	4
2.4 Individuelle forløb	4
3. Henvendelser og henvisninger til forebyggende og sundhedsfremmende tilbud	5
3.1 Henvisningskilder og primære henvisningsårsag	5
4. Vægtstophold	6
4.1 Antal deltagere på hold opgjort i forhold til køn	6
4.2 Udvalgte effektmål for deltagerne på vægtstophold	7
4.3 Vægt ved afslutning af forløb	7
4.4 Selvvurderet helbred	7
4.5 Fysisk aktivitet og bevægelse i dagligdagen	8
4.6 Kostmønstre	9
5. Rygestoprådgivning	11
5.1 Antal borgere opgjort i forhold til henvendelser/henvisninger, opstart, gennemført og røgfri ved forløbets afslutning ..	11
5.2 Antal deltagere, som er startet på rygestopforløb, opgjort i forhold til køn	12
5.3 Antal deltagere, som er startet på rygestopforløb, opgjort i forhold til individuelt eller gruppebaseret forløb	13

1. Indledning

I det følgende gives et overblik over udvalgte nøgletal for Sundhed og Ældre, Herning Kommune, vedrørende sundhedsfremme og forebyggelse, serviceområde 19.

Tilbuddene er etableret i henhold til Sundhedslovens paragraf 119.

Kommunalbestyrelsen har ansvaret for ved varetagelsen af kommunens opgaver i forhold til borgerne at skabe rammer for en sund levevis.

Stk. 2. Kommunalbestyrelsen etablerer forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne.

Endvidere beskrives effekten, i forhold til udvalgte indikatorer, for borgere som har deltaget på vægtstophold og rygestopforløb.

I det følgende indgår tal fra fagsystemerne KMD Care og eLIS CURA. Endvidere er der trukket tal fra Rygestopdatabase, som er en national database til kvalitetssikring og monitorering af rygestopindsatsen og tal fra MoEva, som er et generisk værktøj, der kan anvendes på tværs af sygdoms- og diagnosegrupper til monitorering, evaluering og kvalitetssikring af patientuddannelser og sundhedstilbud i kommuner og på hospitaler.

2. Forebyggende og sundhedsfremmende tilbud

Tilbuddene tager afsæt i de nationale retningslinjer og Sundhedsstyrelsens Forebyggelsespakker.

2.1 Afklarende samtale

Alle borgere i Herning Kommune, som har behov for støtte til at ændre sundhedsvaner tilbydes en afklarende samtale. Formålet med samtalen er:

- At støtte borgeren til klarhed over egne behov.
- At starte en udviklingsproces, som kan styrke mestringsevnen hos borgeren.
- At borgeren bliver afklaret i forhold til, hvilke tilbud, der er relevant for vedkommende.
- At forløbskoordinatoren får indsigt i, hvilke udfordringer den enkelte har brug for at arbejde med.

På baggrund af samtalen henvises borgeren til et holdforløb, et individuelt forløb eller afsluttes efter vejledning om øvrige tilbud i regi af kommunen, patientforeninger eller lokale foreninger m.m.

2.2 Vægtstophold

Vægtstophold er målrettet borgere på 18+ år med svær overvægt, hvilket svarer til en BMI på 30 eller derover, og som ønsker hjælp og støtte til at ændre livsstil. Målet med vægtstopforløbet er at øge borgernes handlekompetence og mestringsevne til at lægge livsstilen om og opnå vægtstop og eventuelt vægttab.

Vægtstophold er baseret på metoden "små skridt". Via små skridt gennemføres små forandringer, som det er muligt at fastholde, for dermed at opnå et varigt vægtstop og/eller vægttab. Forløbet indeholder blandt andet undervisning i emner som "små skridt", motivation, spisevaner og spisemønstre, fysisk aktivitet, søvn og mindfulness. Derudover er der afsat tid til individuel rådgivning og vejledning.

Vægtstophold strækker sig over ca. 21 uger, fordelt på 10 mødegange af 2½ times varighed.

Der er afholdt fire hold i 2016, fem hold i 2017, fire hold i 2018 og seks hold i 2019.

Vægtstopvejledning kan i visse tilfælde, tilbydes borgeren som et individuelt forløb.

Fire gange årligt afholdes der opfølgingsmøder, hvor alle tidligere deltagere kan møde op for sparring i forhold til deres vægtstop/vægttab. Deltagerne har ligeledes mulighed for at blive vejet og få målt BMI.

2.3 Rygestoprådgivning

Rygestoprådgivning er målrettet borgere i alle aldre, der ønsker hjælp og støtte til et rygestop. Rådgivningen består dels af gruppebaserede tilbud, med afsæt i Kræftens Bekæmpelses koncept "Kom og Kvit" og den nyeste viden på området og dels af individuelle tilrettelagte forløb. I tillæg til rygestoprådgivningen kan borgere, som er storrygere og har et dagligt forbrug på 15 cigaretter eller flere, få gratis rygestopmedicin eller nikotinerstatning i op til fire uger.

