

Hvordan har du det?

**Rygevaner og
rygeophør**



Hvordan har du det?

Hvordan har du det? er en undersøgelse af trivsel, sundhed og sygdom blandt voksne i Århus amt gennemført i 2001. Resultaterne fra undersøgelsen offentliggøres i seks rapporter med udvalgte temaer. Denne form er valgt for at give modtagerne mulighed for bedre at kunne orientere sig i det store talmateriale og koncentrere sig om det enkelte tema. Formålet med rapporterne er at styrke det lokale vidensgrundlag for det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde i Århus Amt. Rapporterne indgår i de politiske, administrative og faglige overvejelser om prioriteringer og valg af indsats. Resultaterne er, hvor det er muligt og relevant, beskrevet med regionale forskelle til brug for arbejdet i sundhedsplanarbejdets områdestyregrupper.

Følgende rapporter er udkommet:

- 1 Rygevaner og rygeophør
- 2 Selvvurderet helbred og ulighed i sundhed
- 3 Kostvaner, motion og fedme

Endvidere er der planlagt følgende rapporter:

- 4 Sociale netværk og sundhed
- 5 Helbred og tilknytning til arbejdsmarkedet
- 6 Alkoholvaner

Sideløbende med rapporterne udgives temaNymre af LIV, Århus Amts blad om sundhedsfremme og forebyggelse, som belyser de seks rapporters indhold fra andre synsvinkler.

Undersøgelsen bygger på en tilfældigt udvalgt stikprøve blandt Århus amts voksne befolkning. Der er udsendt spørgeskemaer til 5221 personer, hvoraf 76 pct har returneret skemaet i udfyldt stand. Aldersmæssigt er deltagerne afgrænset til personer mellem 25 og 74 år. Personer fra etniske minoriteter er udeladt, da sproglige og kulturelle forhold kan vanskeliggøre en korrekt udfyldelse af spørgeskemaet.

Alle rapporter er bygget op med tekst, tabeller og grafer. Der er ved fremlæggelsen af de mange tal lagt vægt på at gøre oplysningerne så overskuelige som muligt. Derfor er der i tabeller og grafer udeladt en del tekniske oplysninger, som ikke vedrører resultaterne som

sådan, men som er relevante, når man skal vurdere den statistiske usikkerhed: antal personer, der indgår i de enkelte undergrupper, sikkerhedsintervaller m.v.

Der er imidlertid taget hensyn til disse forhold i omtalen af resultaterne. Der er benyttet gængse statistiske kriterier for vurdering af den statistiske usikkerhed ($p < 0.05$ ved forskelle mellem to procentsatser med videre) og kun statistisk robuste forskelle - forskelle der efter disse kriterier næppe kan tilskrives statistiske tilfældigheder - er omtalt i teksten. Hvor procent- og gennemsnitsberegninger bygger på grupper på mindre end 30 personer, er det markeret i tabellerne ved hjælp af en parentes. Alle tabeller er beregnet direkte ud fra undersøgelsens data, hvis ikke andet er nævnt. Hvor der er benyttet statistiske modeller til at beregne procenter, gennemsnit og relativ risiko (f.eks. logistisk regression), er det nævnt med småt under tabellen.

Ved udformningen af spørgeskemaet medvirkede en arbejdsgruppe bestående af følgende personer: embedslæge Anne Filskov, Embedslægeinstitutionen for Århus Amt, lektor Svend Sabroe, Institut for Epidemiologi og Socialmedicin, Århus Universitet, forskningsleder, administrerende overlæge Per Fink, Forskningsenheden for Funktionelle Lidelser, Århus Universitet og Århus Kommunehospital. Endvidere fra Afdeling for Folkesundhed: ledende sundhedskonsulent Kirsten Vinther-Jensen, amtssocialoverlæge Claus Vinther Nielsen, datamanager Bodil Waldstrøm og sundhedskonsulent Finn Breinholt Larsen.

Data er indsamlet og analyseret i Sundhedsfremmeenheden, Afdeling for Folkesundhed, med sundhedskonsulent Finn Breinholt Larsen som hovedansvarlig for undersøgelsen. Ved bearbejdning af data er benyttet statistikprogrammet SPSS 10.0 suppleret med forskellige andre statistiske programmer.

Indhold

	Indledning	3
KAPITEL 1	Rygning som sundhedsproblem	5
	Referencer	8
KAPITEL 2	De aktuelle rygevaner	9
	Forskelle i rygevaner	10
	Køn og alder	10
	Social position	10
	Lokalområder	12
	Samlivsforhold	13
	Belastende livsomstændigheder	13
	Samspil mellem flere faktorer	14
	Referencer	14
KAPITEL 3	Rygestart og rygeophør	15
	Rygestart	15
	Debutalder	16
	Rygevaner i børnefamilier	18
	Rygeophør	19
	Ønsker om at holde op med at ryge	21
	Rygeophør - holdninger, handlinger, hindringer	22
	Referencer	24
KAPITEL 4	Rygning, sundhed og sygelighed	25
	Rygning og selvvrurderet helbred	25
	Har eksrygerne det bedre end rygerne?	25
	Helbredsgener og symptomer	27
	Hæmmet af sygdom	28
	Brug af sundhedsydelse	29
	Rygning blandt patienter	31
	Referencer	32
KAPITEL 5	Udfordringer i det forebyggende arbejde	33
	Faldende debutalder for rygere	33
	Rygning i børnefamilier	34
	De mange storrygere	34
	Sociale hindringer for rygeophør	34
	Midaldrende rygere	35
	Patienter der ryger	36
	Referencer	37

Udarbejdet af
sundhedskonsulent
Finn Breinholt Larsen
Sundhedsfremmeenheden,
Afdeling for Folkesundhed

www.aaa.dk/sundhedsfremmeenheden

Datamanagement:
Bodil Waldstrøm

Rapporten kan bestilles ved henvendelse til: Pia B. Skovsen, telefon 8739 7590,
e-mail: pbs@ag.aaa.dk

Omslagsillustration:
Hanne Ravn Hermansen

Layout og tryk:
Århus Amts Trykkeri
140-04-001



ISBN 87-7788-081-1

Århus Amt 2004
2. udgave



Indledning

Dette er den første rapport fra *Hvordan har du det?* Den handler om rygevaner og rygeophør hos den voksne befolkning i Århus amt med vægt på rygningens sociale og helbredsmæssige aspekter.

Der er sket en intensivering af den amtslige indsats mod tobaksrygning bl.a. som følge af den nationale kræfthandleplan. I 2001 etablerede Århus Amt et generelt tilbud om støtte til rygeophør under overskriften *Farvel Tobak*. Der tilbydes nu rygestopkurser og individuelle rygestopforløb til rygere, der ønsker at holde op mere end 30 steder i amtet. Endvidere er der tilbud til rygere med særlige behov, herunder gravide og hjertepatienter. Virksomheder og institutioner kan få hjælp til at tilrettelægge en indsats mod rygning på arbejdspladsen. Der er desuden indhøstet erfaringer med forebyggelse blandt en gruppe storrygere udenfor arbejdsmarkedet. Der er brug for løbende at vurdere den amtslige indsats og udvikle og tilpasse den i forhold til de aktuelle behov. *Hvordan har du det?* indeholder nyttig viden, der kan bruges ved prioritering og tilrettelæggelse af det forebyggende arbejde på tobaksområdet.

I [kapitel 1](#) sættes rygning i Århus amt ind i en større sundhedspolitisk sammenhæng. Kapitel handler om rygning som sundhedsproblem. De sundhedsmæssige konsekvenser af rygning og de nationale målsætninger for nedbringelse af antallet af rygere gennemgås.

Undersøgelsens resultater præsenteres i kapitel 2-4. I [kapitel 2](#) beskrives befolkningens aktuelle rygevaner i Århus amt. Der fokuseres på forskelle i rygevaner i forhold til køn og alder, social position, lokalområde, samlivsforhold og graden af belastende livsomstændigheder.

[Kapitel 3](#) drejer sig om rygestart og rygeophør. Udviklingen med hensyn til rygestart og debutalder belyses for mænd og kvinder og personer på forskellige uddannelsesniveauer. Et afsnit omhandler rygevaner i børnefamilier, idet børn og unge fra hjem, hvor der ryges, hyppigere selv bliver rygere. Ønsker om og erfaringer med rygeophør i forskellige lag af befolkningen beskrives, og mulige forklaringer på de betydelige forskelle i rygeophør, der kan iagttages, diskuteres.

[Kapitel 4](#) behandler sammenhængen mellem rygning, sundhed og sygelighed. Forskelle i selvvurderet helbred og forekomsten af helbredsmæssige gener hos rygere og ikke-rygere belyses samt forskelle i brugen af sundhedsydelse. Eksrygernes helbredsstatus sammenlignes med rygernes og dem, der aldrig har røget.

[Kapitel 5](#) handler om udfordringer i det forebyggende arbejde. Konsekvenser for tilrettelæggelsen af det forebyggende arbejde på tobaksområdet diskuteres på baggrund af undersøgelsens resultater.

Læsevejledning: Undersøgelsens resultater fremlægges i [kapitel 2, 3](#) og [4](#). Hvis man først og fremmest er interesseret i de overvejelser om tilrettelæggelse af indsatsen på tobaksområdet, som resultaterne giver anledning til, kan man gå direkte til [kapitel 5](#). Eventuelt efter at have læst [kapitel 1](#), der giver en kort indføring i rygning som sundhedsproblem.



Rygning som sundhedsproblem

5

At tobaksrygning er sundhedsfarligt, har man vidst i mange år. Hvor sundhedsfarligt, det er at ryge, er imidlertid først gradvist blevet klarlagt gennem et omfattende forskningsarbejde, der for alvor tog fart efter 1950, det år hvor tre banebrydende undersøgelser påviste en tæt sammenhæng mellem rygning og lungekræft (1). Flere og flere aspekter af tobaksrøgens virkning på krop og helbred er blevet undersøgt. Det er herigennem blevet klart, at rygning udgør et betydeligt større problem for folkesundheden, end man anede, da de første videnskabelige undersøgelser om rygning og lungekræft blev offentliggjort. Rygning betragtes i dag som den forebyggelige enkeltfaktor, der forårsager flest dødsfald. Rygning øger risikoen for tidlig død ganske betydeligt, og rygere har i gennemsnit flere år med nedsat livskvalitet på grund af dårligt helbred end ikke-rygere (2).

Med den viden, man har i dag, regner man med, at hver anden ryger, der starter med at ryge som ung og fortsætter livet igennem, dør af en ryge-relateret sygdom (3). Rygning skønnes at koste 12.000 danskere livet om året - 6.000 dør af hjerte-kar-sygdomme, 4.000 dør af kræft og 2.000 dør af kronisk lungesygdom. Det er 1/5 af alle dødsfald (4). En undersøgelse af godt 30.000 danskere, der er blevet fulgt i op til 30 år, konkluderer, at kvinder, der ryger 15 cigaretter eller mere om dagen og derfor betegnes som storrygere,

re, i gennemsnit mister 9,4 år af deres liv, mens kvinder, der ryger mindre end 15 cigaretter dagligt (moderate rygere), i gennemsnit mister 7,4 år af deres liv. De tilsvarende tal for mænd er 9,2 år for storrygere og 6,0 år for moderate rygere. Det er især blandt de midaldrende, at rygning koster liv (5).

Rygning øger også risikoen for en række ikke-livstruende sygdomme som grå stær, urininkontinens og åreforkalkning i benene. Kvinder, der ryger, har sværere ved at blive gravide, risikoen for spontan abort og fosterdød er større, og barnets fødselsvægt reduceres i gennemsnit med 200 g (6). Rygning kan ligeledes nedsætte virkningen af forskellige former for lægelig behandling. Rygere har f.eks. flere komplikationer i forbindelse med operationer end ikke-rygere (7).

Hertil kommer de skader, der kan opstå, når andre end rygeren selv udsættes for tobaksrøg. Passiv rygning øger risikoen for vuggedød hos spædbørn. Børn, der bor sammen med rygere, har øget risiko for mellemøre- og lungebetændelse og for at udvikle kroniske luftvejslidelser. Hos voksne øger passiv rygning risikoen for lungekræft, hjerte-kar-sygdomme og luftvejslidelser (om end ikke i nær samme omfang som hos rygerne selv) og kan være stærkt generende for f.eks. astmatikere (8).

Det er baggrunden for, at rygning i dag anses for at være en af de væsentligste hindringer for forbedringen af den danske befolknings sundhed. At nedbringe andelen af rygere i befolkningen og begrænse rygningens skadevirkninger på rygere såvel som ikke-rygere er derfor en vigtig målsætning i sundhedspolitikken. Der er store sundhedsgevinster at hente ved røgfrihed. I *Regeringens folkesundhedsprogram 1999-2008* anslås det, at rygning forårsager:

- 90 pct af alle lungekræfttilfælde
- 25 pct af alle kræfttilfælde
- 30 pct af blodpropper i hjertet og hjernen og
- 75 pct af alle tilfælde af kronisk bronkitis (9)

I princippet kan alle disse sygdomstilfælde forebygges.

Rygeprocenten har i en årrække været faldende i Danmark. For mændenes vedkommende har andelen af rygere været faldende lige siden, den første landsdækkende rygeundersøgelse blev lavet i 1953. Dengang røg 77 pct af mændene og 40 pct af kvinderne (10). Kvindernes rygeprocent fortsatte med at stige frem til 1979, hvor den nåede op på 46 pct, hvorefter den også begyndte at falde. I 2000 var 36 pct af mændene og 32 pct af kvinderne over 15 år dagligrygere (11). Der kan peges på en række forhold, der har bevirket et fald i andelen af rygere. Befolkningens viden om risikoen ved at ryge er øget, både fordi medierne løbende har omtalt resultater af ny forskning på området

og på grund af den målrettede informationsindsats fra patientforeninger og offentlige myndigheder. Tobaksafgifter, indførelse af rygeregler på arbejdspladser og i offentlige lokaler og transportmidler, lanceringen af nikotinerstatningsprodukter (nikotintygegummi m.v.) samt rådgivning fra sundhedspersonale har sandsynligvis også medvirket til at nedbringe andelen af rygere.

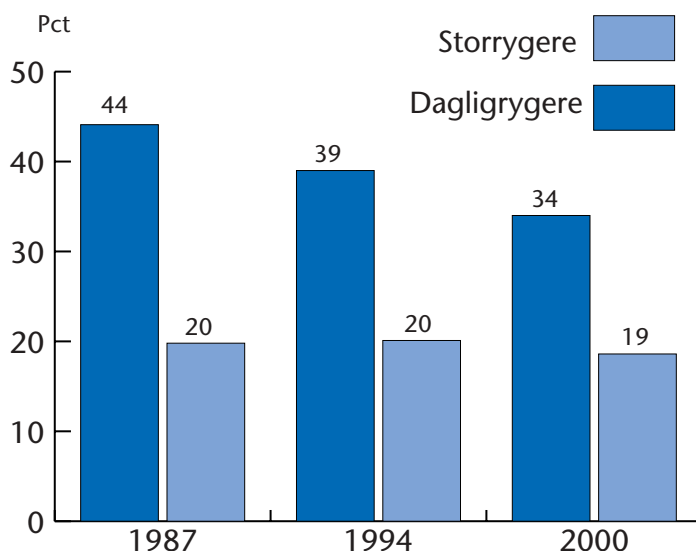
Faldet i andelen af rygere er i sig selv positivt, men det er overvejende rygere med et lille eller moderat forbrug, der er holdt op. Mens der således har været et kraftigt fald i andelen af rygere med et dagligt forbrug på mindre end 15 cigaretter om dagen, er andelen af storrygere fortsat med at stige indtil de allerseneste år. Derfor udgør storrygerne nu en betydelig større andel af samtlige rygere end tidligere. I 1950'erne var det mindre end 10 pct af rygerne, der røg 15 cigaretter eller mere om dagen, i 1980'erne var det 30 pct, og i 2000 var det tæt på 60 pct (12). Den helbredsmæssige risiko ved tobaksrygning stiger med forbruget. Derfor er den sundhedsmæssige gevinst ved, at der er færre rygere, heller ikke nær så stor, som den ville have været, hvis antallet af storrygere samtidig var faldet. **Figur 1.1** viser udviklingen i andelen af dagligrygere på landsplan og i Århus amt fra 1987 til 2000. Både på landsplan og i Århus amt er andelen af rygere faldet omkring 10 pct, mens andelen af storrygere har været uændret.

Udviklingen i den danske befolknings rygevaner anses for at være en vigtig årsag til, at danskerne i gennemsnit lever kortere end andre vesteuro-

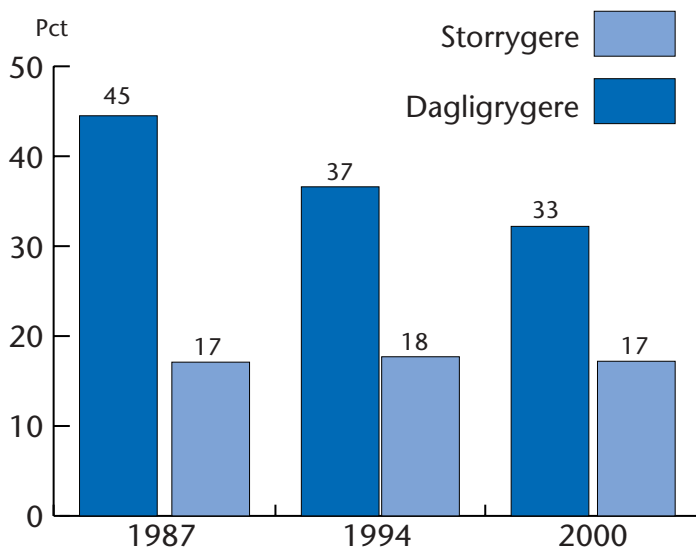
Figur 1.1

Udviklingen i andelen af dagligrygere og storrygere i den voksne befolkning (16 år og opefter) - hele landet og Århus amt (11, 13, 14)

Hele landet



Århus amt



pæere (15). Således var de danske kvinder de mest rygende kvinder i samtlige de 87 lande, der indgik i WHO's globale status over rygevaner

i 1997, og dødeligheden af lungekræft blandt kvinder i Danmark er den højeste i Europa (16). I *Sundhedspolitisk redegørelse 2002* (17) opstiller re-

geringen det som et sundhedspolitisk mål, at reducere andelen af dagligrygere med en tredjedel over en 10-årig periode. Det vil kunne reducere dødeligheden af lungekræft, kronisk bronkitis, emfysem (for store lunger) og iskæmisk hjertesygdom, således at 25.000 flere danskere vil være i live efter 20 år. Her ved øges middellevetiden for befolkningen med 7 måneder. Endvidere vil antallet af gode leveår øges. Man forventer også, at en intensiveret forebyggelsesindsats vil kunne reducere behandlingsomkostningerne på sygehusene.