På gruppeforløbene får deltagerne undervisning og værktøjer til at gennemføre og fastholde et rygestop. Et gruppeforløb består af fem til otte mødegange af en til to timers varighed.

Den individuel rådgivning er fleksibelt tilrettelagt og består typisk af fem møder af ½ til en times varighed.

Udover rygestoprådgivningen tilbydes hjælp og støtte til fremme af røgfrie miljøer. Der er et særligt fokus på miljøer, hvor børn og unge færdes.

2.4 Individuelle forløb

Målgruppen for individuelle forløb er borgere, som af fysiske, psykiske, kognitive eller sociale årsager ikke kan klare at deltage eller profitere af at deltage i et gruppeforløb.

Dertil kommer en gruppe af ressourcestærke borgere, som ikke ønsker eller har behov for et gruppeforløb, men hvor en enkelt vejledning eller to er tilstrækkeligt. Der kan også være tale om borgere, der af arbejdsmæssige årsager ikke kan deltage i et gruppeforløb.

3. Henvendelser og henvisninger til forebyggende og sundhedsfremmende tilbud

I det følgende beskrives henvisningskilder til de forebyggende og sundhedsfremmende tilbud.

3.1 Henvisningskilder og primære henvisningsårsag

Den tværgående implementeringsgruppe i regi af Sundhedsaftalen mellem Region Midtjylland og de 19 midtjyske kommuner i regionen har siden november 2017 udarbejdet to årlige opgørelser over, hvem der henviser til kommunernes forebyggende og sundhedsfremmende tilbud samt primære henvisningsårsag. Opgørelserne indeholder oplysninger om antal henvisninger fra henholdsvis hospital, praktiserende læger og "øvrige" i maj og november måned. Øvrige er dels selvhenviste, hvilket vil sige, at borgerne selv henvender sig på baggrund af, at de fx har læst om tilbuddet på Herning Kommunes hjemmeside eller hørt om det hos den praktiserende læge, fra familie/venner m.m. og dels henvisninger fra andre kommunale aktører, fx den kommunale tandpleje, Beskæftigelsesafdelingen, Genoptræningsenheden, hjemmesygeplejen med flere.

I 2019 blev den planlagte opgørelse i november udskudt til januar 2020.

Tabel 1: Henvisningskilde og primære henvisningsårsag

Henvisnings-årsag	Maj 2018			November 2018			Maj 2019			Januar 2020		
	Hospital	Praktiserende læger	Øvrige	Hospital	Praktiserende læger	Øvrige	Hospital	Praktiserende læge	Øvrige	Hospital	Praktiserende læge	Øvrige
Rygning	19*	6	19**	11*	2	0	9*	2	8	13*	2	26
Kost/overvægt	1	7	9	4	8	4	0	6	12	4	2	11
I alt	20	13	28	15	10	4	9	8	20	17	4	37

* VBA-metoden, hvilket vil sige, at personalet spørger patienterne, om de ønsker en henvisning til et rygestop, er siden begyndelsen af 2017 løbende blevet implementeret på flere afdelinger på regionshospitalerne i Region Midtjylland.

**VBA-metoden blev introduceret til medarbejderne i den kommunale tandpleje i 2018. Mange henvisninger kommer herfra.

I tabel 1 ses følgende tendenser:

- Henvisningerne/henvendelserne vedrørende rygestoprådgivning kommer primært fra hospital og "øvrige". Dette skyldes formentligt brugen af VBA-metoden (Very Brief Advice). Ligeledes har der i begyndelsen af 2020 været mange selvhenviste, hvilket blandt andet begrundes med de varslede prisstigninger på cigaretter, og at flere og flere arbejdspladser indfører røgfri arbejdstid.
- Henvisningerne/henvendelserne vedrørende kost/overvægt er primært "øvrige"

For begge sundhedstilbud ses en stigning i "øvrige". Det vurderes, at der primært er tale om selvhenviste. Det er frontmedarbejdernes oplevelse, at flere og flere borgere henvender sig på baggrund af vejledning og anbefaling fra de praktiserende læger.

4. Vægtstophold

Moderat og svær overvægt indebærer en forøget risiko for tidlig død og kroniske sygdomme som type 2-diabetes, hjerte-kar-sygdomme samt visse former for kræft. Desuden er overvægt relateret til lidelser i bevægeapparatet såsom fx slidgigt.

Psykisk mistrivsel og reproduktionsproblemer er andre eksempler på problematikker, der kan henføres til overvægt. 2 % af alle dødsfald om året kan relateres til moderat eller svær overvægt.

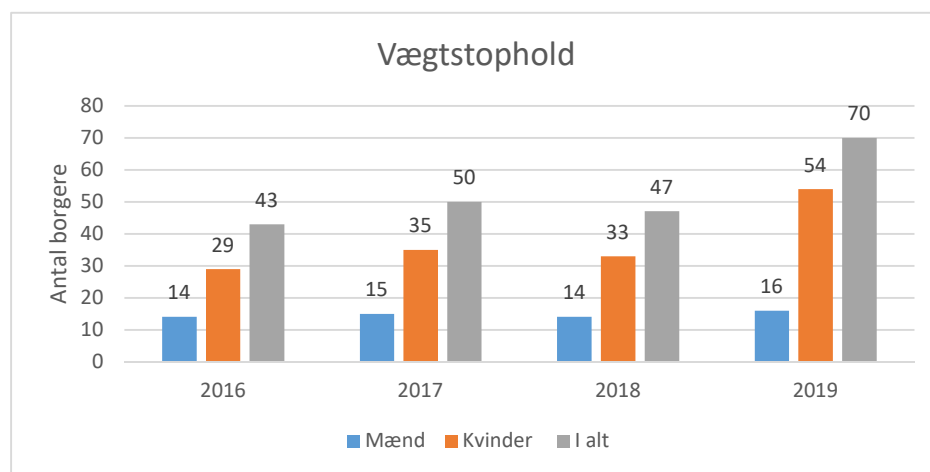
Årsagerne til overvægt er komplekse. Der er dog enighed om, at overvægt udvikler sig i et samspil mellem miljø, gener og adfærd.

Tal fra *Hvordan har du det?* 2017 viser, at antallet af borgere med overvægt er stigende. I Herning Kommune er der 35 % svarende til 23.000 personer i alderen 16+ år, som er moderat overvægtige og 17 % svarende til 11.000 personer, der er svært overvægtige.

4.1 Antal deltagere på hold opgjort i forhold til køn

I det følgende afsnit beskrives antal borgere, som på baggrund af en afklarende samtale er henvist til vægtstophold. Antal deltagere er opgjort for 2016, 2017, 2018 og 2019 og i forhold til kønsfordelingen.

Figur 1: Antal deltagere på vægtstophold opgjort i forhold til køn



Kilde: Monitorerings- og evalueringsværktøjet MoEva.

I figur 1 ses antal deltagere i alt på vægtstophold og fordelingen i forhold til køn. I 2016 udgjorde andelen af kvinder ca. 67 % og andelen af mænd ca. 33 %. I 2017 og 2018 udgjorde andelen af kvinder ca. 70 % og andelen af mænd ca. 30 %. I 2019 udgjorde andelen af kvinder ca. 77 % og andelen af mænd ca. 23 %.

Der ses en stigning i antal deltagere på vægtstophold i 2019. Dette begrundes med en øget efterspørgsel og som følge heraf en øget venteliste til vægtstophold i 2018/2019. I 2019 er der derfor udbudt yderligere to vægtstophold.

Antallet af mænd, som deltager på et vægtstophold, er stort set uændret gennem alle fire år. Antallet af kvinder, som ønsker hjælp og støtte til vægtstop/vægttab, er derimod stigende i 2019.

FAKTABOKS

Antal borgere bosat i Herning Kommune i alderen fra 16 år og opefter, der er svært overvægtige, hvilket svarer til et BMI på over 30, udgør ca. 17 %. I Region Midtjylland udgør andelen med svær overvægt 16 %.

Tal på regionsniveau viser, at der i forhold til svær overvægt ikke er kønsforskelle.

Kilde: *Hvordan har du det?* 2017 - Sundhedsprofil for region og kommune. DEFACTUM, Region Midtjylland; 2018

4.2 Udvalgte effektmål for deltagerne på vægtstophold

I det følgende beskrives effekten i forhold til vægtstop/vægttab samt forhold med betydning for deltagernes sundhed og trivsel.

Det primære formål med vægtstopforløbet er at øge deltagernes handlekompetence og mestringsevne til at lægge livsstilen om og opnå et vægtstop og eventuelt et vægttab.

Med det formål at måle effekten af indsatsen får deltagerne på vægtstophold tilsendt et spørgeskema forud for opstart på hold, ved afslutning og ca. 12 måneder efter afslutning af vægtstophold. De samme spørgsmål stilles ved de tre måletidspunkter. Ved opstart og afslutning af kurset er deltagernes vægt og højde målt og registreret af vægtstoprådgiver. Ved 12 måneder efter afslutning af kurset, indrapporteret borgerne selv deres vægt.

Spørgeskemaerne er så vidt muligt sendt til deltagerne via et brev i e-Boks med link til spørgeskema. Til de deltagere, som ikke har e-Boks, er spørgeskemaerne tilsendt i papir med brevpost.

Pr. 1. januar 2019 overgik MoEva til version 2.0. De to første vægtstophold i 2019, er derfor ikke registreret i MoEva databasen. De følgende tal vedrørende effekt m.m. er udelukkende opgjort i forhold til deltagerne på de fire hold afholdt i 2. halvår 2019. Data vedrørende 12. måneders opfølgning foreligger først i 2021.

I alt 50 borgere startede op på vægtstopholdene i 2. halvår 2019. Heraf har 29 borgere svarende til 58 % gennemført vægtstopforløbet. De resterende 21 borgere er frafaldet på grund af sygdom, arbejde eller familiære forhold. Heraf har langt de fleste ønsket at starte op igen på et senere hold.