De mange storrygere er en udfordring til den del af det forebyggende arbejde, der retter sig mod at hjælpe rygere til at holde op. Storrygere har erfaringsmæssigt sværere ved at kvitte tobakken, da den fysiske og psykiske afhængighed af tobakken er større, og de har derfor i højere grad brug for støtte, hvis deres forsøg på at holde op skal lykkes.

Den anden store udfordring til den forebyggende indsats er den skæve sociale fordeling af rygere. For 50 år siden var der betydeligt flere rygere blandt mænd end kvinder. Til gengæld var rygning stort set lige udbredt i alle samfundslag. Siden har mænds og kvinders rygevaner nærmet sig hinanden. Til gengæld er der nu forholdsmæssigt flere, der ryger, i den del af befolkningen, der har den laveste placering på den sociale rangstige, hvad enten man måler det ud fra uddannelse, indtægt eller erhverv (18). Rygning er derfor en væsentlig årsag til social ulighed i sundhed, idet der sker en opkobling af rygerrelateret sygelighed og død blandt de

dårligst stillede grupper i samfundet.

Hvis man skal modvirke, at rygning i stigende grad bliver forbundet med lav social status, er det vigtigt at være opmærksom på de sociale sammenhænge, som rygningen indgår i. Nikotin er et vane-dannende stof, og det er en væsentlig del af forklaringen på, at det er vanskeligt for rygere at holde op med at ryge. Men det forklarer ikke, hvorfor de sociale forskelle mellem rygere og ikke-rygere bliver større og større. Her må man i stedet se på de sociale omgivelser betydning for rygestart og rygeophør og på den rolle, rygning spiller i dagligdagen hos forskellige grupper af rygere.

Hilary Graham har lavet undersøgelser af rygevaner blandt engelske arbejderkvinder i lavtlønnede jobs (19, 20). Hun konkluderer, at rygning er et af de midler, som disse kvinder, ikke mindst kvinder med små børn, bruger for at klare sig igennem en presset hverdag. Deres beretninger viser, at de bruger rygning til at strukturere dagligdagen på en måde, så de lettere kan klare modgang, fysisk udmatelse og omgivelsernes konstante krav. Rygning skaber små forudsigelige pauser i dagligdagen, og cigaretter er en lettilgængelig ressource i tilfælde af, at der opstår kriser.

En dansk kvalitativ undersøgelse af rygere, der søger at besvare spørgsmålet *Hvorfor bliver de ved?* peger på, at det at ryge har mange forskellige betydninger i rygerens hverdag (21). "Rygning individualiseres i disse år. Det er den enkelte rygers ansvar at holde op - og den enkelte rygers an-

svar, hvis hun *ikke* holder op. Indenfor sundhedsvæsenet har vi i høj grad valgt at se rygning som en "isoleret adfærd", og vi har valgt at tale om kun en lille del af rygningen - den del, der kan beskrives med ord, og som handler om at holde op med at ryge. Vi har valgt ordene "kvit tobakken" - og "rygning er sundhedsskadeligt" - og dermed kun fokuseret på adfærden i "handlingen at ryge". Betydningen af "at ryge" har vi set bort fra i vores oplysningskampagner. Men rygning opretholdes, fordi rygning har betydning. Og rygning er ikke en isoleret adfærd. Rygning skal forstås som det leves - som en stærkt integreret del af rygerens øvrige liv - med mange forskellige betydninger i rygerens hverdagsliv."

Hvis man skal sikre et fortsat fald i andelen af rygere samt en reduktion i tobaksforbruget, er det vigtigt, at der ved tilrettelæggelsen af indsatsen tages højde for de ændringer i befolkningens rygevaner, der er indtrådt i de senere år. Rygerne er blevet færre, men gennemgående mere afhængige, og den sociale fordeling af rygerne er blevet mere skæv.

Referencer

1. Parascandola M (2001). Cigarettes and the US Public Health Services in the 1950s. *American Journal of Public Health*; 91: 196-205.
2. Brønnum-Hansen H, Juel K (2001). Abstinence from smoking extends life and compresses morbidity: a population based study of health expectancy among smokers and never smokers in Denmark. *Tobacco Control*;10(3): 273-278.
3. Peto R, Lopez AD, Boreham J, Thun M, Heath C, Doll R (1994). *Mortality from smoking in the developed countries, 1950-2000*. Oxford University Press.
4. *Tobaksskaderådets årsberetning 1997*.
5. Prescott EIB, Osler M, Hein HO, Borch-Jensen K, Schnohr P, Vestbo J (1999). Rygning og middellevetid blandt danske mænd og kvinder. *Ugeskrift for Læger*; 161: 1261-1263.
6. Wyser C, Bolliger CT (1997). Smoking-related disorders. *Progress in Respiratory Research*; 28: 78-106.
7. *Tobak, alkohol og operation (2001)*. Sundhedsstyrelsen.
8. Wiebel FJ (1997). Health effects of passive smoking. *Progress in Respiratory Research*; 28: 107-121.
9. *Regeringens folkesundhedsprogram 1999-2008 (1999)*. Sundhedsministeriet.
10. Hansen NS (1995). *Rygnings sociologi*. Tobaksskaderådet.
11. Kjølner M, Rasmussen NK (red.) (2002). *Sundhed og sygelighed i Danmark 2000 og udviklingen siden 1987*. Statens Institut for Folkesundhed.
12. Juel K (2002). Danskernes rygevaner gennem 50 år: storrygere og smårygere. *Ugeskrift for Læger*; 164: 1677-1678.
13. Rasmussen NK, Groth MV, Breckjær SR, Madsen M, Kamper-Jørgensen F (1988). *Sundhed og sygelighed i Danmark 1987*. Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi.
14. Kjølner M, Rasmussen NK, Keiding L, Petersen HC, Nielsen GA (1995). *Sundhed og sygelighed i Danmark 1994 - og udviklingen siden 1987*. Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi.
15. Juel K (1998). Hvorfor har danskerne problemer med middellevetiden? *Ugeskrift for Læger*; 160: 6800-6805.
16. World Health Organization (1997). *Tobacco or Health: A Global Status Report*. World Health Organization.
17. *Sundhedspolitisk redegørelse 2002 (2002)*. Indenrigs- og Sundhedsministeriet.
18. Lindström M, Hanson B, Östergren PO, Berlund G (2000). Socioeconomic differences in smoking cessation: the role of social participation. *Scandinavian Journal of Public Health*; 28(3): 200-208.
19. Graham H (1993). *When life's a drag: Women, smoking and disadvantage*. HMSO, London
20. Graham H (1998). Promoting health against inequality: using research to identify targets for intervention - a case study of women and smoking. *Health Education Journal*; 57: 303-312.
21. Tulinius C (2001). Rygere, hvorfor bliver de ved? *Medicinsk Årbog 2001*; 11-22.

De aktuelle rygevaner

9

Befolkningens rygevaner kan beskrives ved hjælp af et trædiagram, hvor der først skelnes mellem dem, der er eller har været rygere, og dem, der aldrig har været rygere (figur 2.1). Den sidste gruppe defineres her som personer, der ikke ryger nu, og som ikke på noget tidspunkt har røget dagligt. De udgør 38 pct af de voksne mellem 25 og 74 år i Århus amt¹. Rygere og eksrygere udgør de resterende 62 pct. 23 pct har tidligere røget dagligt, men er nu eksrygere, mens 39 pct stadig ryger enten dagligt eller lejlighedsvis. Rygerne er yderligere opdelt efter forbrug, og ef-

ter hvor hyppigt de ryger. Cigarer, cerutter og pibestop er omregnet til den tilsvarende mængde cigaretter (cigaret-ækvivalenter)². Personer, der ryger, hvad der svarer til 15 cigaretter eller mere i gennemsnit om dagen, betegnes som storrygere, mens personer, der ryger mindre, betegnes som moderate rygere. Der er 22 pct storrygere og 17 pct moderate rygere.

Alle storrygere og en del af de moderate rygere ryger hver dag. Der er 32 pct, der ryger dagligt. De øvrige rygere betegnes som lejlighedsrygere. Nogle af dem ryger hver uge,

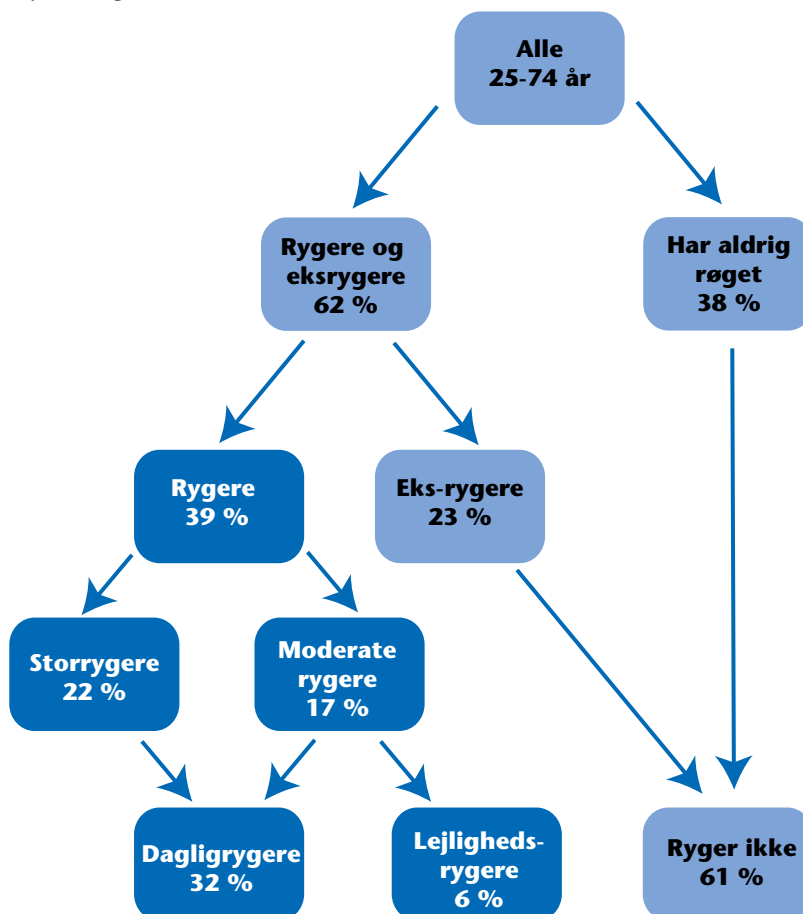
andre sjældnere. Lejlighedsrygerne udgør 6 pct.

Andelen af rygere i Århus amt afviger ikke væsentligt fra den samlede danske befolkning. I 2000 røg 34 pct af den voksne befolkning i Danmark dagligt, og 19 pct var storrygere (1). Der er dog lidt flere lejlighedsrygere i Århus amt: 6 pct mod 3 pct på landsplan (2).

Der er en sundhedsrisiko forbundet med al rygning, men risikoen vokser, jo oftere og jo mere man ryger. Derfor vil der i det følgende blive fokuseret på dagligrygerne.

Figur 2.1

Rygevaner blandt befolkningen i Århus amt - 25-74 år



¹ Her og i det følgende er procenter afrundet til nærmeste hele tal, og summen af andelen kan derfor i nogle tilfælde afvige fra 100 pct.

² Der er brugt følgende omregningsnøgle: 1 cerut = 3 cigaretter, 1 cigar = 4,5 cigaretter, 1 pibestop = 3 cigaretter.

Forskelle i rygevaner

I det følgende beskrives forskelle i rygevaner med hensyn til køn og alder, social position, lokalområde, samlivsforhold og børn samt forekomsten eller fraværet af belastende livsomstændigheder (figur 2.2). Forskelle i rygevaner vil blive belyst ud fra følgende spørgsmål: Hvor mange ryger dagligt? Hvor stort er deres forbrug? Hvor stor en andel af dagligrygerne er storrygere? Hvor afhængige er de af at ryge?

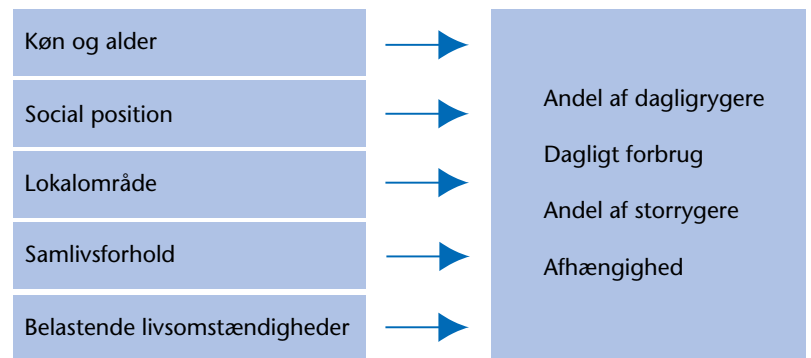
Køn og alder

Selv om mænds og kvinders rygevaner har nærmet sig hinanden gennem de seneste 50 år, er der stadig lidt flere mænd end kvinder, der ryger (tabel 2.1). Det gælder for alle aldersgrupper fra 25 til 74 år på nær de ældste, hvor andelen af dagligrygere er lige stor. De mandlige dagligrygere har endvidere et større tobaksforbrug end de kvindelige dagligrygere, en større andel af de mandlige dagligrygere er storrygere, og de er gennemgående mere afhængige end kvinderne³.

Der er store aldersforskelle i rygevaner. Der er betydeligt færre unge, der ryger dagligt, end midaldrende. Det er i aldersgruppen 45-54 år, man finder den største andel af dagligrygere. 41 pct af mændene og 38 pct af kvinderne ryger dagligt. For kvindernes vedkommende er det også i denne aldersgruppe, at dagligrygerne har det største tobaksforbrug, den største andel af storrygere og den største grad af afhængighed.

Figur 2.2

Sammenhængen mellem rygevaner og forskellige sociale og personlige forhold



Tabel 2.1

Rygevaner blandt mænd og kvinder

	Alder					Total
	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	
Ryger dagligt						
Mænd	28%	33%	41%	36%	34%	34%
Kvinder	25%	28%	38%	30%	34%	30%
Cigaretter pr. dag - dagligrygernes gennemsnitlige forbrug¹						
Mænd	15	19	19	20	15	18
Kvinder	12	14	15	13	12	14
Storrygere - dagligrygere der ryger mindst 15 cigaretter om dagen						
Mænd	69%	78%	79%	85%	58%	76%
Kvinder	54%	63%	66%	50%	41%	57%
Afhængighed - dagligrygere der er moderat eller meget afhængige²						
Mænd	54%	62%	65%	68%	51%	61%
Kvinder	38%	55%	59%	46%	35%	49%

1. Der er benyttet et robust gennemsnit (Tukeys biweight) for at mindske betydningen af ekstreme værdier.

2. 3-6 point på *Heaviness of Smoking Index*.

Social position

Uddannelsesniveaue bruges her som indikator for social position. Uddannelse fastlægger i store træk en persons jobmuligheder og påvirker herigennem fordelingen af centrale levevilkår som indkomst, indflydelse på egen arbejdssituation, boligstandard og fritidsmuligheder.

Der skelnes mellem tre uddannelsesniveauer⁴: *Laveste niveau* der svarer til grundskole plus eventuelt et eller flere kortere kurser (f.eks. truckfører eller hjemmehjælper med 9 års skolegang). *Mellemste niveau* der hovedsageligt omfatter de erhvervsfaglige uddannelser (f.eks. murer, EDB-assistent, maskinarbejder eller social- og sundheds-

³ Der er beregnet et *Heaviness of Smoking Index*, der kan antage værdier fra 0 til 6. 0-2 = ringe afhængighed, 3-4 = moderat afhængighed og 5-6 = høj afhængighed (3, 4). Indekset kombinerer det gennemsnitlige forbrug pr. dag og tidsrummet, der plejer at gå, fra personen vågner, til vedkommende ryger første gang i løbet af dagen. Kategorierne i et indeks som dette bør ikke tolkes alt for firkantet. Man bør først og fremmest lægge vægt på relative forskelle i indekseværdier mellem forskellige grupper.

⁴ Til klassificering af uddannelsesniveaue er benyttet *Dansk Uddannelsesnomenklatur (DUN)*. DUN er en registrering af nuværende og tidligere danske uddannelser af en varighed på mindst 80 timer. Niveauopdelingen går fra 0 til 8. De ni niveauer er her slået sammen til tre, idet *laveste niveau* svarer til niveau 0-3 i DUN, *mellemste niveau* til niveau 4-5 og *højeste niveau* til niveau 6-8.

assistent). *Højeste niveau* der omfatter mellemlange og lange videregående uddannelser (f.eks. folkeskolelærer, sygeplejerske, civilingeniør eller socialrådgiver). 20 pct af befolkningen er på laveste uddannelsesniveau (fra 12 pct hos de 25-34-årige til 42 pct hos de 65-74-årige), 55 pct er på det mellemste uddannelsesniveau (her er der ikke større forskel mellem aldersgrupperne) og 25 pct er på det højeste uddannelsesniveau (fra 10 pct hos de 65-74-årige til 35 pct hos de 25-34-årige).

Som det ses i **tabel 2.2** er der særdeles stor forskel mellem de tre uddannelsesniveauer med hensyn til andelen af dagligrygere. Der er dobbelt så mange, der ryger blandt de lavest uddannede i forhold til de højest uddannede, nemlig 21 pct mod 43 pct. Forskellen er størst i aldersgruppen 35-44 år.

Dagligrygerne på det højeste uddannelsesniveau skiller sig ud fra dagligrygerne på de to lavere uddannelsesniveauer ved at have et væsentligt mindre tobaksforbrug, en lavere andel af storrygere og en mindre grad af afhængighed. Forskellen er især markant i aldersgruppen 25-34 år. Kun 20 pct af de højest uddannede på 25-34 år er moderat eller meget afhængige af at ryge mod 51 pct på det mellemste og 65 pct på det laveste uddannelsesniveau.

Tabel 2.3 viser andelen af dagligrygere efter erhvervs-mæssig stilling. Blandt personer i arbejde er der flest dagligrygere blandt specialarbejdere

Tabel 2.2
Rygevaner og uddannelsesniveau

	Alder					Total
	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	
Ryger dagligt						
Laveste niveau	42%	51%	50%	38%	38%	43%
Mellemste niveau	29%	31%	41%	33%	34%	34%
Højeste niveau	17%	17%	29%	25%	19%	21%
Cigaretter pr. dag - dagligrygernes gennemsnitlige forbrug¹						
Laveste niveau	17	16	18	17	13	16
Mellemste niveau	15	17	17	16	14	16
Højeste niveau	7	13	15	15	(16)	12
Storrygere - dagligrygere der ryger mindst 15 cigaretter om dagen						
Laveste niveau	67%	67%	73%	71%	47%	65%
Mellemste niveau	72%	75%	74%	67%	53%	70%
Højeste niveau	32%	61%	68%	72%	(50%)	56%
Afhængighed - dagligrygere der er moderat eller meget afhængige²						
Laveste niveau	65%	64%	72%	57%	44%	61%
Mellemste niveau	51%	61%	62%	61%	40%	57%
Højeste niveau	20%	41%	54%	49%	(63%)	40%

Parentes om et tal angiver, at tallet er beregnet på basis af mindre end 30 personer.

1. Se note 1 i tabel 2.1.

2. Se note 3 side 10.

Tabel 2.3
Dagligrygere og erhvervs-mæssig stilling

	Dagligrygere
I arbejde	
Specialarbejder, ufaglært	48%
Faglært arbejder	30%
Funktionær, tjenestemand	25%
Selvstændig	30%
Lærling eller elev	36%
Anden beskæftigelse	35%
Uden arbejde	
Arbejdsløs med understøttelse	41%
Førtidspensionist	47%
Pensionist	34%
Efterlønsmodtager, på overgangsydelse	32%
Kontanthjælpsmodtager	75%
Hjemmegående	(33%)
På orlov	12%
Under uddannelse	24%
Andet	50%

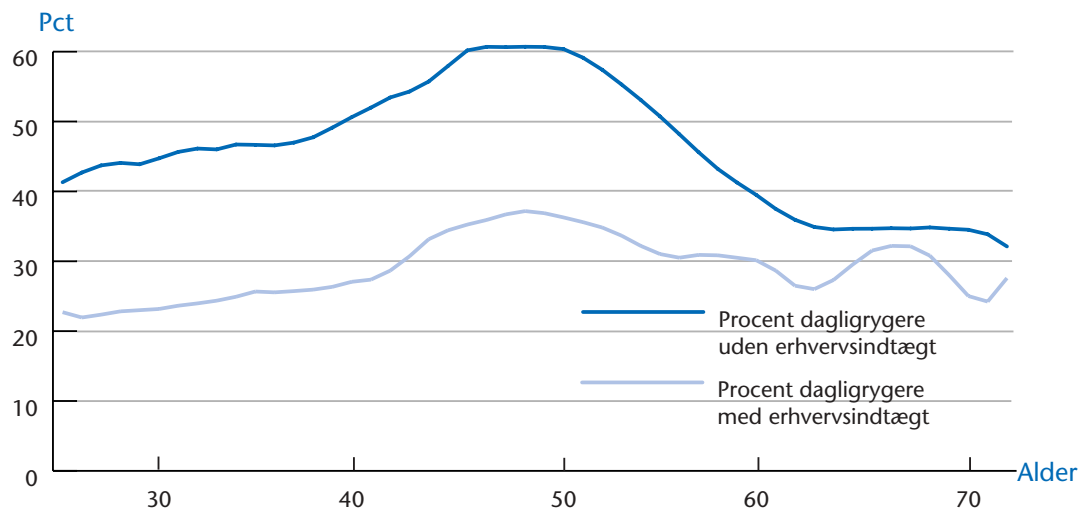
Parentes om et tal angiver, at tallet er beregnet på basis af mindre end 30 personer.

og ufaglærte (48 pct) og færrest blandt funktionærer og tjenestemænd (25 pct). Blandt personer uden arbejde er der

flest dagligrygere blandt kontanthjælpsmodtagere (75 pct) og færrest blandt personer på orlov (12 pct).

Figur 2.3

Andel af dagligrygere blandt personer med og uden erhvervsindtægt



Der er benyttet lowess-regression til udglatning af kurverne med *rygestatus* som afhængig variabel og *alder* som uafhængig variabel.

Figur 2.3 viser andelen af dagligrygere opdelt på personer med og uden erhvervsindkomst. Ved erhvervsindkomst forstås her løn og indtægt fra selvstændig virksomhed. Endvidere er til erhvervsindkomst medregnet uddannelsesstøtte/elevløn og orlovsydelse. En fjerdedel af befolkningen mellem 25 og 74 år har ikke erhvervsindkomst. Blandt personer under 55 år er det hver ottende. Det er fortrinsvis personer, der er på en eller anden form for overførselsindkomst. Enten midlertidigt, som f.eks. understøttelse ved arbejdsløshed, eller permanent i form af pension.

Til og med 55 år er der 20-25 pct flere der ryger blandt personer uden erhvervsindkomst end blandt personer med. Efter denne alder formindskes forskellen i rygerandel uden dog helt at forsvinde. For gruppen af 25-55-årige under ét ryger 51 pct af dem uden erhvervsindkomst mod 29 pct af dem med.

Lokalområder

Der er flere dagligrygere i den sydlige, nordlige og østlige

del af Århus amt end i den midterste og vestlige del (tabel 2.4). Blandt de unge (25-34 år) er der flest dagligrygere i den østlige og færrest i den midterste del, henholdsvis 37 pct og 23 pct. Der er ret betydelige forskelle i uddannelsesniveaue imellem de fem områder. Der er flere højtuddannede i den midterste del af amtet end i de øvrige områder og flere på mellemste uddannelsesniveaue i den vestlige del. Forskellen i andelen af dagligrygere mellem lokalområderne kan forklares ud fra disse forskelle⁵.

Opdelingen af befolkningen, efter om de bor i ejerboliger og lejeboliger, er også en geografisk opdeling, omend ikke helt så skarp. En væsentlig del af lejeboligerne består af almenbygget boligbyggeri. Ejerboligen er langt den mest udbredte boligform. 71 pct af deltagerne i undersøgelsen bor i ejerbolig og 29 pct i lejebolig.

Der er markant flere dagligrygere blandt beboerne i lejeboligerne i forhold til ejerboligerne. Det gælder især i de

midterste aldersgrupper 35-44 år, 45-54 år og 55-64 år. Der er således 51 pct, der ryger dagligt, blandt personer på 55-64 år, der bor i lejebolig, mod 24 pct blandt personer, der bor i ejerbolig.

Beboerne i lejeboliger adskiller sig meget markant fra beboerne i ejerbolig med hensyn til samlivsforhold. I lejeboligerne er 57 pct alene, 24 pct samboende og 29 pct gift. I ejerboligerne er 11 pct alene, 16 pct samboende og 73 pct gift. Der er mange unge og en del ældre, der bor til leje, mens de midaldrende udgør en majoritet i ejerboligerne. Der er til gengæld ikke nogen særlig forskel i fordelingen på uddannelsesniveauer i de to boligformer.

Forbruget af tobak blandt dagligrygerne er størst i den østlige og nordlige del af Århus amt. En lidt større andel af dagligrygerne er storrygere her end i den øvrige del af amtet, og der er lidt flere, der er moderat eller meget afhængige (ikke vist i tabellen).

⁵ Forstået således at når der kontrolleres for uddannelsesniveaue, er der ikke længere nogen signifikant statistisk sammenhæng mellem andelen af dagligrygere og lokalområde.

Samlivsforhold

Der er færrest dagligrygere blandt personer, der er gift (tabel 2.5). Herefter følger enker og enkemænd, personer, der har en fast samlever uden at være gift, og personer, der er alene og ikke tidligere har været gift eller haft en fast samlever. Den højeste andel af dagligrygere finder man blandt personer, der er blevet skilt, separeret, eller hvor det papirløse samliv er ophørt. Her ryger 49 pct mod 29 pct blandt de gifte. Blandt mænd, der er alene efter at være blevet skilt eller separeret, er der 58 pct, der ryger (ikke vist i tabellen).

Der er ingen væsentlige forskelle med hensyn til forbrug, andelen af storrygere og afhængighed (ikke vist i tabellen).

Belastende livsomstændigheder

Svarpersonerne er blevet spurgt, om de inden for de sidste 12 måneder har følt sig belastet af et eller flere af følgende forhold: deres økonomi, boligsituation, arbejdssituation, forholdet til deres partner, forholdet til familie og venner, sygdom hos svarpersonen selv eller sygdom hos partner, familie eller nære venner. På den baggrund er der lavet et samlet indeks for belastende livsomstændigheder⁶. Knap en fjerdedel af befolkningen har været udsat for stor belastning og knap en fjerdedel for en del belastning. Godt halvdelen har været udsat for lille eller ingen belastning.

Der er en tydelig sammenhæng mellem belastende livsomstændigheder og daglig rygning (tabel 2.6). Mens der er 28 pct dagligrygere blandt

Tabel 2.4 Dagligrygere i de forskellige dele af Århus amt og i ejerboliger og lejerboliger

Område	Alder					Total
	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	
Område						
Midt	23%	27%	37%	35%	32%	30%
Syd	30%	36%	39%	38%	29%	35%
Vest	26%	30%	36%	23%	34%	30%
Nord	28%	36%	43%	33%	42%	36%
Øst	37%	31%	48%	35%	29%	36%
Ejerbolig/lejerbolig						
Lejerbolig	29%	44%	54%	51%	30%	39%
Ejerbolig	24%	26%	36%	24%	34%	29%

Inndelingen i lokalområder i tabel 2.4 omfatter følgende kommuner:

Område	Kommune
Midt	Århus Hinnerup Hørning
Syd	Skanderborg Odder Samsø
Vest	Silkeborg Them Ry Gjern Hammel Galten
Nord	Randers Purhus Langå Hadsten Rosenholm Sønderhald Rougsø Nørhald Mariager
Øst	Grenaa Nørre Djurs Midtdjurs Rønde Ebeltoft

Tabel 2.5

Dagligrygere hos personer, der er gift, samlevende eller alene

	Alder					Total
	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	
Gift	18%	25%	36%	29%	32%	29%
Fast samlever	28%	39%	49%	43%	30%	35%
Alene - enke/enkemand	-	-	41%	31%	35%	35%
Alene - skilt/samliv ophørt	46%	50%	50%	55%	41%	49%
Alene - aldrig gift/samlever	29%	27%	39%	38%	42%	31%

Tabel 2.6

Dagligrygere hos personer med forskellige grader af belastende livsomstændigheder

	Alder					Total
	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	
Stor belastning	41%	44%	43%	40%	37%	42%
En del belastning	26%	30%	41%	35%	32%	32%
Lille/ingen belastning	17%	24%	37%	30%	34%	28%

⁶ Personer, der har følt sig meget belastet af mindst et af disse syv forhold, er kategoriseret under *stor belastning*. Hvis vedkommende har følt sig en del belastet af mindst et af de syv forhold (men ikke meget belastet af nogen af dem) er vedkommende kategoriseret under *en del belastning* osv.

personer, der er fri for belastende livsomstændigheder, er der 42 pct dagligrygere blandt personer, der har været udsat for meget belastende livsomstændigheder. Sammenhængen mellem belastende livsomstændigheder og rygevaner er mest udpræget i de to yngste aldersgrupper.

Der er ingen forskel med hensyn til det gennemsnitlige antal cigaretter pr. dag, andelen af storrygere og afhængighed (ikke vist i tabellen).

Samspil mellem flere faktorer

I det foregående er sammenhængen mellem rygevaner og en række sociale og personlige forhold beskrevet. For at illustrere, hvordan disse forhold spiller sammen, vises her andelen af dagligrygere for nogle forskellige kombinationer af uddannelsesniveau, samlivsforhold og belastende livsomstændigheder (tabel 2.7).

Den laveste andel af dagligrygere finder man blandt personer på det højeste uddannelsesniveau, som er gift, og som ikke inden for det sidste år

har oplevet belastende livsomstændigheder. Her er der 16 pct, som ryger dagligt, mod f.eks. 41 pct blandt personer i den samme uddannelsesgruppe, som er alene efter et brudt parforhold, og som inden for det sidste år har følt sig meget belastet af deres livsomstændigheder. Den største andel af dagligrygere finder man blandt personer på det laveste uddannelsesniveau, der er alene efter et brudt parforhold, og som inden for det sidste år har følt sig meget belastet af deres livsomstændigheder. Her er der hele 67 pct, der ryger dagligt.

Tabel 2.7

Andelen af dagligrygere hos personer med forskellige kombinationer af uddannelsesniveau, samlivsforhold og belastende livsomstændigheder

Uddannelse	Samlivsforhold	Livsomstændigheder	Dagligrygere
Højeste niveau	Gift	Lille/ingen belastning	16%
Højeste niveau	Gift	Stor belastning	25%
Højeste niveau	Alene efter brud	Lille/ingen belastning	27%
Højeste niveau	Alene efter brud	Stor belastning	41%
Mellemste niveau	Gift	Lille/ingen belastning	27%
Mellemste niveau	Gift	Stor belastning	40%
Mellemste niveau	Alene efter brud	Lille/ingen belastning	43%
Mellemste niveau	Alene efter brud	Stor belastning	57%
Laveste niveau	Gift	Lille/ingen belastning	35%
Laveste niveau	Gift	Stor belastning	50%
Laveste niveau	Alene efter brud	Lille/ingen belastning	53%
Laveste niveau	Alene efter brud	Stor belastning	67%

Procentdelen af dagligrygere er beregnet ved hjælp af en logistisk regressionsmodel med *rygestatus* som afhængig variabel og *uddannelse*, *samlivsforhold* og *belastende livsomstændigheder* som uafhængige variable.

Referencer

1. Køller M, Rasmussen NK (red.) (2002). *Sundhed og sygelighed i Danmark 2000 og udviklingen siden 1987*. Statens Institut for Folkesundhed.
2. *Sundheds- og sygelighedsundersøgelserne 2000. Interviewskema med svarfordelinger*. Statens Institut for Folkesundhed.
3. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Rickert WS, Robinson J (1989). Measuring the heaviness of smoking: using self-reported time to the first cigarette of the day and number of cigarettes smoked per day. *British Journal of Addiction*; 84: 791-9.
4. Kozlowski, LT, Porter CQ, Orleans CT, Pope MA, Heatherton T (1994). Predicting smoking cessation with self-reported measures of nicotine dependence. *Drug and Alcohol Dependence*; 34: 211-216.

Det er tilgangen og afgangen af rygere, der bestemmer, hvordan antallet af rygere, eksrygere og personer, som aldrig har røget, udvikler sig. Flytninger og dødsfald kan påvirke udviklingen. Men det er først og fremmest andelen af personer, som begynder og holder op med at ryge, der er afgørende for, hvor mange rygere der er i befolkningen. Dette kapitel fokuserer derfor på *rygestart* og *rygeophør*.

Rygestart

De fleste rygere begynder at ryge som teenagere. Rygestart er således i modsætning til rygeophør knyttet til en bestemt livsfase, og det at ryge er for mange unges vedkommende en del af starten på voksenlivet. Nogle af de spørgsmål, der skal belyses her, er: Hvordan har udviklingen været i andelen, der starter med at ryge, i de 50 årgange, som undersøgelsen omfatter? Er der færre unge, der begynder at ryge i dag end tidligere? Er der forskelle med hensyn til køn og social position? Starter de unge senere eller tidligere med at ryge nu end førhen? Spørgsmålet om debutalderen har interesse, fordi det vides fra andre undersøgelser, at jo senere man starter med at ryge, jo lettere er det at holde op igen (1, 2).

For befolkningen som helhed er der sket et betydeligt fald i andelen, der er eller har været dagligrygere, fra de ældre til de yngre aldersgrupper. Det fremgår af [tabel 3.1](#), hvor andelen, der var begyndt at ryge dagligt, inden de var 25 år, er opgjort på tiårsgrupper. Mellem 58 pct og 63 pct var debu-

Tabel 3.1

Andelen, der var begyndt at ryge dagligt, inden de var 25 år, blandt nuværende og tidligere dagligrygere

	Alder					Total
	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	
Hele befolkningen	45%	50%	62%	58%	63%	54%
Køn						
Mænd	44%	49%	69%	68%	76%	59%
Kvinder	46%	51%	56%	49%	50%	50%
Uddannelsesniveau						
Laveste	54%	68%	61%	60%	60%	61%
Mellemste	50%	51%	64%	61%	67%	57%
Højeste	34%	37%	60%	49%	58%	44%

Beregnet ved hjælp af en aktuarisk 'overlevelsestabel' med etårs aldersintervaller på baggrund af svarpersonernes oplysning om, hvornår de begyndte at ryge dagligt.

teret som dagligrygere, inden de var 25 år blandt personer på 45 år og opefter, mens andelen var faldet til 50 pct i aldersgruppen 35-44 år og 45 pct i aldersgruppen 25-34 år. På trods af den nedadgående tendens er det stadig omkring halvdelen blandt de yngre årgange, der har røget dagligt i en kortere eller længere periode.