4.3 Vægt ved afslutning af forløb

Tabel 2 viser antal deltagere, som er lykkedes med et vægtstop/vægttab fra opstart til afslutning af vægtstophold. Desuden ses hvor mange deltagere, der fortsat har haft en vægtøgning. I opgørelsen indgår de deltagere, der har gennemført vægtstopforløbet.

Tabel 2: Vægtresultat ved afslutning af forløb. (N=29)

Vægtresultat	Antal	Procent
Stabil vægt – vægtstop Vægt ved afslutning af forløb er lig vægt ved opstart (+/- 1 kg)	5	Ca. 17 %
Vægttab Vægt ved afslutning er minus et kilo eller mere sammenholdt med vægt ved opstart.	20	Ca. 69 %
Vægtøgning Vægt ved afslutning er plus et kilo eller mere sammenholdt med vægt ved opstart.	4	Ca. 14 %

Data, for de borgere der har haft et vægttab, viser en spredning på 1,1 kg – 22,7 kg. Langt de fleste placerer sig i et interval mellem 1 og 7 kg.

4.4 Selvvurderet helbred

Selvvurderet helbred er en persons egen vurdering af sin helbredstilstand og kan betragtes som personens opsummering og evaluering af forskellige aspekter ved helbredet.

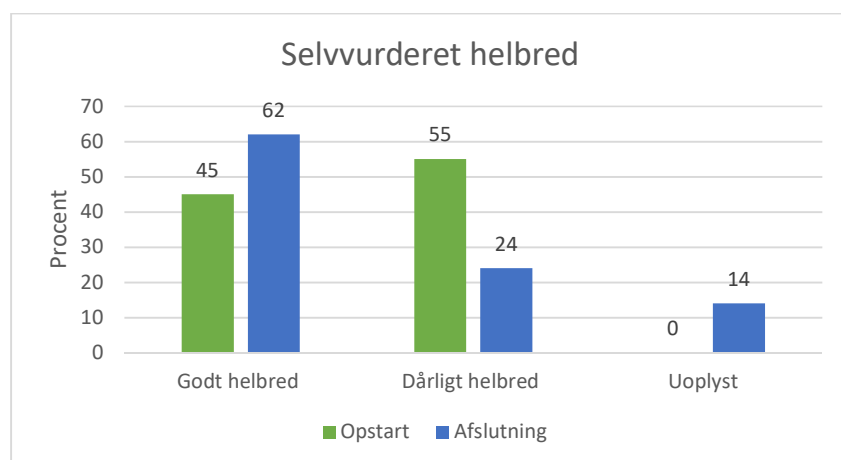
Undersøgelser har vist, at dårligt selvvurderet helbred er forbundet med en øget risiko for udvikling af forskellige former for kroniske sygdomme samt kortere levetid. I forlængelse heraf ses, at selvvurderet helbred har betydning for prognosen under alvorlig sygdom. Personer med dårligt selvvurderet helbred har for eksempel øget risiko for komplikationer ved kirurgiske indgreb og øget dødelighed i forbindelse med kræftsygdom. Dertil kommer, at dårligt selvvurderet helbred er forbundet med et øget forbrug af sundhedsvæsenet, øget medicinforbrug, sygefravær, arbejdsløshed og førtidspension.

Selvvurderet helbred er såvel nationalt som internationalt en af de mest anvendte helbredsindikatorer inden for forskning, befolkningsundersøgelser og evaluering af sundhedsindsatser.

Selvvurderet helbred er i spørgeskemaet belyst ved hjælp af spørgsmålet: *Hvordan synes du, dit helbred er alt i alt?* med svarmulighederne "fremragende", "vældig godt", "godt", "mindre godt" og "dårligt".

De tre første svarmuligheder betegnes i det følgende som "godt helbred", mens de to sidste svarmuligheder betegnes som "dårligt helbred".

Figur 2: Selvvurderet helbred (N=29)



Figur 2 viser udviklingen i forhold til deltagernes selvvurderede helbred fra opstart til afslutning af et vægtstopforløb. Der ses en positiv udvikling fra opstart til afslutning. Andelen med godt selvvurderet helbred er steget fra 45 % til 62 %. Tilsvarende er andelen med dårligt selvvurderet helbred faldet fra 55 % til 24 %. Der er således tale om et fald på 31 procentpoint og en positiv udvikling, med stor betydning for deltagernes helbred alt i alt.

FAKTABOKS

Antal borgere bosat i Herning Kommune i alderen fra 16 år og opefter, som har et dårligt selvvurderet helbred, udgør ca. 16 %.

Kilde: Hvordan har du det? 2017 - Sundhedsprofil for region og kommune. DEFACTUM, Region Midtjylland; 2018.

Sammenholdt med tal for Herning Kommune ses, at der er tale om en målgruppe med en høj andel med dårligt selvvurderet helbred og dermed også helbredsmæssige udfordringer.

4.5 Fysisk aktivitet og bevægelse i dagligdagen

Fysisk aktivitet fremmer den enkeltes sundhed og forebygger en lang række sygdomme. Fysisk aktivitet er desuden virkningsfuld i behandlingen af en række sygdomme herunder KOL, hjerte-kar-sygdomme, type 2-diabetes og visse former for kræft.