Faldet i andelen, der er debuteret som dagligrygere, har været væsentligt større hos mænd end kvinder. Blandt mænd på 65-74 år er andelen, der er startet som dagligrygere, 76 pct mod 44 pct blandt mænd på 25-34 år. Udviklingen hos kvinderne afviger fra mændene ved, at der er færre ældre end midaldrende kvinder, der har røget dagligt. Hos kvinderne toppede andelen, der debuterede som dagligrygere, inden de var 25 år, med 56 pct i aldersgruppen 45-54 år. Herefter er der indtrådt et moderat fald blandt de yngre årgange til 46 pct blandt kvinder på 25-34 år. I de yngste år-

gange er der stort set lige mange mænd og kvinder, der er startet med at ryge dagligt. Set over alle 50 årgange har andelen, der er blevet dagligrygere, været meget mere konstant hos kvinderne end hos mændene.

Der er sket en betydelig forøgelse af de sociale forskelle fra de ældste til de yngste aldersgrupper med hensyn til rygestart. Det skyldes, at andelen, der er begyndt at ryge dagligt, er faldet betydeligt mere blandt den del af de unge, der har en mellemlang og lang videregående uddannelse (højeste uddannelsesniveau), end blandt personer med en erhvervsfaglig eller ingen uddannelse (mellemste og laveste uddannelsesniveau). Fra 45 til 74 år er der kun små forskelle mellem laveste, mellemste og højeste uddannelsesniveau i andelen, der er startet med at ryge dagligt. I de to yngste aldersgrupper er der derimod betydeligt færre personer på det højeste end på det mellemste

og det laveste uddannelsesniveau, som er eller har været dagligrygere. På det laveste uddannelsesniveau finder man den største andel af personer, der er debuteret som dagligrygere, i aldersgruppen 35-44 år, nemlig 68 pct. I aldersgruppen 25-34 år er debutandelen på 34 pct på det højeste uddannelsesniveau mod 50 pct på det mellemste og 54 pct på det laveste uddannelsesniveau.

Debutalder

Flere undersøgelser har som nævnt vist, at det er lettere at holde op med at ryge, jo senere man begynder at ryge. Nærværende undersøgelse viser, at der er en tæt sammenhæng mellem debutalderen som dagligryger og såvel afhængighed, forbrug og rygeophør (tabel 3.2).

- Jo senere rygestart, jo mindre er afhængigheden målt ved det tidsrum, der går,

før dagens første cigaret tændes. Andelen af personer, der tænder den første cigaret mellem 0-5 minutter, efter at de er vågnet, øges fra 4 pct for personer, der var startet med at ryge dagligt, efter at de var fyldt 22 år, til 34 pct for personer, der var startet med at ryge, inden de var fyldt 13 år.

- Jo senere rygestart, jo mindre er det daglige tobaksforbrug. Andelen af storrygere øges fra 26 pct for personer, der var startet med at ryge dagligt, efter de var fyldt 22 år, til 49 pct for personer, der var startet med at ryge, inden de var fyldt 13 år.
- Jo senere rygestart, jo flere er holdt op med at ryge. Rygeophørsraten blandt personer, der var startet med at ryge, efter at de var fyldt 22 år, er 123 pct større end hos personer, der var startet med at ryge, inden de var fyldt 13 år.

Tabel 3.2

Sammenhængen mellem debutalder som dagligryger og afhængighed, forbrug og rygeophør

	Alder for debut som dagligryger					Total
	6-12	13-15	16-18	19-21	22+	
Ryger 0-5 minutter efter at være vågnet om morgenen	34%	22%	13%	10%	4%	16%
Storryger (ryger 15 cigaretter eller mere pr. dag)	49%	45%	36%	30%	26%	37%
Forøgelse af rygeophørsraten i forhold til debutalder 6-12 år ¹	-	12%	46%	75%	123%	-

1. Beregnet ved hjælp af Cox-regression med *tid til rygeophør* som afhængig variabel og *debutalder*, *køn*, *alder* og *uddannelse* som uafhængige variable.

Tabel 3.3

Andelen, der var begyndt at ryge dagligt, inden de var 16 år, blandt nuværende og tidligere dagligrygere

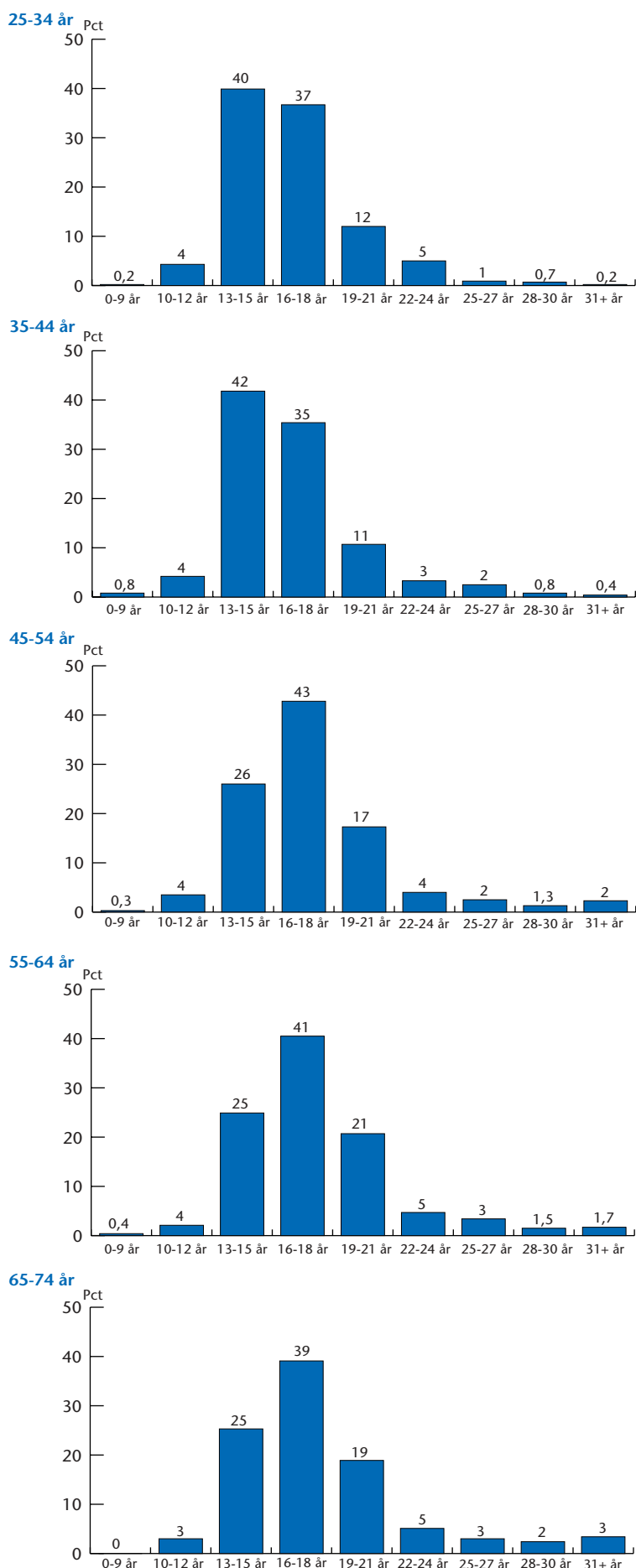
	Alder					Total
	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	
Hele befolkningen	20%	24%	20%	17%	19%	20%
Køn						
Mænd	20%	25%	26%	26%	34%	25%
Kvinder	20%	24%	14%	8%	5%	16%
Uddannelsesniveau						
Laveste	30%	37%	24%	22%	16%	25%
Mellemste	24%	26%	21%	17%	24%	22%
Højeste	12%	14%	15%	10%	14%	13%

Beregnet ved hjælp af en aktuarisk 'overlevelsestabel' med etårs aldersintervaller på baggrund af svarpersonernes oplysning om, hvornår de begyndte at ryge dagligt.

Selv om den største sundhedsmæssige gevinst opnås ved at nedbringe andelen af børn og unge, der begynder at ryge, så meget som muligt, underbygger disse tal, at det i sig selv har en gavnlig virkning at udskyde alderen for rygedebut, idet det både er med til at reducere forbruget blandt rygerne og lette et senere rygeophør.

Figur 3.1 viser, hvornår de nuværende og tidligere dagligrygere startede med at ryge dagligt i de forskellige aldersgrupper. I alle aldersgrupper er der en karakteristisk top omkring teenagealderen. Man kan tale om de 8 kritiske år, hvor de fleste har deres debut

Figur 3.1
Alder ved rygestart - fordelingen af debutalder for de nuværende og tidligere dagligrygere



som dagligrygere. Der var ikke mange, der begyndte at ryge dagligt før, de var 13-14 år, eller efter, de var 20-21 år. Inden for disse 8 år er der imidlertid sket en udvikling i retning af en lavere debutalder. I de to yngste aldersgrupper er der flere, der var debuteret, da de var 13-15 år, og færre, da de var 16-21 år, i forhold til de tre ældre aldersgrupper.

For nærmere at belyse udviklingen med hensyn til tidlig start som dagligryger er der i [tabel 3.3](#) angivet, hvor stor en andel af den samlede befolkning, der var begyndt at ryge dagligt, inden de var 16 år. For alle aldersgrupper under ét drejer det sig om 20 pct - lidt færre blandt de ældre og lidt flere blandt de yngre aldersgrupper.

Disse tal dækker imidlertid over en meget forskellig udvikling hos mænd og kvinder. 25 pct af samtlige mænd var begyndt at ryge dagligt, inden de var 16 år, mod 16 pct af kvinderne. Hos mændene har der imidlertid været tale om et fald i andelen fra de ældste til de yngste, mens det omvendte har været tilfældet hos kvinderne. Mens der således var betydeligt flere mænd end kvinder blandt de ældre, der begyndte at ryge dagligt i en tidlig alder, har forskellen mellem kønnene udjævnet sig, så der i gruppen på 25-34 år var 20 pct hos begge køn, der var debuteret som dagligrygere, inden de var 16 år.

Der er store sociale forskelle med hensyn til tidlig rygestart, og forskellen er størst i de yngste aldersgrupper. På det laveste uddannelsesniveau er udviklingen gået i retning af, at flere starter med at ryge tidligt, mens andelen på de to andre uddannelsesni-

veauer ikke har ændret sig systematisk i hverken opad- eller nedadgående retning. Det har øget de sociale forskelle. I aldersgruppen 25-34 år var der 30 pct på det laveste uddannelsesniveau, som var begyndt at ryge, inden de var 16 år, mod 24 pct på det mellemste uddannelsesniveau og 12 pct på det højeste uddannelsesniveau.

Rygevaner i børnefamilier

Rygning er et indlært adfærdsmønster. Charlotte Tulinus har i sin undersøgelse *Vi bliver ved med at ryge - hvorfor?* vist, at børn lærer "rygnings sproget" længe inden de eventuelt selv begynder at ryge (3). Børn ser under deres opvækst voksne, der ryger, f.eks. forældre, familiemedlemmer eller personale i børnehaven, og ser, hvad rygning "kan bruges til": hyggeligt samvær, afstressning, pausesignal, opkvikning m.v. I miljøer, hvor der ryges meget, er påvirkningen mere intens. Man ved fra andre undersøgelser, at en af de faktorer, der især øger sandsynligheden for rygestart hos børn og unge, er, at deres forældre eller bedste kammerater ryger (4). Børns og unges rygevaner er med andre ord forbundet med de voksnes rygevaner: hvis der er mange voksne, som ryger i opvækstmiljøet, øger det sandsynligheden for, at de pågældende børn og unge selv begynder at ryge. Det er derfor relevant at belyse rygevanerne hos personer, der bor sammen med børn.

En tredjedel af den voksne befolkning mellem 25 og 74 år i Århus amt bor sammen med børn under 16 år. Af disse ryger 26 pct mod 35 pct i den øvrige del af befolkningen. Der er lige mange forældre og

Tabel 3.4

Rygeophør hos personer, der bor sammen med børn under 16 år, i forhold til rygeophør hos personer, der ikke selv bor sammen med børn under 16 år, og heller ikke i øvrigt har børn

Bor med børn under 16 år	Pct højere rygeophør
Gift	57%
Samlevende	22%
Alene	-3%

Beregnet ved hjælp af Cox regression med *tid til rygeophør* som afhængig variabel og *samlivssituation* og *børn, alder, køn* samt *uddannelsesniveau* som afhængige variable.

Tabel 3.5

Dagligrygere blandt personer der bor sammen med børn under 16 år

	Gift	Samlevende	Alene
Højeste uddannelsesniveau			
25-34 år	11%	20%	26%
35-44 år	15%	26%	34%
45-54 år	18%	31%	39%
Mellemste uddannelsesniveau			
25-34 år	19%	32%	41%
35-44 år	25%	40%	49%
45-54 år	29%	46%	55%
Laveste uddannelsesniveau			
25-34 år	26%	42%	50%
35-44 år	33%	50%	59%
45-54 år	38%	56%	64%

Procentdelen af dagligrygere er beregnet ved hjælp af en logistisk regressionsmodel med *rygestatus* som afhængig variabel og *samlivssituation* og *børn, uddannelsesniveau* og *alder* som uafhængige variable.

Tabel 3.6

Ophørsforsøg blandt de nuværende dagligrygere

	Alder					Total
	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	
Ingen forsøg	18%	16%	24%	27%	37%	23%
1 forsøg	24%	22%	20%	24%	20%	22%
2 forsøg	22%	22%	21%	23%	18%	21%
3-5 forsøg	26%	28%	24%	18%	15%	23%
6 eller flere forsøg	9%	13%	11%	9%	11%	11%

barnløse, der som børn og unge er startet som dagligrygere, men der er flere forældre, der er holdt op igen.

At have mindreårige børn i husstanden virker således

som en tilskyndelse til at holde op med at ryge (tabel 3.4). Virkningen er dog størst hos personer, der er gift, mens den er noget mindre hos personer, der er samlevende. Hos personer, der er alene med

børn, er ophørsraten ikke større end hos personer, der ikke bor sammen med børn under 16 år.

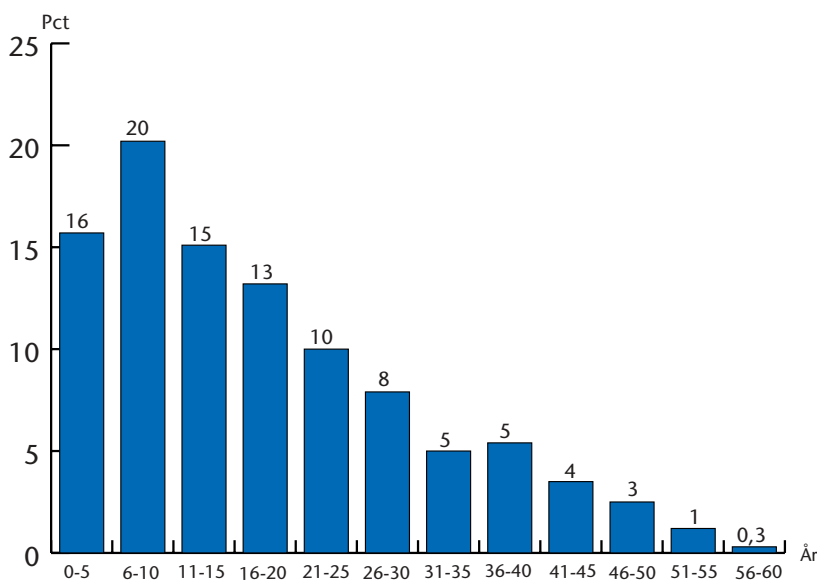
Mens der er færre dagligrygere blandt gifte, der bor med børn under 16 år, end blandt personer uden børn, er der ingen forskel i andelen af dagligrygere hos samlevende, der bor med børn under 16 år, og personer uden børn. Blandt enlige med børn under 16 år er der flere, der ryger, end blandt personer uden børn.

I tabel 3.5 er vist, hvor stor en andel af de personer, som bor sammen med børn under 16 år, der ryger dagligt opdelt på samlivssituation, uddannelsesniveau og alder. Andelen af dagligrygere varierer fra 11 pct hos gifte på højeste uddannelsesniveau i aldersgruppen 25-34 år til 64 pct hos enlige forældre på laveste uddannelsesniveau i aldersgruppen 45-54 år.

Rygeophør

Ud af ti personer, der engang var dagligrygere, er de fire holdt op, mens de resterende seks stadig ryger. De fleste rygere prøver på et tidspunkt at holde op med at ryge. Der skal som regel flere forsøg til, før det lykkes at blive røgfri, og det er ikke alle, det lykkes for. Af de nuværende dagligrygere har tre fjerdedele gjort mindst ét forsøg på at stoppe (tabel 3.6). Andelen af rygere, der aldrig har prøvet at holde op, er størst i de ældste aldersgrupper. En del af forklaringen herpå kan være, at de rygere, der ikke gør forsøg på at holde op, med årene kommer til at udgøre en større andel af en rygerårgang i takt med, at nogle af de andre rygere har held med at holde op. Men der kan også fra starten af have været en større andel af

Figur 3.2
År som dagligryger - eksrygere



Tabel 3.7

Rygeophør blandt mænd og kvinder - ophørsrate blandt dagligrygere og det gennemsnitlige antal år som eksrygerne har røget

	Alder					Total
	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	
Køn - ophørsrate						
Mænd	28%	31%	41%	47%	58%	41%
Kvinder	39%	44%	36%	46%	51%	42%
Køn - antal år som dagligryger i gennemsnit¹						
Mænd	8	13	18	25	36	20
Kvinder	8	11	16	20	28	14

1. Der er benyttet et robust gennemsnit (Tukeys biweight) for at mindske betydningen af ekstreme værdier.

personer, der ikke har forsøgt at holde op, i de ældre aldersgrupper.

Figur 3.2 viser i hvor mange år, eksrygerne havde røget dagligt, da de holdt op. 16 pct stoppede efter at have røget i

0-5 år, 20 pct. efter at have røget i 6-10 år og 15 pct efter at have røget i 11-15 år. Halvdelen stoppede først efter at have røget dagligt i 16 år eller mere.

Køn og alder. Der er en lige stor del af de mandlige og

kvindelige dagligrygere, der er holdt op med at ryge i den voksne befolkning som helhed (tabel 3.7). Der er imidlertid markant flere kvinder end mænd i de to yngste aldersgrupper, der er holdt op. Man kunne formode, at forklaringen på denne forskel er, at flere kvinder holder op med at ryge i forbindelse med graviditet, efter at det er blevet påvist, at passiv rygning udgør en betydelig risiko for fosteret og det spæde barn. En nærmere analyse viser imidlertid, at de yngre kvinder uden børn også har en højere ophørsrate end de jævnaldrende mænd uden børn (ikke vist i tabellen).

I tabel 3.7 er endvidere angivet, i hvor mange år eksrygerne har røget i gennemsnit. De kvindelige eksrygere har en noget kortere rygekarriere bag sig end de mandlige eksrygere, nemlig 14 år mod 20 år for hele befolkningen. Forskellen er størst i de ældste aldersgrupper.

En anden måde at belyse udviklingen i dagligrygernes rygekarriere på er at undersøge, hvor stor en andel af dagligrygerne, der stadig røg efter 5, 10, 15 osv. år (en såkaldt 'overlevelsesanalyse'). Det fremgår af tabel 3.8, hvor de nuværende og tidligere dagligrygere er delt op på køn og aldersgrupper. Man kan se, at unge har været betydeligt hurtigere end ældre til at holde op med at ryge, og at kvinder har været hurtigere til at holde op end mænd. F.eks. var 35 pct af mændene på 25-34 år holdt op efter 15 år mod 9 pct af mændene på 65-74 år. 52 pct af kvinderne på 25-34 år var holdt op efter 15 år mod 12 pct af kvinderne på 65-74 år. 33 pct af kvinderne på 35-44 år var holdt op efter

Tabel 3.8

Andelen af dagligrygerne der var holdt op efter 5, 10, 15 osv. år opdelt på køn

	Alder				
	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74
Mænd					
5 år	11%	6%	5%	4%	0%
10 år	26%	14%	12%	8%	3%
15 år	35%	20%	20%	13%	9%
20 år	44%	30%	26%	20%	14%
25 år	.	35%	34%	30%	19%
30 år	.	54%	41%	34%	23%
35 år	.	.	48%	39%	25%
40 år	.	.	64%	46%	34%
45 år	.	.	.	58%	43%
50 år	.	.	.	.	51%
55 år	.	.	.	.	65%
Kvinder					
5 år	14%	11%	8%	5%	2%
10 år	32%	23%	15%	12%	8%
15 år	52%	33%	18%	18%	12%
20 år	56%	40%	25%	26%	16%
25 år	.	47%	30%	31%	20%
30 år	.	62%	37%	35%	26%
35 år	.	.	46%	41%	30%
40 år	.	.	49%	47%	40%
45 år	.	.	.	59%	42%
50 år	.	.	.	.	53%
55 år	.	.	.	.	.

Beregnet ved hjælp af en aktuarisk 'overlevelsestabell' med etårs aldersintervaller på baggrund af de nuværende og tidligere dagligrygernes oplysning om, hvor mange år de har røget dagligt.

Tabel 3.9

Rygeophør og uddannelsesniveau - ophørsrate blandt dagligrygere

	Alder					Total
	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	
Laveste uddannelsesniveau	26%	23%	25%	40%	50%	35%
Mellemste uddannelsesniveau	32%	39%	36%	49%	56%	41%
Højeste uddannelsesniveau	44%	51%	54%	53%	69%	52%

15 år mod 20 pct af mændene i samme aldersgruppe.

Social position. Der er en tæt sammenhæng mellem rygeophør og social position målt ved uddannelsesniveau. Ophørsraten er væsentligt større på det højeste end på det la-

veste uddannelsesniveau (tabel 3.9). Det gælder alle aldersgrupper, men forskellen er mest markant i de tre yngste aldersgrupper (25-34, 35-44 og 45-54 år). En 'overlevelsesanalyse' viser, at personer på det højeste uddannelsesniveau i gennemsnit har den korteste

karriere som dagligrygere, mens personer på det laveste uddannelsesnivea har den længste rygekarriere, idet de starter tidligere og holder senere op (ikke vist i tabellen).

Samlivsforhold. Der er også en markant sammenhæng mellem rygeophør og samlivsforhold. Der er flest dagligrygere som er holdt op blandt gifte og enker/enkemænd (tabel 3.10). Den laveste ophørsprocent finder man blandt personer, der er alene efter at være blevet skilt, separeret, eller hvor det papirløse samliv er ophørt, samt blandt personer, der er alene og ikke tidligere har været gift eller haft en fast samlever. En 'overlevelsesanalyse' viser, at disse grupper i gennemsnit har en længere karriere som dagligrygere end de andre grupper (ikke vist i tabellen).

Belastende livsomstændigheder. Tabel 3.11 viser sammenhængen mellem rygeophør og belastende livsomstændigheder. Der er en lavere ophørsprocent blandt de dagligrygere, der scorer højt på indekset for belastende livsomstændigheder (meget belastende livsomstændigheder), sammenholdt med dem, der scorer lavt (lidt/ingen belastende livsomstændigheder). Det gælder for dagligrygerne som helhed og for de enkelte aldersgrupper med undtagelse af den ældste gruppe. En 'overlevelsesanalyse' viser ligeledes, at personer, der lever under meget belastende livsomstændigheder, gennemgående har en markant længere karriere som dagligryger end de øvrige grupper (ikke vist i tabellen).

Ønske om at holde op med at ryge

Det er et udbredt ønske blandt dagligrygere at holde

Tabel 3.10

Rygeophør og samlivsforhold - ophørsrate blandt dagligrygere

	Alder					Total
	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	
Gift	52%	45%	41%	51%	58%	48%
Fast samlever	33%	26%	38%	39%	53%	34%
Alene - enke/enkemand	-	-	46%	45%	51%	48%
Alene - skilt/samliv ophørt	10%	26%	25%	28%	48%	25%
Alene - aldrig gift/samlever	9%	43%	45%	40%	50%	31%

Tabel 3.11

Rygeophør og belastende livsomstændigheder - ophørsrate blandt dagligrygere

	Alder					Total
	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	
Stor belastning	24%	27%	33%	38%	53%	33%
En del belastning	33%	38%	41%	43%	55%	40%
Lidt/ingen belastning	46%	38%	40%	51%	55%	47%

Tabel 3.12

Andel af dagligrygerne der ønsker at holde op

	Alder					Total
	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	
Hele befolkningen						
Ja	47%	52%	48%	40%	40%	46%
Ved ikke	29%	28%	27%	28%	28%	28%
Nej	24%	20%	25%	32%	32%	26%
Mænd						
Ja	51%	59%	46%	37%	35%	47%
Ved ikke	29%	24%	24%	28%	30%	26%
Nej	20%	17%	30%	35%	35%	27%
Kvinder						
Ja	44%	45%	49%	43%	46%	46%
Ved ikke	29%	32%	30%	29%	25%	30%
Nej	27%	23%	21%	28%	29%	25%

op med at ryge. 46 pct af dagligrygerne har svaret *ja* på spørgsmålet *Vil du gerne holde op med at ryge?* 28 pct har svaret *ved ikke*, mens 26 pct har

svaret *nej* (tabel 3.12). Der er ingen forskel mellem de mandlige og kvindelige dagligrygeres holdning til rygeophør for de to køn som hel-

hed. Forskellen mellem aldersgrupperne er endvidere beskeden. Der er lidt flere dagligrygere i aldersgruppen 25-54 år, der ønsker at holde op, end i aldersgruppen 55-74 år.

Blandt mændene er der flere blandt de yngre end blandt de ældre, der ønsker at holde op. Hos kvinderne er der ingen forskel i holdningen til rygeophør mellem aldersgrupperne, når man tager hensyn til den statistiske usikkerhed. Der er flere unge mænd end unge kvinder, der ønsker at holde op. Det er dog kun i aldersgruppen 35-44 år, at forskellen er statistisk signifikant. Her ønsker 59 pct af mændene og 45 pct af kvinderne at kvitte tobakken. Der er ingen forskel på uddannelsesniveau med hensyn til ønske om at holde op.

Rygeophør - holdninger, handlinger, hindringer

Undersøgelsen viser, at der er en sammenhæng mellem rygeophør og køn, social position, samlivssituation og graden af belastende livsomstændigheder. Chancen for rygeophør er væsentligt lavere blandt rygere, der har en lav social position (målt ved uddannelse), er ugifte eller lever under belastende livsomstændigheder. Mænd har gennemgående en længere rygekarriere end kvinder bag sig, når de stopper, og unge mænd har en lavere ophørsprocent end unge kvinder.

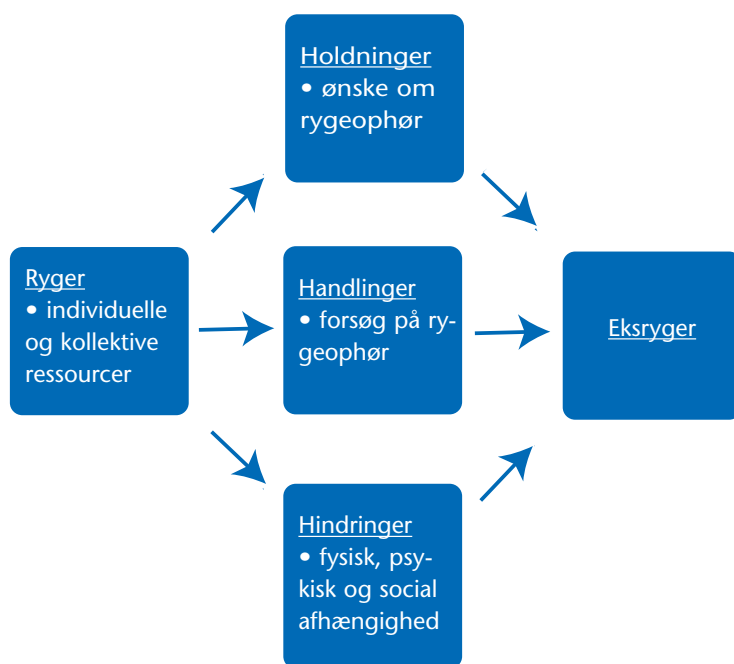
Der kan være mange forklaringer på, at det forholder sig sådan. I figur 3.3 er skitseret en enkel model, der beskriver betingelserne for rygeophør. Modellen kan sammenfattes i

de tre ord *holdninger*, *handling* og *hindringer*. En afgørende betingelse for rygeophør er, at der er et ønske hos rygeren om at holde op (holdninger). En anden betingelse er, at rygeren omsætter sine intentioner i handling og rent faktisk gør forsøg på at holde op (handling). En tredje betingelse er, at rygeren er i stand til at overvinde afhængigheden af at ryge (hindringer). Man må her skelne mellem den fysiske afhængighed af nikotin, hvor fysiologiske processer i hjernen udløser nikotinhunger, og den psykologiske og sociale afhængighed, hvor bestemte sindstilstande, situationer og samværsformer er forbundet med trangen til at ryge. Jo større afhængigheden er, jo flere ressourcer kræver det at omsætte et eventuelt ønske om rygeophør i praktisk handling og at undgå tilbagefald. Ud over de individuelle ressourcer, som den enkelte ryger råder over i varierende omfang, har rygeren i kraft af sin sociale tilknytning adgang til kollektive ressourcer, som kan være en hjælp ved rygeophør. Kollektive ressourcer kan spænde fra opbakning og opmuntring til at holde op fra familie og venner til tilbud om deltagelse i rygestopgrupper fra private eller offentlige organisationer.

Succesfuldt rygeophør forudsætter således, at rygeren ønsker at holde op med at ryge, at ønsket omsættes i praktisk handling, og at vedkommende kan overvinde hindringerne i form af fysisk, psykisk og social afhængighed i kraft af de individuelle og kollektive ressourcer, han eller hun er i besiddelse af og har adgang til.

Figur 3.3

Betingelser for rygeophør - holdninger, handlinger, hindringer



Hvis man skal tilrettelægge en indsats for rygeophør, der sigter mod at støtte de grupper af rygere, der har den laveste ophørsprocent, er det vigtigt at vide, i hvilket omfang disse grupper adskiller sig fra de øvrige rygere med hensyn til holdninger, handlinger og hindringer.

Holdninger. Som omtalt i foregående afsnit er der ikke nogen særlig forskel på, hvor udbredt ønsket om rygeophør er, når man opdeler dagligrygerne på køn og alder. Der er oven i købet lidt flere unge mænd end kvinder, der ønsker at holde op på trods af, at ophørsraten blandt unge mænd er lavere end hos unge kvinder (jvnf. tabel 3.7). Der er heller ingen forskel på, hvor udbredt ønsket om at holde op med at ryge er i grupper med forskellig social position, forskellige samlivsforhold og forskellige grader af belastende livsomstændigheder. Ønsket om at holde op er tilsyneladende lige så udbredt i de lag af befolkningen, hvor dagligrygerne har en lav ophørsrate, som i de lag, hvor ophørsraten er høj. Undersøgelsen støtter således ikke en antagelse om, at forskelle i ophørsrate skyldes forskelle i motivationen for at holde op.

Handlinger. Flere undersøgelser viser, at en rygers chance for at holde op med at ryge øges med antallet af forsøg, der gøres på at holde op (7). Forklaringen er sandsynligvis den, at rygeren for hvert forsøg bliver bedre til at mestre de situationer, hvor han eller hun føler trang til at ryge. De fleste rygere skal gennem et eller flere fejlslagne forsøg, før det lykkes at blive røgfri.

Der er ikke væsentlig forskel på antallet af rygeophørsfor-

søg, når man opdeler befolkningen efter køn, social position eller samlivssituation. Rygere, der lever under belastende livsomstændigheder, har endog gjort lidt flere forsøg på at holde op end de øvrige rygere. Undersøgelsen giver derfor heller ikke støtte til en antagelse om, at det lavere rygeophør hos nogle grupper skyldes, at de gør en mindre energisk indsats for at holde op.

Hindringer. Undersøgelsens resultater tyder således på, at det hverken er manglende lyst eller handling, der ligger bag den lavere ophørsrate hos rygere, der har en lav social status, er ugift eller lever under belastende livsomstændigheder. Eller hos yngre mandlige rygere. Barriererne for rygeophør skal derfor snarere søges i forhold, der gør det vanskeligere for disse grupper at føre en beslutning om rygeophør ud i livet. Enten fordi afhængigheden af at ryge er større, fordi de får mindre støtte fra omgivelserne, eller fordi de har færre personlige ressourcer til at kæmpe sig fri af vanen (eller en kombination heraf).

Undersøgelsen viser, at der er forskel i rygevaner for så vidt angår køn og social position. Mænd er gennemgående mere afhængige end kvinder, og personer på laveste og mellemste uddannelsesniveau er mere afhængige end personer på højeste uddannelsesniveau. Det kan være medvirkende til, at mænds rygekarrierer i gennemsnit bliver længere end kvinders, og at der er færre dagligrygere blandt personer med lav end med høj social status, der bliver røgfri. Det forklarer imidlertid ikke den lavere ophørsrate hos ugifte rygere og ryge-

re, der lever under belastende livsomstændigheder, idet de ikke er mere afhængige end de øvrige rygere.

Det er nærliggende at antage, at disse grupper har færre ressourcer til at gennemføre et rygestop. Flere undersøgelser har dokumenteret, at sandsynligheden for rygeophør er mindre, jo mere stress og jo flere belastninger rygeren er udsat for (6). Rygere, der føler sig meget belastede af deres livsomstændigheder - en anstrengt økonomi, arbejdsløshed, en syg ægtefælle eller andet - har derfor vanskeligere ved at holde op på trods af, at ønsket om rygeophør er lige så udbredt blandt dem, som blandt rygere, der ikke oplever væsentlige belastninger. At ryge kan være en måde at klare vanskelige situationer, ensomhed eller en presset dagligdag på. Det kan også være forklaringen på, at mennesker, der er blevet alene efter en skilsmisse eller et brudt parforhold har vanskeligere ved at holde op med at ryge. Rygere fra disse grupper har brug for ekstra støtte, hvis deres ønske om at holde op skal krones med held.