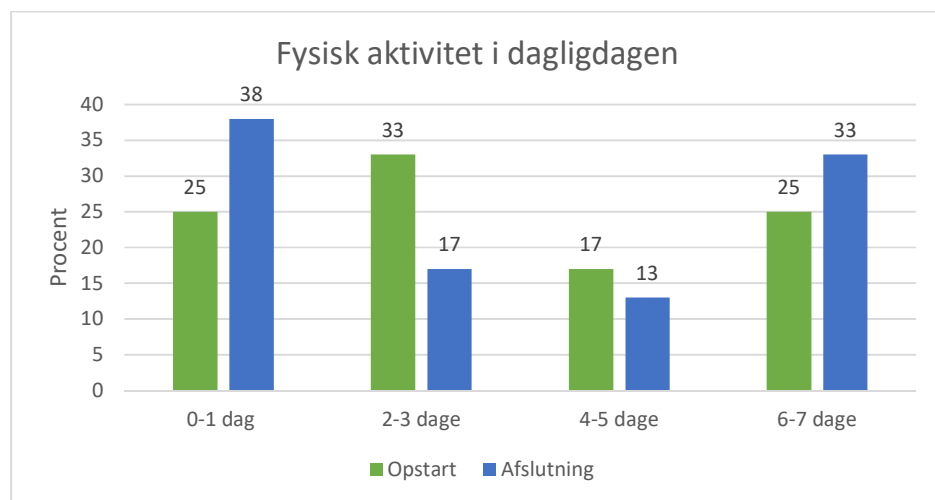
Sundhedsstyrelsen anbefaler, at voksne mellem 18 og 64 år er fysisk aktive mindst 30 minutter om dagen. Aktiviteten skal være med moderat til høj intensitet og ligge ud over almindelige, kortvarige dagligdags aktiviteter. Hvis aktiviteten deles op, skal aktiviteten være mindst 10 minutter. For de 65+ årige er anbefalinger ligeledes 30 minutter om dagen, men med moderat intensitet.

Deltagernes fysiske aktivitetsniveau er i spørgeskemaet blandt andet belyst ved spørgsmålet:

Hvor mange dage om ugen er du fysisk aktiv mindst 30 minutter om dagen?

Medregn moderat eller hård fysisk aktivitet, hvor du trækker vejret hurtigere, får rørt dine muskler og bruger dine kræfter – fx motions- eller konkurrenceidræt, tungt havearbejde, rask gang, cykling i moderat eller hurtigt tempo eller fysisk anstrengende arbejde. Medregn både arbejde og fritid. (Gerne fordelt ud på dagen).

Figur 3: Fysisk aktivitet i dagligdagen (N =24)



Figur 3 viser ændringerne i forhold til fysisk aktivitet i dagligdagen fra opstart til afslutning på vægtstophold. Andelen, som er fysisk aktive 0-1 dag om ugen, hvilket betegnes som fysisk inaktive, stiger fra 25 % til 38 %, Ligeledes stiger andelen, som er fysisk aktive 6-7 dage om ugen fra 25 % til 33 %. Tilsvarende falder andelen, som fysisk aktiv 2-3 dage om ugen fra 33 % til 17 % og andelen, som er fysisk aktiv 4-5 dage om ugen fra 17 % til 13 %.

FAKTABOKS

Antal borgere bosat i Herning Kommune i alderen fra 16 år og opefter, som er fysisk inaktive, udgør ca. 18 %.

Opgjort på regionsniveau udgør andelen, som er fysisk aktiv mindst 30 minutter

- 0-1 dag om ugen 20 % (fysisk inaktive)
- 2-3 dage om ugen 25 %
- 4-5 dage om ugen 23 %
- 6-7 dage om ugen 32 %

Kilde: Hvordan har du det? 2017 - Sundhedsprofil for region og kommune. DEFACTUM, Region Midtjylland; 2018.

Sammenholdt med tal for borgere bosat i Herning Kommune ses, at der er tale om en målgruppe, hvor en væsentlig større andel er fysisk inaktive ved såvel ved opstart som afslutning på vægtstophold. Der ses en positiv udvikling i forhold til andelen, som er fysisk aktiv 6-7 dage om ugen. Ved afslutning er andelen svarende til andelen på regionsniveau.

På vægtstophold er der primært fokus på teori om fysisk aktivitet og mindre på fysisk aktivitet i praksis. Der er derfor et ønske om at udvikle området og sætte mere fokus på fysisk aktivitet og motion i praksis.

4.6 Kostmønstre

Kosten spiller en stor rolle for den overordnede sundhedstilstand. Usund kost er således blandt andet forbundet med forekomsten af svær overvægt, type 2-diabetes og en række kræftsygdomme.

Deltagernes kostvaner er i spørgeskemaet belyst ved en række spørgsmål vedrørende deltagernes indtag af frugt, grønt, kød, fisk, sukker og fedt. På baggrund af deltagernes svar udregnes en samlet kostscore for den

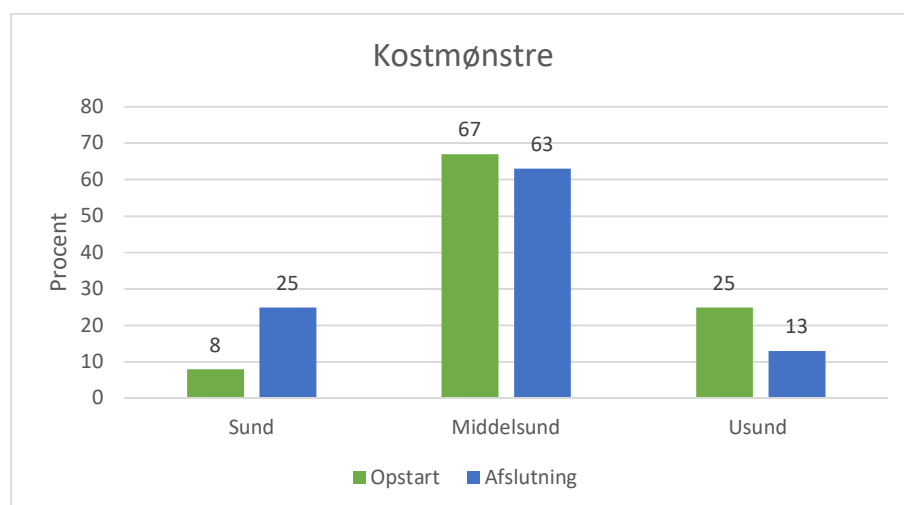
enkelte deltager. Afhængigt af den samlede kostscore inddeles deltagerne i personer, der har 1) et sundt kostmønster, 2) et middelsundt kostmønster og 3) et usundt kostmønster.

Kostscoren tager afsæt i Fødevarestyrelsens 10 kostråd

Fødevarestyrelsens kostråd

- Spis varieret, ikke for meget, og vær fysisk aktiv
- Spis frugt og mange grøntsager
- Spis mere fisk
- Vælg fuldkorn
- Vælg magert kød og kødpålæg
- Vælg magre mejeriprodukter
- Spis mindre mættet fedt
- Spis mad med mindre salt
- Spis mindre sukker
- Drik vand

Figur 4: Kostmønstre (N=24)



Figur 4 viser ændringerne i kostmønstre fra opstart til afslutning på vægtstophold. Andelen, som har et sundt kostmønster, stiger fra 8 % ved opstart til 25 % ved afslutning. Andelen, som har et usundt kostmønster, falder fra 25 % ved opstart til 13 % ved afslutning af vægtstophold.

Langt den overvejende andel af deltagerne har et middelsundt kostmønster på de to måletidspunkter.

FAKTABOKS

Antal borgere bosat i Herning Kommune i alderen fra 16 år og opefter, som har et usundt kostmønster, udgør ca. 17 %.

Kilde: Hvordan har du det? 2017 - Sundhedsprofil for region og kommune. DEFACTUM, Region Midtjylland; 2018.

5. Rygestoprådgivning

Rygning er den væsentligste risikofaktor i forhold til langvarig sygdom og dødelighed. Rygning øger risikoen for en lang række alvorlige sygdomme såsom lungekræft, hjerte-kar-sygdomme og kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL).

I gennemsnit dør en storryger, dvs. en person som ryger mere end 15 cigaretter dagligt, 8-10 år tidligere end en person, der aldrig har røget. Der er ikke blot tale om, at rygning øger risikoen for tidlig død, men også at rygere kan forvente flere leveår med sygdom sammenholdt med ikke-rygere.