Omgivelsernes holdning til rygning kan være med til at overvinde hindringerne for rygestop. Ikke-rygernes modvilje mod, at der ryges i deres nærhed, kan f.eks. gøre det socialt mindre acceptabelt at ryge i samvær med andre og dermed indirekte virke som en støtte til rygeophør. Det er et eksempel på en kollektiv ressource, som kan være til stede i større eller mindre omfang i rygerens dagligmiljø. Besvarelsen af spørgsmålet *Generer det dig, hvis andre ryger i din nærhed?* viser, at der er tydelige holdningsforskelle mellem ikke-rygerne på de

Tabel 3.13

Andelen af ikke-rygere på laveste, mellemste og højeste uddannelsesniveau, der føler sig meget generet, hvis andre ryger i deres nærhed

	Alder					Total
	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	
Laveste uddannelsesniveau	15%	17%	14%	12%	10%	13%
Mellemste uddannelsesniveau	12%	15%	15%	13%	9%	13%
Højeste uddannelsesniveau	22%	27%	30%	21%	16%	25%

forskellige uddannelsesniveauer (tabel 3.13). Der er en betydelig mere negativ holdning til passiv rygning på det højeste uddannelsesniveau end på de to andre niveauer. Hertil kommer, at der er dobbelt så mange dagligrygere på det laveste uddannelsesniveau i forhold til det højeste (henholdsvis 43 pct og 21 pct). Jo flere som ryger, der hvor rygeren færdes til daglig, jo vanskeligere er det at holde op. Der er mere, der fastholder rygeren i rollen som ryger (samvær med andre rygere, andres rygning

som signal til, at man selv ryger etc.), og mindre der understøtter et rygestop (færre situationer, hvor rygeren oplever sig selv som "rygende afviger" blandt ikke-rygere og dermed mindre pres i retning af at konformere til ikke-rygernes normer).

Ovenstående analyse af rygeophør understreger, at rygeophør ikke blot er en individuel proces. Rygestop beskrives ofte ved hjælp af den såkaldte forandringscirkel (7). Modellen, der ligger til grund for meget af det praktiske ar-

bejde med rygestoptilbud, fokuserer på, hvordan den enkelte ryger opbygger motivation og selvkontrol til at kunne gennemføre og fastholde et rygestop. Modellen beskriver fem stadier, som rygeren bevæger sig igennem i sin udvikling fra ryger til eksryger: Overvejelser om rygeophør, forberedelse af rygeophør, påbegyndelse af rygeophør, vedligeholdelse af rygeophør og (i nogle tilfælde) tilbagefald. Det er vigtigt at se rygeophør som en dynamisk proces, hvor rygeren gennemgår en personlig ændringsproces. Men det er samtidig vigtigt at holde sig for øje, at rygeophør også er en social proces. Heri ligger der en stor udfordring til den forebyggende indsats i forhold til tobaksrygning. Der er brug for differentierede tilbud, der ikke blot tager udgangspunkt i rygerens ønske om at holde op, men som også tager højde for rygernes sociale situation og forhold i deres omgivelser, der kan gøre det vanskeligt at gennemføre et rygestop.

Referencer

1. Breslau N, Peterson EL (1996). Smoking cessation in young adults: age at initiation of cigarette smoking and other unsuspected influences. *American Journal of Public Health*; 86(2): 214-220.
2. Khuder SA, Dayal HH, Mutgi AB. (1999). Age at smoking onset and its effect on smoking cessation. *Addictive Behaviors*; 24(5): 673-677.
3. Tulinius C (2000). *Vi bliver ved med at ryge - hvorfor? Om rygningens mange betydninger i hverdagslivet be- lyst især ved deltagerobservation og interview i danske børnefamilier*. Ph.d.-afhandling.
4. Tyas SL, Pederson LL (1998). Psychosocial factors related to adolescent smoking: a critical review of literature. *Tobacco Control*; 7(4): 409-420.
5. Hymowitz N, Cummings KM, Hyland A, et. al. (1997). Predictors of smoking cessation in a cohort of adult smokers followed for five years. *Tobacco Control*; 6 Supplement 2: 57-62.
6. Sussman S, Dent CW, Severson H, Burton D, Flay BR (1998). Self-initiated quitting among adolescent smokers. *Preventive Medicine*; 27: 19-28.
7. Prochaska JO, Norcross J, DiClemente CC (1994). *Changing for good*. New York: Avon Books.

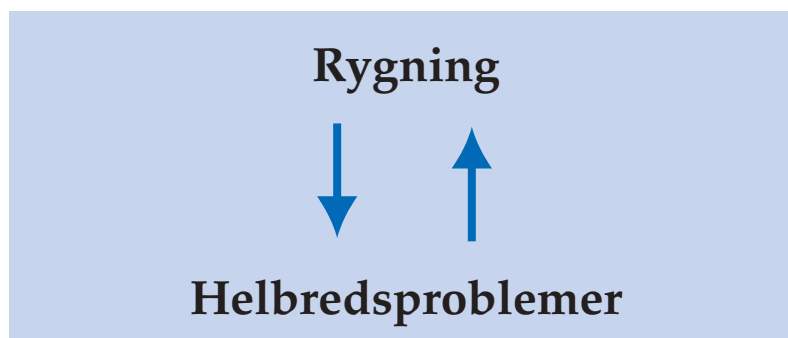
Risikoen for langsigtede helbredsskader ved rygning er almindelig kendt. Der er næppe mange voksne, der ikke ved, at det er sundhedsskadeligt at ryge, selv om rygere har en tilbøjelighed til at undervurdere risikoen (1-3). Ét er imidlertid risikoen for at blive syg "en gang ude i fremtiden", noget andet er rygningens indvirkning på helbredet her og nu. Hvordan har rygerne det sammenlignet med ikke-rygerne? Oplever rygerne selv, at de har et dårligere helbred end ikke-rygerne? Har de flere helbredsmæssige gener i dagligdagen? Bruger de mere medicin? Går de oftere til læge? Har eksrygerne det bedre end rygerne? Det er nogle af de spørgsmål, der skal besvares i dette kapitel.

Rygning og selvvurderet helbred

Undersøgelsen viser klart, at der er flere rygere end ikke-rygere, der oplever, at de har helbredsproblemer. Påvirkningen kan gå begge veje (figur 4.1): Rygning belaster helbredet, og derfor føler flere rygere, at de har et dårligt helbred. Personer med et dårligt helbred kan føle en større tilskyndelse til at ryge eller har måske sværere ved at holde op end personer med et godt helbred. Der er f.eks. mange rygere blandt personer med psykiske lidelser.

På spørgsmålet *Hvordan synes du, dit helbred er alt i alt?* svarer mere end en tredjedel af storrygerne, at de har det *nogenlunde, dårligt* eller *meget dårligt* (tabel 4.1). Det er dob-

Figur 4.1 Rygning og helbredsproblemer



Tabel 4.1 Andel med nogenlunde/dårligt selvvurderet helbred

	Alder					Total
	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	
Storryger	29%	36%	33%	41%	43%	35%
Moderat ryger	22%	19%	25%	37%	39%	27%
Eksryger	13%	19%	21%	29%	45%	25%
Aldrig røget	10%	15%	18%	28%	27%	17%

Personer der på spørgsmålet *Hvordan synes du, dit helbred er alt i alt?* har svaret *nogenlunde, dårligt* eller *meget dårligt*.

belt så mange som blandt dem, der aldrig har røget. Der er også flere af de moderate rygere og eksrygerne, der synes, at deres helbred er nogenlunde/dårligt sammenlignet med aldrig-rygerne.

Det overraskende er, at det er i de yngste aldersgrupper, man finder de største forskelle mellem storrygerne og aldrig-rygerne selvvurderede helbred. Figur 4.2 viser hvor mange storrygere, der har et nogenlunde/dårligt selvvurderet helbred, i forhold til personer, der aldrig har røget. I aldersgruppen 25-34 år er der 2,95 så mange storrygere som aldrig-rygere, der har et nogenlunde/dårligt helbred, mod 1,44 i aldersgruppen 55-64 år. Der er således en tættere sammenhæng mellem rygning og dårligt selvvurderet

helbred blandt unge end blandt ældre.

Derimod er forskellen mellem storrygerne og aldrig-rygerne selvvurderede helbred lige stor hos mænd og kvinder og på de forskellige uddannelsesniveauer¹.

Har eksrygerne det bedre end rygerne?

Hos rygere, der holder op, falder risikoen for bl.a. lungekræft og hjerneblødning/blodprop i hjernen over nogle år til næsten samme niveau som hos personer, der aldrig har røget (4, 5). Men oplever rygerne også selv, at de får det bedre, hvis de holder op? *Hvordan har du det?* er en tværsnitsundersøgelse, og det er derfor ikke muligt at se hvor mange af eksrygerne, der har oplevet en helbreds-

1. I en logistisk regressionsmodel med *selvvurderet helbred* som afhængig variabel og *køn*, *alder*, *uddannelsesniveau* og *rygestatus* er interaktionsleddet *alder x rygestatus* statistisk signifikant, d.v.s. at sammenhængen mellem rygning og selvvurderet helbred varierer med alderen, mens *køn x rygestatus* og *uddannelsesniveau x rygestatus* ikke er signifikante.

forbedring, efter at de er holdt op med at ryge. Men man kan sammenholde eksrygernes aktuelle selvvaluerede helbred med rygernes og aldrig-rygernes. Eksrygernes selvvaluerede helbred adskiller sig ikke væsentligt fra aldrig-rygernes i aldersgruppen 25-64 år (tabel 4.1). I aldersgruppen 65-74 år er der derimod lige så mange eksrygere som storrygere med et selvvalueret nogenlunde/dårligt helbred.

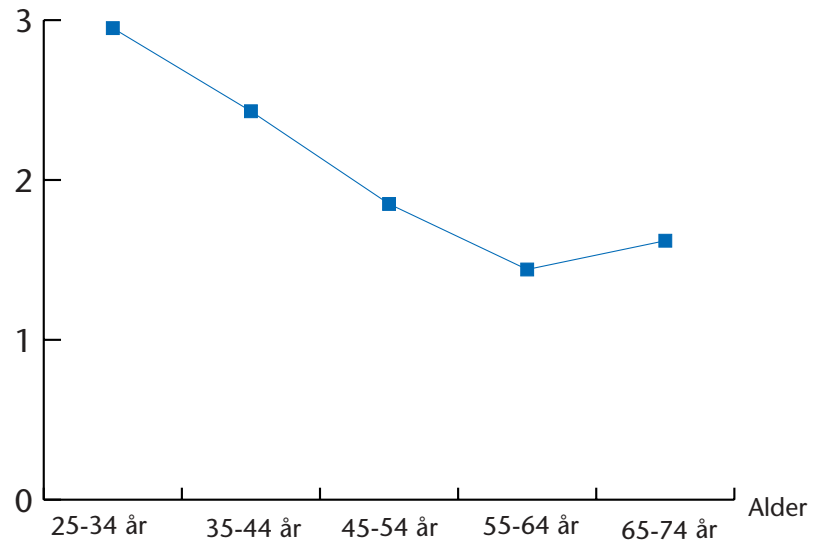
Det må antages, at det har betydning for eksrygernes selvvaluerede helbred, om de har røget i en kortere eller længere årrække, inden de holdt op. Der er derfor lavet en analyse, hvor antallet af år som dagligryger indgår. Figur 4.3 viser, hvor mange gange dagligrygernes og eksrygernes odds² for at have et nogenlunde/dårligt helbred er større end aldrig-rygernes efter at have røget 1-9 år, 10-19 år, 20-29 år, 30-39 år og 40 år eller mere. Tallene er korrigeret for forskelle i køn, alder og uddannelsesniveau.

Risikoen for at have et nogenlunde/dårligt selvvalueret helbred er markant større hos dagligrygerne sammenlignet med aldrig-rygerne. Dagligrygernes odds for at have et nogenlunde/dårligt helbred er omkring to gange større end aldrig-rygernes uanset, hvor mange år storrygerne har røget.

Eksrygerne, som har røget op til 29 år, har derimod kun en smule større risiko for at have et dårligere selvvalueret helbred end aldrig-rygerne. Når man tager den statistiske usikkerhed i betragtning, er der ingen forskel mellem eks-

Figur 4.2 Så mange gange større er andelen med nogenlunde/dårligt selvvalueret helbred blandt storrygere end hos aldrig-rygere

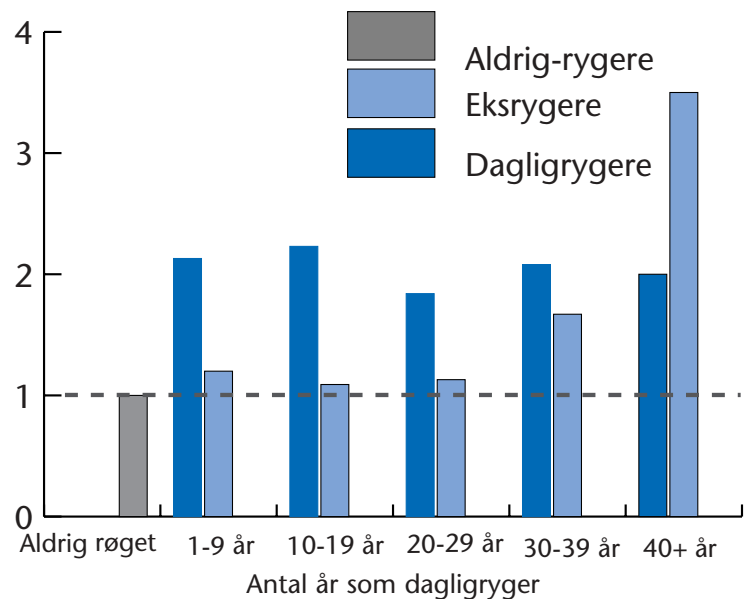
Relativ risiko



Figur 4.3

Så mange gange større er dagligrygernes og eksrygernes odds for at have et nogenlunde/dårligt selvvalueret helbred end aldrig-rygernes^{1,2}

Oddsratio



1. Se note 1 i tabel 4.1.

2. Beregnet ved hjælp af logistisk regression med selvvalueret helbred som afhængig variabel og antal år som dagligryger, køn, alder, uddannelsesniveau og ryggestatus som uafhængige variable. Lejlighedsrygere er udeladt af analysen.

rygernes og aldrig-rygernes selvvaluerede helbred. For personer, der har røget 30-39 år, er odds for at have et nogenlunde/dårligt selvvalueret

helbred 1,7 gange større. For personer, der har røget 40 år eller mere, er odds 3,2 gange større, hvilket er mere end for de nuværende storrygere.

2. Odds angiver forholdet imellem, hvor mange der har en bestemt egenskab, og hvor mange der ikke har egenskaben. Hvis 100 personer ud af 500 har influenza, mens 400 ikke har det, er odds for influenza $100/400 = 0,25$. Oddsrationen er forholdet mellem to odds, f.eks. ældre og yngres odds for at have influenza.

Det skyldes formentlig, at der blandt de eksrygere, der har røget rigtig længe, er en del, der først er holdt op med at ryge, efter at de er blevet alvorligt syge.

En nærliggende tolkning af forskellene i selvvurderet helbred er, at rygere, der holder op, oplever, at de får det bedre. Især hvis de holder op, inden de er blevet alvorligt syge. Det skal dog understreges, at der også er andre mulige forklaringer på forskellen mellem rygernes og eksrygernes selvvurderede helbred. F.eks. at de rygere, der er holdt op med at ryge, havde et bedre helbred allerede inden de holdt op, end dem, der er fortsat med at ryge. Kun en forløbsundersøgelse, hvor man følger personerne over tid, vil kunne afklare dette.

Helbredsgener og symptomer

Der er stillet en række spørgsmål om forekomsten af smerter og ubehag inden for de seneste 14 dage. Svarpersonerne har angivet, om de har haft de pågældende helbredsgener og symptomer, og om de i givet fald har følt sig lidt eller meget generet af dem. De forskellige gener og symptomer kan både være udtryk for forbigående ubehag og egentlig sygdom.

I tabel 4.2 kan man se hvor stor en andel af dagligrygerne henholdsvis ikke-rygerne og lejlighedsrygerne, der har haft de pågældende gener og symptomer. For at gøre tallene for de to grupper mere sammenlignelige er der korri-geret for forskelle i køn, alder og uddannelsesniveau (direkte standardisering). Det generelle billede er, at dagligrygerne har flere helbredsgener og

Tabel 4.2

Gener og symptomer inden for de seneste 14 dage

	Ryger dagligt	Lidt generet	Meget generet
Hovedpine	Nej Ja	38% 35%	7% 9%
Svimmelhed	Nej Ja	11% 14%	2% 3%
Smerter eller ubehag i nakke, skuldre, arme eller hænder	Nej Ja	40% 39%	10% 17%
Smerter eller ubehag i ryg eller lænd	Nej Ja	35% 41%	7% 14%
Smerter eller ubehag i ben, hofter, knæ eller fødder	Nej Ja	28% 30%	6% 11%
Forkølelse, snue, hoste	Nej Ja	31% 38%	10% 10%
Åndedrætsbesvær, forpustethed	Nej Ja	14% 24%	3% 5%
Smerter eller ubehag ved hjertet, smerter i brystet	Nej Ja	8% 11%	1% 1%
Smerter i maven	Nej Ja	12% 16%	2% 3%
Fordøjelsesbesvær, hård eller tynd mave	Nej Ja	20% 19%	3% 4%
Kvalme eller uro i maven	Nej Ja	16% 19%	2% 3%
Underlivssmerter, herunder kraftige menstruationssmerter	Nej Ja	9% 10%	2% 2%
Problemer med at holde på eller komme af med vandet	Nej Ja	8% 11%	2% 2%
Hududslet, hudkløe eller eksem	Nej Ja	20% 19%	3% 5%
Ængstelse, nervøsitet, uro eller angst	Nej Ja	20% 22%	3% 7%
Træthed eller kraftsløshed uden grund	Nej Ja	19% 26%	3% 7%
Nedtrykthed, deprimeret, ulykkelig	Nej Ja	18% 23%	2% 6%
Søvnløshed eller søvnbesvær	Nej Ja	21% 24%	3% 8%
Et utilsigtet vægttab	Nej Ja	1% 3%	0% 1%
Gener fra øjnene eller nedsat syn, trods briller	Nej Ja	11% 14%	1% 3%
Gener fra ørerne eller nedsat hørelse	Nej Ja	11% 14%	2% 3%

Der er foretaget en direkte standardisering med hensyn til køn, alder og uddannelsesniveau. Som vægte er benyttet fordelingen på de tre variable i hele befolkningen.

symptomer end resten af befolkningen. Det gælder bl.a. muskel-skeletssmerter (nakke, skuldre, ryg, hofter m.v.) og nervøse symptomer. Mest

markant er forskellen ved åndedrætsbesvær/forpustethed. 24 pct af dagligrygerne havde været lidt generet og 3 pct havde været meget generet af

åndedrætsbesvær/forpustethed. De tilsvarende tal for den øvrige befolkning var 14 pct og 2 pct.