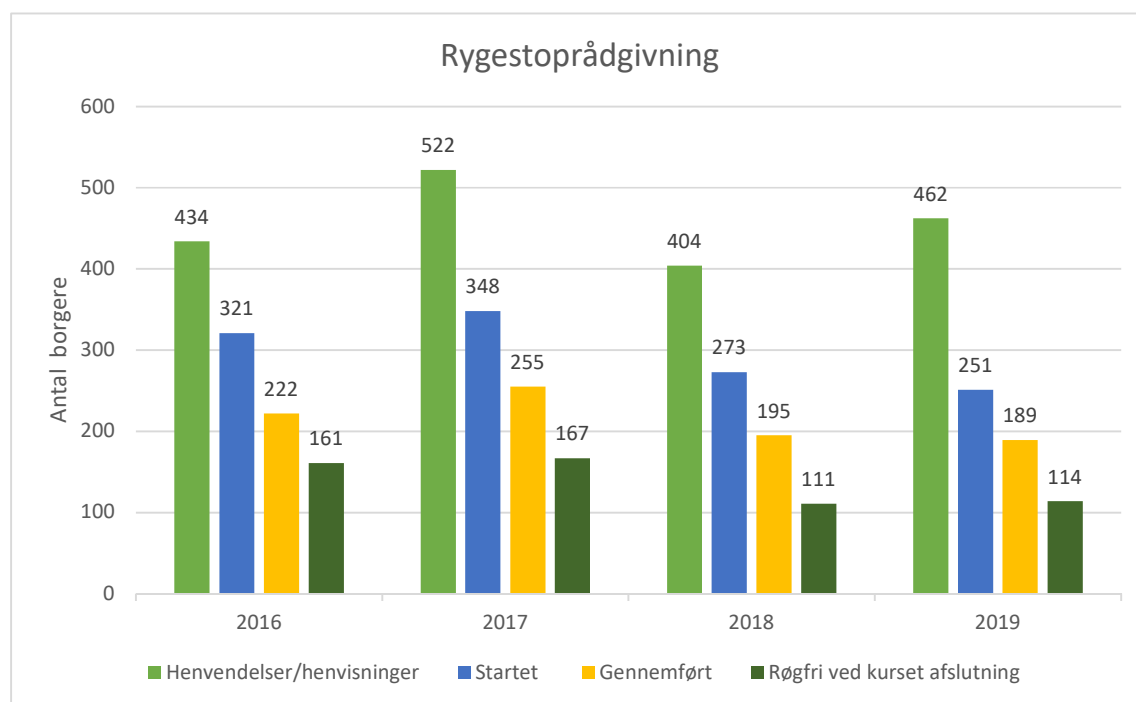
Risikoen for en rygerelateret sygdom øges med tobaksmængde samt antallet af år, der er blevet røget.

Tal fra *Hvordan har du det?* 2017 viser, at antallet af dagligrygere i Herning Kommune udgør 16 % svarende til 2.800 personer.

I det følgende beskrives antal henvisninger og antal borgere, som på baggrund af en afklarende samtale er henvist til rygestopforløb opgjort i forhold til køn, indsats og effekt af indsatsen

5.1 Antal borgere opgjort i forhold til henvendelser/henvisninger, opstart, gennemført og røgfri ved forløbets afslutning

Figur 5: Rygestoprådgivning



Kilde: Data vedrørende antal henvisninger til rygestop er trukket i KMD Care indtil 24. september 2018 og eLIS CURA for den resterende periode af 2018. På grund af overgangen fra et fagsystem til et andet, er der en vis usikkerhed forbundet med tallene for 2018. I 2019 er antal henvisninger opgjort manuelt. De øvrige data er trukket i Den nationale Rygestopdatabase.

Figur 5 viser antal henvendelser/henvisninger i 2016, 2017, 2018 og 2019 samt hvor mange, der efterfølgende er startet på et rygestopforløb – individuelt eller gruppebaseret forløb. Endvidere ses, hvor mange borgere, der har gennemført et rygestopforløb, og hvor mange, der var røgfri ved forløbets afslutning. Et gennemført forløb er i rygestopdatabase defineret ved, at borgeren har et fremmøde på minimum 75 % af mødegangene.

I rygestopdatabasen registreres, hvor mange der lykkes med et rygestop. Antallet af deltagere, der reducerer cigaretforbruget pr. dag er ikke registreret. Det skal bemærkes, at en reduktion i antal cigaretter pr. dag også har en positiv helbredsmæssig effekt.

I 2016 udgør andelen, som gennemfører et rygestopforløb, ca. 69 %. Heraf er ca. 73 % røgfri ved forløbets afslutning. I 2017 udgør andelen, som gennemfører et rygestopforløb, ca. 73 %. Heraf er ca. 65 % røgfri ved forløbets afslutning. I 2018 udgør andelen, som gennemfører et rygestopforløb, ca. 71 %. Heraf er ca. 57 % røgfri ved forløbets afslutning. I 2019 udgør andelen, som gennemfører et rygestopforløb ca. 75 %. Heraf er ca. 60 % røgfri ved forløbets afslutning.

Rygestopraten er faldende de seneste år. Det vurderes, at årsagen til dette kan være, at andelen blandt deltagerne med komplekse fysiske, psykiske og/eller sociale problemstillinger udover rygning tilsvarende er steget.

Der ses et gab mellem antal henvisninger og antal borgere, der efterfølgende starter på et individuelt eller et gruppebaseret rygestopforløb. Dette tilskrives til dels, at flere borgere i forbindelse med fx indlæggelse på sygehus eller ved besøg hos den praktiserende læge siger ja til spørgsmålet om, hvorvidt de er interesserede i et rygestop. Når de efterfølgende kontaktes af den kommunale rygestoprådgiver, ønsker de ikke at fastholde dette ja. Denne tendens ses primært hos borgere, som henvises fra hospitalet.

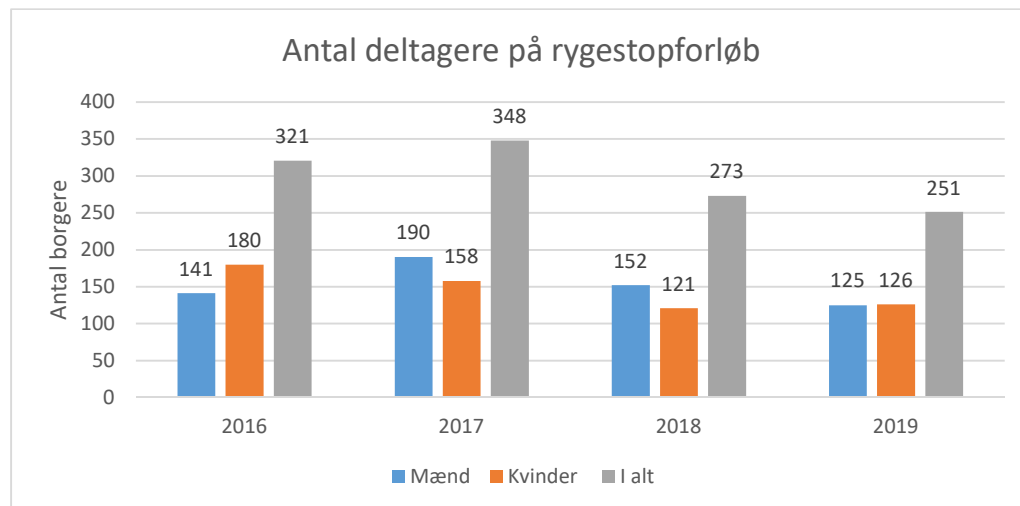
I 2019 er dette gab større end de tidligere år. Dette skyldes blandt andet at data i Den nationale Rygestopdatabasen er trukket i april, hvilket er tidligere end i 2018. Borgere, som starter på et rygestopforløb, registreres i rygestopdatabasen, når forløbet er afsluttet. Dertil kommer, at der på grund af travlhed er et administrativt efterslæb i forhold til registreringer i Den nationale Rygestopdatabasen.

Antal henvisninger i 2019 er opgjort manuelt, hvor dette tal de tidligere år er trukket i fagsystemet KMD Care. Dette betyder, at henvendelser på fx mail, der ikke kan registreret i fagsystemet på grund af manglende CPR-nummer, ikke tidligere har indgået i antal henvisninger.

En manuel opgørelse viser, at 328 borgere startede på et rygestopforløb i 2019.

5.2 Antal deltagere, som er startet på rygestopforløb, opgjort i forhold til køn

Figur 6: Antal deltagere på rygestopforløb fordelt på køn



Kilde: Den nationale Rygestopdatabase

I figur 6 ses antal deltagere, som er startet på et rygestopforløb og fordelingen i forhold til køn. I 2016 udgjorde andelen af kvinder ca. 56 % og andelen af mænd ca. 44 %. I 2017 udgjorde andelen af kvinder ca. 45 % og andelen af mænd ca. 55 %. I 2018 udgjorde andelen af kvinder 44 % og andelen af mænd 56 %. I 2019 udgjorde andelen af kvinder ca. 50 % og andelen af mænd ca. 50%

I 2017 og 2018 var andelen af mænd lidt større end andelen af kvinder på rygestopkurserne. I 2019 er andelen ens for de to køn.

FAKTABOKS

Antal borgere bosat i Herning Kommune i alderen fra 16 år og opefter, som er dagligrygere, udgør ca. 16 %. I Region Midtjylland udgør andelen der ryger dagligt ligeledes ca. 16 %.

Tal på regionsniveau viser, at andelen blandt mænd, der ryger dagligt, udgør 17 % og andelen blandt kvinder, der ryger dagligt, udgør 15 %.

Kilde: Hvordan har du det? 2017 - Sundhedsprofil for region og kommune. DEFACTUM, Region Midtjylland; 2018

5.3 Antal deltagere, som er startet på rygestopforløb, opgjort i forhold til individuelt eller gruppebaseret forløb

Tabel 3.

	2016	2017	2018	2019
Startet på forløb	321	348	273	251
Individuelt forløb	250	293	230	195
Gruppebaseret forløb	71	55	43	56

Kilde: Data er trukket i KMD Care indtil 24. september 2018 og eLIS Cura for den resterende periode af 2018. På grund af overgangen fra et fagsystem til et andet, er der en vis usikkerhed forbundet med tallene for 2018. I 2019 er tallene hentet i Den nationale Rygestopdatabase.

I tabel 3 ses antal deltagere på rygestopforløb og fordelingen i forhold til et individuelt forløb og et gruppebaserede forløb. I 2016 udgjorde andelen på et individuelt forløb ca. 78 % og andelen på et gruppebaseret forløb ca. 22 %. I 2017 og 2018 udgjorde andelen på et individuelt forløb ca. 84 % og andelen på et gruppebaseret forløb ca. 16 %. I 2019 udgør andelen på et individuelt forløb ca. 78 % og andelen på et gruppebaseret forløb ca. 22 %.

Den relativt høje andel af individuelle forløb i forhold til gruppebaserede forløb kan primært tillægges, at flere af deltagerne har flere komplekse problemstillinger udover rygning.

I 2020 er der fokus på at gennemføre flere holdforløb, dels af hensyn til omkostningseffektivitet og dels fordi det sociale aspekt kan være en støtte for den enkelte deltager.