En nærmere analyse af forekomsten af åndedrætsbesvær/forpustethed viser, at en tredjedel af storrygerne havde haft denne gene inden for de seneste 14 dage mod 14 pct af aldrig-rygerne (tabel 4.3). Andelen med åndedrætsbesvær stiger med alderen hos både rygere og ikke-rygere, men den relative forskel mellem storrygere og personer, der aldrig har røget, er størst blandt de yngste.

4 pct blandt rygere og eksrygere har kronisk bronkitis mod 1 pct i resten af befolkningen. Andelen er betydelig større i de ældste aldersgrupper. I aldersgruppen 65-74 år har 11 pct af rygerne og eksrygerne kronisk bronkitis mod knap 5 pct blandt personer, der aldrig har røget.

Tabel 4.4 viser, hvor mange, der har været meget generet af en eller flere af de helbredsgener, der er nævnt i tabel 4.2. Der er 63 pct i hele befolkningen, som ikke har haft væsentlige helbredsgener i de foregående 14 dage. Blandt storrygerne er det 56 pct, blandt de moderate rygere 60 pct, blandt eksrygerne 63 pct og blandt aldrig-rygerne 68 pct. Der er altså flest blandt aldrig-rygerne, der ikke har haft nogen alvorlige gener.

De resterende 37 pct af befolkningen har haft en eller flere helbredsgener, som de har været meget generet af. Rygerne har gennemgående haft flere helbredsgener end ikke-rygerne. Der er flest blandt storrygerne, der har haft fire eller flere alvorlige gener (14 pct), og færrest

Tabel 4.3

Andel med åndedrætsbesvær¹ og bronkitis

	Alder					Total
	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	
Åndedrætsbesvær, forpustethed - lidt eller meget generet						
Storryger	29%	29%	34%	37%	43%	33%
Moderat ryger	19%	14%	20%	34%	40%	23%
Eksryger	18%	17%	16%	30%	39%	23%
Aldrig røget	10%	13%	12%	21%	27%	14%
Kronisk bronkitis						
Rygere og eksrygere	1,5%	2,0%	3,2%	6,3%	11,2%	4,2%
Aldrig røget	0,9%	0,3%	0,8%	1,4%	4,6%	1,0%

1. Personer der på spørgsmålet *Har du inden for de sidste 14 dage været generet af åndedrætsbesvær, forpustethed?* har svaret *ja, lidt generet* eller *ja, meget generet*.

Tabel 4.4

Antallet af helbredsgener og symptomer i de foregående 14 dage, der har været meget generende

	Antal gener og symptomer				Total
	0	1	2-3	4+	
Storryger	56%	14%	16%	14%	100%
Moderat ryger	60%	14%	15%	11%	100%
Eksryger	63%	18%	13%	7%	100%
Aldrig røget	68%	18%	10%	4%	100%
Hele befolkningen	63%	16%	13%	8%	100%

blandt aldrig-rygerne (4 pct).

Hæmmet af sygdom

30 pct af befolkningen oplyser, at de er hæmmet i deres daglige udfoldelse af langvarig sygdom, skader eller eftervirkninger af disse. Det kan f.eks. være på grund af aller-

gi, sukkersyge eller psykisk sygdom. 12 pct er blot en smule hæmmet en gang imellem. Men 18 pct er enten hæmmet en smule hele tiden, meget en gang imellem eller meget hele tiden. Af tabel 4.5 fremgår det, hvor stor en andel der oplever disse mere indgribende følger af sygdom

Tabel 4.5

Andel der er en del eller meget hæmmet i deres daglige udfoldelser af langvarig sygdom, skader eller eftervirkninger af disse¹

	Alder					Total
	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	
Storryger	19%	26%	23%	34%	29%	25%
Moderat ryger	13%	18%	21%	29%	28%	21%
Eksryger	10%	17%	13%	25%	30%	19%
Aldrig røget	7%	10%	15%	23%	17%	12%

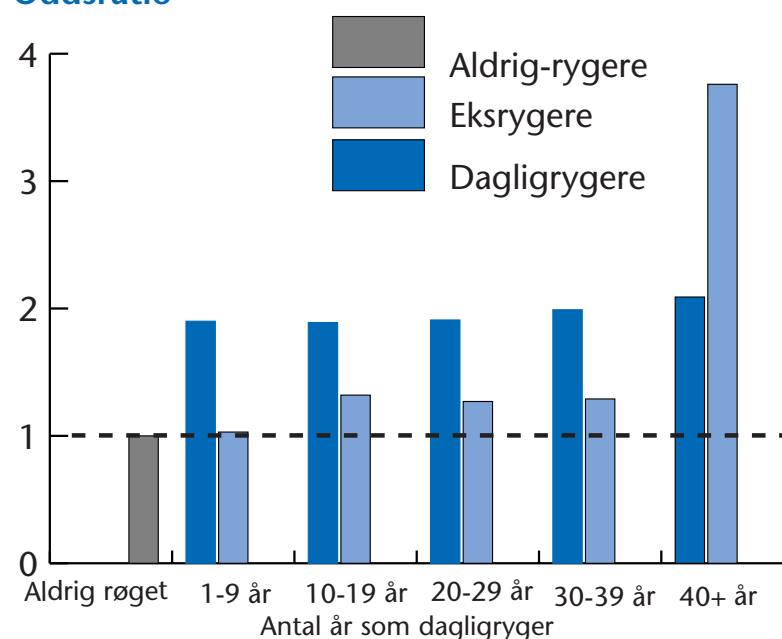
1. Personer der på spørgsmålet *Er du hæmmet i din daglige udfoldelse af det, som du har krydset af i spørgsmål 18 - sygdom, skader eller eftervirkninger?* har svaret *ja en smule hele tiden, ja meget en gang imellem* eller *ja meget hele tiden*.

eller skader blandt storrygerne, de moderate rygere, eksrygerne og aldrig-rygerne. Der er dobbelt så mange storrygere som aldrig-rygere, der er hæmmet af sygdom.

Dagligrygernes og eksrygeres odds for at være hæmmet i deres daglige udfoldelser i forhold til aldrig-rygerne fremgår af figur 4.4. Man kan iagttage det samme mønster som ved selvvrurderet helbred: Dagligrygernes odds for at være hæmmet af sygdom er omkring to gange større end aldrig-rygernes, her er der dog en svag stigning i risikoen jo længere, de har røget. Odds for at være hæmmet af sygdom er lidt større hos eksrygerne end aldrig-rygerne. Men for eksrygere, der har røget under 40 år, er forskellen ikke større, end at den kan skyldes statistiske tilfældigheder. Eksrygere, der har røget i 40 år eller mere, har derimod en endnu større risiko end rygerne for at være

Figur 4.4 Så mange gange større er dagligrygernes og eksrygernes odds for at være hæmmet i deres daglige udfoldelser af langvarig sygdom end aldrig-rygernes¹

Oddsratio



1. Beregnet ved hjælp af logistisk regression med *hæmmet af sygdom* som afhængig variabel og *antal år som dagligryger*, *køn*, *alder*, *uddannelsesniveau* og *rygestatus* som uafhængige variable.

Tabel 4.6

Andel der inden for det seneste år har været ved egen læge mere end fem gange, er blevet behandlet på sygehus og har brugt receptpligtig medicin

	Alder					Total
	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	
Været ved egen læge mere end fem gange det seneste år						
Storryger	14%	16%	19%	20%	22%	18%
Moderat ryger	14%	11%	14%	15%	25%	15%
Eksryger	11%	11%	7%	15%	24%	13%
Aldrig røget	8%	5%	8%	13%	9%	8%
Blevet undersøgt eller behandlet på sygehus det seneste år¹						
Storryger	26%	29%	23%	25%	25%	25%
Moderat ryger	23%	23%	21%	30%	35%	25%
Eksryger	20%	24%	17%	30%	33%	24%
Aldrig røget	17%	15%	20%	24%	20%	18%
Brugt receptpligtig medicin de seneste 14 dage						
Storryger	36%	36%	40%	50%	58%	42%
Moderat ryger	28%	23%	39%	54%	68%	40%
Eksryger	22%	29%	35%	57%	68%	42%
Aldrig røget	24%	28%	36%	47%	58%	33%

1. Indlæggelser og ambulante undersøgelser og behandling.

hæmmet af sygdom. Også her er der korrigeret for forskelle i køn, alder og uddannelse.

Brug af sundhedsydelser

Helbredsforskellene mellem rygere og ikke-rygere afspejler sig i forbruget af sundheds-

ydelser. 71 pct af samtlige svarpersoner havde i det foregående år været ved egen læge. Der var imidlertid stor forskel på antallet af lægesøg. 12 pct havde været ved egen læge fem gange eller mere. Blandt storrygerne var det 18 pct mod 8 pct blandt aldrig-rygerne (tabel 4.6).

21 pct af samtlige svarpersoner havde været indlagt eller var blevet undersøgt eller behandlet ambulantly på et sygehus. Blandt storrygerne var det 25 pct mod 18 pct blandt aldrig-rygerne.

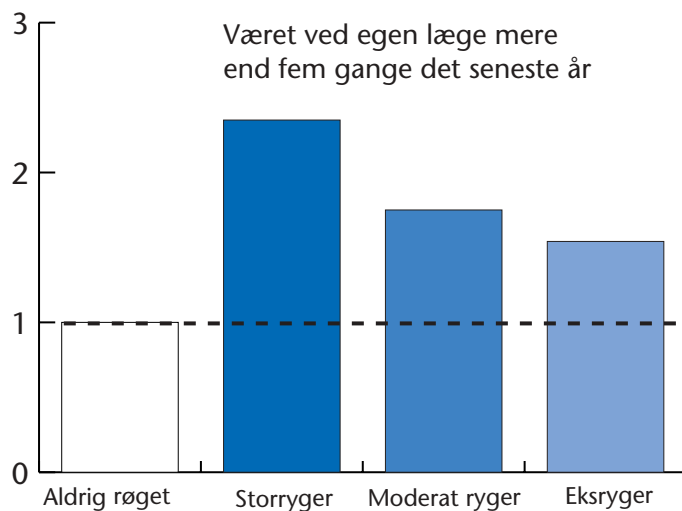
38 pct af svarpersonerne havde inden for de seneste 14 dage brugt receptpligtig medicin. Blandt storrygerne var det 42 pct mod 33 pct blandt aldrig-rygerne.

Figur 4.5 viser hvor mange gange større henholdsvis storrygernes, de moderate rygeres og eksrygernes odds er for at have brugt de tre former for sundhedsydelse i tabel 4.6 end aldrig-rygernes. Der er korrigeret for forskelle i køn, alder og uddannelsesniveau.

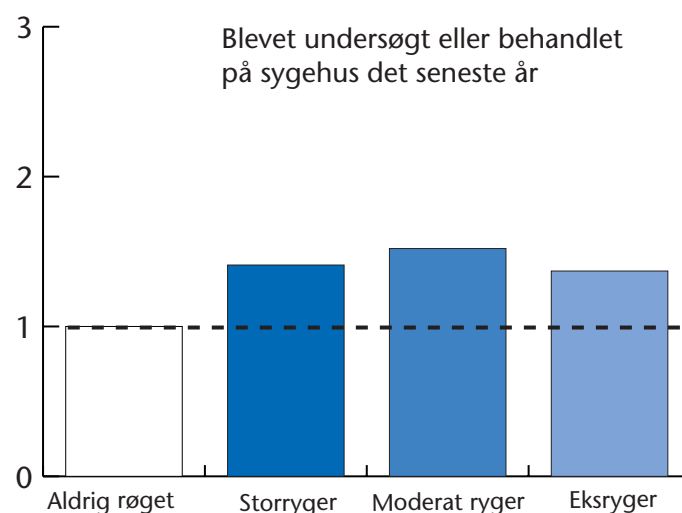
Figur 4.5

Så mange gange større er storrygernes, de moderate rygeres og eksrygernes odds for at have brugt forskellige sundhedsydelser

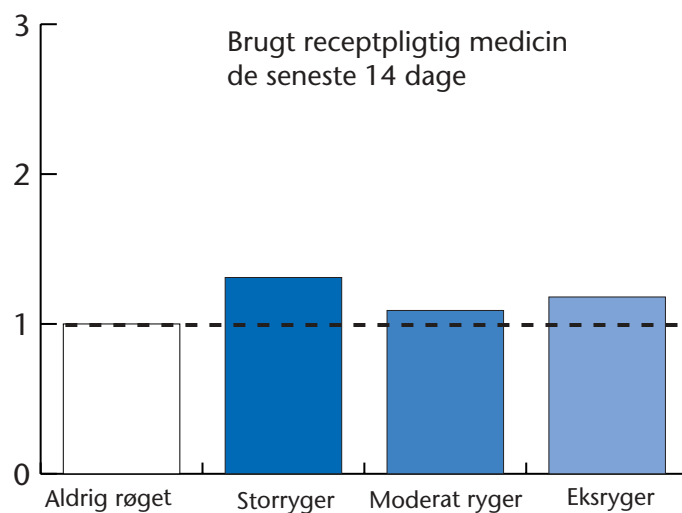
Oddsratio



Oddsratio



Oddsratio



1. Beregnet ved hjælp af logistisk regression med henholdsvis hyppige lægebefølg, indlagt eller ambulatant behandlet på sygehus og brug af receptpligtig medicin som afhængige variable og køn, alder, uddannelsesniveau og rygestatus som uafhængige variable.

Storrygerne er langt oftere hyppige gæster hos den praktiserende læge end aldrig-rygerne, ligesom de noget oftere bliver undersøgt eller behandlet på sygehus og bruger receptpligtig medicin. I alle tilfælde er forskellene statistisk signifikante.

De moderate rygere går ligeledes hyppigere til egen læge og kommer oftere på sygehus end aldrig-rygerne. Forskellen mellem de moderate rygeres og aldrig-rygeres brug af medicin er derimod så lille, at den kan skyldes statistiske tilfældigheder. Det samme gælder for eksrygerne: De går oftere til egen læge og undersøges eller behandles oftere på sygehus, men deres medicinforbrug er ikke signifikant større end aldrig-rygeres.

Ryging blandt patienter

Den brede kontaktflade mellem befolkning og sundhedsvæsen gør sundhedsvæsenet til en vigtig arena for forebyggelse på tobaksområdet. Sundhedspersonalet har gode muligheder for at påvirke befolkningens rygevaner i kraft af deres faglige viden og den respekt, de nyder hos patienterne. Som konsekvens af, at rygerne har flere problemer med helbredet end ikke-rygerne og oftere gør brug af sundhedsydelse, er der en større andel af rygere blandt de patienter, som de praktiserende læger og personalet på sygehusene møder, end i hele befolkningen.

Der er en væsentligt større rygerandel blandt personer, der hyppigt går til praktiserende læge, end i befolkningen som helhed. Blandt personer med 6 eller flere kontakter til den praktiserende læge inden for det seneste år røg 45 pct dagligt (tabel 4.7). For mændenes

vedkommende var det 41 pct, og for kvindernes vedkommende var det 48 pct. Blandt de patienter, der hyppigt kommer i lægens konsultation, røg omkring halvdelen af de lavt uddannede og dem, der var alene.

Andelen af dagligrygere blandt ambulante og indlagte patienter på sygehusene svarede i højere grad til befolkningen som helhed. Der var lidt flere dagligrygere end i den øvrige befolkning, nemlig 36 pct mod 30 pct (ikke vist i tabellen).

Hos tandlægerne patienter var det omvendt: Der var 32 pct dagligrygere blandt personer, der havde været til tandeftersyn inden for det seneste år, mens der var 42 pct dagligrygere blandt dem, der ikke havde været til eftersyn. En femtedel af befolkningen havde ikke været til tandeftersyn inden for det seneste år.

Tabel 4.7

Andelen af dagligrygere blandt personer med ingen, få eller mange kontakter til egen læge inden for det seneste år

	Antal kontakter		
	0	1-5	6+
Hele befolkningen	32%	30%	45%
Køn			
Mænd	36%	33%	41%
Kvinder	28%	27%	48%
Uddannelsesniveau			
Laveste	45%	39%	53%
Mellemste	35%	31%	45%
Højeste	19%	20%	29%
Samlivsforhold			
Gift	29%	26%	41%
Fast samlever	32%	33%	48%
Alene	44%	35%	50%

Tabel 4.8 viser andelen af dagligrygere blandt personer, der angiver, at de aktuelt lider af en bestemt sygdom eller har eftervirkninger af den. Der er en højere rygerandel i 7 af de 15 listede sygdomme. Rygerandelen er højest blandt personer med psykisk sygdom, kronisk bronkitis, diskusprolaps og lammelse i en del af kroppen. Af de 8 resterende sygdomme er der ingen, hvor rygerandelen er signifikant lavere end i hele befolkningen. Det understreger behovet for støtte til rygeophør blandt patienter med alvorlige og kroniske sygdomme.

Tabel 4.8

Andelen af dagligrygere blandt personer der angiver, at de aktuelt lider af en bestemt sygdom eller har eftervirkninger af den

Sukkersyge	32%
Psykisk sygdom	* 55%
Epilepsi	36%
Migræne eller tilbagevendende hovedpine	* 38%
Lammelse i en del af kroppen	* 49%
Forhøjet blodtryk	30%
Blodprop i hjertet eller hjertekrampe	* 43%
Hjerneblødning/blodprop i hjernen	28%
Kronisk bronkitis	* 50%
Allergi	30%
Eksem	36%
Underlivssygdom	40%
Diskusprolaps	* 50%
Kræft	33%
Leddegigt	* 44%
Alle sygdomme	* 37%

* angiver en signifikant højere rygerandel end i befolkningen som helhed ($p < 0.05$).

Referencer

1. Slovic, P (ed.) (2001). *Smoking: Risk, perception, and policy*. Thousand Oaks, CA: Sage.
2. Arnett JJ (2000). Optimistic bias in adolescent and adult smokers and nonsmokers. *Addictive Behaviors*; 25(4): 625-632.
3. Ayanian JZ, Cleary PD (1999). Perceived risks of heart disease and cancer among cigarette smokers. *Journal of the American Medical Association* 281: 1019-1021.
4. Peto R, Darby S, Deo H, Silcocks P, Whitley E, Doll R (2000). Smoking, smoking cessation, and lung cancer in the UK since 1950: combination of national statistics with two case-control studies. *British Medical Journal*; 321: 323-329.
5. Wannamethee G, Shaper AG, Whincup P, Walker M (1995). Smoking cessation and the risk of stroke in middle-aged men. *Journal of the American Medical Association*; 274: 155-160.

Udfordringer i det forebyggende arbejde

33

Rygning anses for den vigtigste enkeltårsag til sygdom og tidlig død af samtlige de helbredsrisici, der kan forebygges. "Livstidsrygere" mister i gennemsnit 6 til 9 leveår afhængigt af tobaksforbrugets størrelse (1). Hertil kommer et øget antal år med sygdom og nedsat livskvalitet. Rygning er samtidig en væsentlig årsag til social ulighed i sundhed, fordi de svage stillede grupper i samfundet ryger mere end den øvrige del af befolkningen og derfor også rammes af flere rygerelaterede sygdomme. Det gør indsatsen mod tobaksrygning til en nøgleaktivitet i arbejdet med at forbedre folkesundheden.

I de foregående kapitler er der tegnet et billede af den voksne befolknings rygevaner i Århus amt. På baggrund heraf skal der peges på en række aktuelle udfordringer i det forebyggende arbejde. Der gøres allerede en stor indsats for at oplyse om risikoen ved tobaksrygning og støtte rygere, der ønsker at holde op. I skoler, gennem nyhedsmedier, på arbejdspladser og af sundhedspersonale og patientforeninger. Undersøgelses resultater kan bruges til yderligere at udvikle og kvalificere dette arbejde.

Hvordan har du det? viser, at en tredjedel af den voksne befolkning i amtet ryger dagligt. I de senere år er andelen af rygere faldet med cirka en procent om året. Et vigtigt mål for indsatsen mod tobaksrygning er at bidrage til, at antallet af rygere fortsætter

med at falde. Både ved at færre børn og unge bliver rygere, og ved at flere af de nuværende rygere holder op. Det vil kunne reducere sygeligheden og øge antallet af gode leveår for befolkningen samt mindske behandlingspresset i sundhedsvæsenet.

Samtidig viser undersøgelsen, at der er store sociale forskelle i rygevaner. Rygning er derfor en vigtig årsag til social ulighed i sundhed. Det bør der tages højde for i det forebyggende arbejde, så indsatsen mod tobaksrygning bidrager til at mindske den sociale ulighed i sundhed. Det forudsætter, at rygningens sociale aspekter inddrages målrettet i arbejdet. Erfaringsmæssigt har den bedst fungerende del af befolkningen lettest ved at efterleve råd og udnytte tilbud, der fremmer sund levevis. En indsats, der ikke tager højde for sociale forskelle i rygevaner og vilkår for rygeophør, kan utilsigtet medvirke til at øge den sociale ulighed i sundhed.

Faldende debutalder for rygere

Undersøgelsen viser, at andelen af børn og unge, der begynder at ryge, har været faldende gennem en årrække, hvilket i sig selv er positivt. Debutalderen for rygere har til gengæld også været faldende. Det gælder især blandt de socialt dårligst stillede grupper. En femtedel i aldersgruppen 25-34 år var startet med at ryge dagligt, inden de var 16 år. Undersøgelsen går kun ned til 25 år, men en lands-

dækkende undersøgelse af de 16-20-åriges rygevaner i 2000 tyder ikke på, at debutalderen er steget i de yngre aldersgrupper (2). Tidlig rygestart øger afhængighed og forbrug og gør det vanskeligere at holde op igen. Der ligger derfor en udfordring i at få vendt denne udvikling.

Forældre, lærere og andre, der prøver at påvirke børn og unge til at lade være med at ryge, bør være opmærksomme på det særligt problematiske i tidlig rygestart. Bestræbelserne på at få så mange børn og unge som muligt til aldrig at begynde at ryge bør derfor som et af sine succesmål have udskydelse af rygestarten hos de børn og unge, der alligevel begynder.

Udenlandske erfaringer viser, at der kan opnås gode resultater med hensyn til at forebygge rygestart hos børn og unge i lokalområder, hvis man sætter ind på flere fronter samtidigt: f.eks. i skoler og på arbejdspladser, gennem kampagner i medier, ved at gøre offentlige steder røgfri og ved at indføre en nedre aldersgrænse for salg af tobak til unge (3). Aktiviteter i skolerne alene synes at have en mere begrænset effekt. Dog har undervisning, hvor der arbejdes målrettet med elevernes holdninger f.eks. gennem elev-til-elev-undervisning, og hvor den enkelte trænes i at modstå gruppepres, gennemgående givet bedre resultater end undervisning, der udelukkende fokuserer på risikoen ved at ryge.

Rygning i børnefamilier

Undersøgelsen viser, at hver fjerde voksen, der bor sammen med børn under 16 år, ryger. Der er flere rygere blandt samlevende end gifte og flest blandt personer, der bor alene med børn.

Børn, der vokser op i hjem, hvor en eller begge forældre ryger, har en forøget risiko for selv at blive rygere (ligesom rygning blandt kammerater øger risikoen). Samtidig øger passiv rygning sygeligheden hos børn og forværrer kroniske tilstande som f.eks. astma. Der ligger derfor en særlig opgave i at støtte voksne, der bor sammen med børn, i at holde op med at ryge. Det er vigtigt, at forældre der ryger ved, at deres egne rygevaner kan "smitte af" på deres børn, og at de derfor kan hjælpe med til at forebygge, at deres egne børn bliver rygere ved selv at holde op.

De mange storrygere

Der er færre rygere nu end tidligere, men til gengæld er det gennemsnitlige tobaksforbrug pr. ryger steget støt over en periode på 50 år. Blandt dagligrygerne i Århus amt er 76 pct af mændene og 57 pct af kvinderne storrygere. Det vil sige, at de ryger 15 cigaretter eller mere om dagen.

Et stort tobaksforbrug øger både helbredsbelastning og afhængighed. Den øgede afhængighed gør det vanskeligere at holde op med at ryge. Det er muligvis forklaringen på, at der er færre mænd end kvinder især blandt den yngre del af befolkningen, der, som det fremgår af undersøgelsen, er holdt op med at ryge. Mange rygere har derfor behov for en eller anden form for støtte, hvis de skal gennemføre et rygestop med suc-

ces. Brug af nikotinerstatning ved rygeophør eventuelt kombineret med andre præparater øger succesraten for rygeophør væsentligt. Det samme gør brugen af forskellige former for adfærdsterapi. Kombinationen af nikotinerstatning og psykologisk støtte, individuelt eller i gruppe, giver især gode resultater (4, 5).

Der ligger en udfordring i at etablere tilbud om støtte til rygeophør, der appellerer til alle kategorier af rygere, som ønsker at holde op. Målet er at gøre rygeren i stand til at tackle den fysiske, psykiske og sociale afhængighed af tobak, så det bliver muligt at gennemføre et rygestop og risikoen for tilbagefald minimeres.

Århus Amt har siden 2001 haft et generelt tilbud om hjælp til rygeophør under overskriften *Farvel Tobak*. I 2002 blev tilbuddet udvidet til at omfatte bistand til virksomheder og institutioner, der ønsker at lave en forebyggende indsats mod rygning på arbejdspladsen. Endvidere er der tilbud om støtte til rygeophør til rygere med særlige behov, herunder gravide og hjertepatienter. Erfaringerne fra disse forløb vil blive brugt til at udvikle nye og tilpasse eksisterende tilbud om støtte til rygeophør.

Sociale hindringer for rygeophør

Undersøgelsen viser, at der er en betydelig overvægt af rygere blandt personer i den socialt dårligst stillede del af befolkningen. Det gælder personer med lav uddannelse, personer der er alene efter skilsmisse eller opløsning af parforhold, personer der lever under forskellige former for

belastende livsomstændigheder og ikke mindst personer, hvor der er et sammenfald af flere af disse forhold. Mere end halvdelen ryger blandt personer i den erhvervsaktive alder, der ikke har løn- eller anden erhvervsindkomst. Det samme gælder for personer med psykiske lidelser. Til sammenligning ryger kun hver sjette blandt dem, der er gift, har en boglig uddannelse og ikke er udsat for belastende livsomstændigheder. Samtidig viser undersøgelsen, at ønsket om at holde op er lige så udbredt blandt de belastede grupper, som blandt de øvrige rygere, og at de også gør lige så mange forsøg på at holde op.

Der tegner sig et billede af en gruppe af rygere, der har betydeligt vanskeligere end andre ved at holde op med at ryge, enten fordi afhængigheden af at ryge er større, fordi de får mindre støtte fra omgivelserne til at holde op, eller fordi de har færre personlige ressourcer til at gennemføre et rygestop. Rygning kommer på den måde til at udgøre en ekstra stor helbredsbelastning i de lag af befolkningen, der i forvejen er sårbare. Rygning forstærker således den sociale ulighed i samfundet ved at øge forskellen i sygelighed og dødelighed mellem de sociale grupper.

Det er en stor udfordring for det forebyggende arbejde at udvikle tilbud om rygeophør, der retter sig mod mennesker, der på grund af deres sociale og personlige forhold har særligt vanskeligt ved at holde op. Indsatsen mod tobaksrygning kan komme til at yde et vigtigt bidrag til den nationale og amtslige målsætning om at øge ligheden i sundhed. Der er brug for tilbud, der tager

Figur 5.1 Problemer og udfordringer i indsatsen mod tobaksrygning i Århus amt

	Problem	Udfordring
En tredjedel ryger dagligt	Andelen af rygere er faldet, men der er stadig en tredjedel af den voksne befolkning mellem 25 og 74 år, der ryger dagligt.	At sikre at antallet af rygere fortsætter med at falde.
Store sociale forskelle i rygevaner	Der er store sociale forskelle i rygevaner. Rygning er en vigtig årsag til social ulighed i sundhed.	At fremme rygeophør blandt den socialt dårligst stillede del af befolkningen med det formål at mindske den sociale ulighed i sundhed.
Faldende debutalder for rygere	Debutalderen for rygere er faldende. Tidlig debut som ryger giver større afhængighed og forbrug og gør det vanskeligere at holde op igen.	At øge debutalderen for rygestart samtidig med at andelen af børn og unge, der begynder at ryge, reduceres så meget som muligt.
Rygning i børnefamilier	Hver fjerde, der bor sammen med børn under 16 år, ryger. Forældres rygning øger sandsynligheden for at deres børn begynder at ryge.	At reducere andelen af rygere i børnefamilier.
De mange storrygere	Totredjedel af dagligrygerne er storrygere. Storrygere er udsat for en større helbredsbelastning end rygere med et mindre forbrug. De er mere afhængige af at ryge og har derfor sværere ved at holde op.	At etablere og udvikle tilbud om støtte til rygeophør, der appellerer til alle kategorier af rygere, som ønsker at holde op. Tilbudene skal øge rygernes evne til at overvinde den fysiske, psykiske og sociale afhængighed af tobak.
Sociale hindringer for rygeophør	Der er en overvægt af rygere blandt socialt dårligt stillede. Der er en række sociale hindringer for rygeophør.	At udvikle tilbud om rygeophør, der retter sig mod mennesker, der på grund af deres sociale og personlige forhold har særligt vanskeligt ved at holde op.
Midaldrende rygere	Den store rygerandel blandt de midaldrende vil medføre øget sygelighed og behov for behandling i takt med at gruppen bliver ældre.	At nedbringe andelen af rygere væsentligt blandt de midaldrende for på kort sigt at forebygge en stærk vækst i tobaksrelaterede lidelser og dermed i efterspørgslen af sundhedsydelse.
Patienter der ryger	Der er en høj rygerandel blandt patienter med kroniske og alvorlige sygdomme. Rygerne har et stort forbrug af sundhedsydelse.	At gøre spørgsmål om patientens rygevaner og rådgivning om rygeophør til en del af den faste rutine på alle sygehusafdelinger og hos alle praktiserende læger.

udgangspunkt i rygernes sociale situation og forhold i deres omgivelser, der virker som barrierer for et rygestop. Arenaer for denne indsats kan f.eks. være arbejdspladser med mange ufaglærte medarbejdere eller boligområder med al-

mennyttige boliger. Sundhedsfremmeenheden har i forsøgs- og udviklingsprojektet *Storrygere udenfor arbejdsmarkedet* indhøstet erfaringer i at arbejde med rygere på to voksenpædagogiske uddannelsesinstitutioner.

Midaldrende rygere

Undersøgelsen viser, at de midaldrende (45-54 år) er den aldersgruppe, der har den største andel af rygere. Det er den aldersgruppe, hvor flest kvinder er eller har været dagligrygere. Ophørsraten

blandt de midaldrende kvinder er endvidere lavere end hos de yngre og ældre kvinder.

De midaldrendes efterspørgsel efter sundhedsydelser vil øges i de kommende år i takt med, at de kommer i "reparationsalderen". En del af behandlingsbehovet vil skyldes rygerelaterede lidelser som kronisk bronkitis, hjerte-kar-sygdomme og kræft. Nogle af disse sygdomme kan stadig forebygges ved en hurtig indsats. En væsentlig nedbringelse af andelen af rygere blandt de midaldrende kan forebygges en stærk vækst i tobaksrelaterede lidelser, og kan derfor være med til at dæmpe efterspørgslen efter sundhedsydelser på relativt kort sigt.

Patienter der ryger

Undersøgelsen viser, at rygere gennemgående har et dårligere selvvurderet helbred og væsentligt flere helbredsmæssige gener og symptomer end ikke-rygerne. I aldersgruppen 55-64 år er der f.eks. 37 pct af storrygerne, der er generet af åndedrætsbesvær/forpustethed mod 21 pct af aldrig-rygerne. Undersøgelsen viser også, at andelen af rygere er højere blandt personer med en længerevarende eller kronisk sygdom end hos befolkningen som helhed. Storrygerne går oftere til læge, bliver oftere undersøgt og behandlet på sygehus og bruger mere receptpligtig medicin. Især er der en væsentligt højere rygerandel blandt personer, der hyppigt går til praktiserende læge.

Rygernes hyppige kontakt til sundhedsvæsenet bør udnyttes i det forebyggende arbejde. Det er veldokumenteret, at selv enkle råd om rygestop fra læger og andet sundheds-

personale får en del patienter til at holde op med at ryge. En mere systematisk indsats øger effekten (6). Erfaringer viser, at sundhedspersonalet bliver mere aktiv med at give patienterne råd om rygestop, når patienternes rygestatus rutinemæssigt registreres i journalen (7). Det forstærker endvidere effekten af rådgivningen, hvis patienten hører rådene gentaget af flere forskellige slags fagpersoner. De muligheder, der er for at bruge mødet mellem patient og den sundhedsprofessionelle til at arbejde med forebyggelse af tobaksrygning, udnyttes imidlertid langt fra i det omfang, det er muligt. Århus Amt arbejder på at udbygge sygehusenes tilbud om rygeophør til patienterne og på at øge de praktiserende lægers inddragelse i det forebyggende arbejde.

Der ligger en udfordring i at gøre spørgsmål om patientens rygevaner og rådgivning om rygeophør til en del af den faste rutine på alle sygehusafdelinger og hos alle praktiserende læger. Den praktiserende læge har især gode muligheder for at drøfte rygeophør med de patienter, der kommer hyppigt i konsultationen, og for at støtte dem over et længere forløb i deres overvejelser om og forsøg på at holde op med at ryge.

Referencer

1. Prescott EIB, Osler M, Hein HO, Borch-Jonsen K, Schnohr P, Vestbo J (1999). Rygning og middelleveid blandt danske mænd og kvinder. *Ugeskrift for Læger*; 161: 1261-1263.
2. Nielsen GA, Ringgaard L, Broholm K, Sindballe AM, Olsen SF (2002). *Unge livsstil og dagligdag 2000 - forbrug af tobak, alkohol og stoffer*. Kræften Bekæmpelse og Sundhedsstyrelsen.
3. National Health Services Centre for Reviews and Dissemination (1999). Preventing the uptake of smoking in young people. *Effective Health Care*; 5 (5).
4. Tønnesen P (1997). Nicotine replacement and other drugs in smoking cessation. *Progress in Respiratory Research*; 28: 178-189.
5. Brannon L, Fesit J (2000). *Health psychology. An introduction to behavior and health*. 4th edition. Wadsworth.
6. Fowler G (1997). Smoking cessation: The role of general practitioners, nurses and pharmacists. *Progress in Respiratory Research*; 28: 165-177.
7. *Health Evidens Bulletins Wales* (1999). hebw.uwcm.ac.uk/healthyliving/chapter1.html



Illustration: Hanne Ravn Hermansen

Hvordan har du det? er en undersøgelse af trivsel, sundhed og sygdom blandt den voksne befolkning i Århus amt. I alt 3986 personer mellem 25 og 74 år har udfyldt undersøgelsens spørgeskema. Nærværende rapport handler om rygevaner og rygeophør. Rapporten viser bl.a.:

- at der er betydeligt færre unge end midaldrende, der ryger dagligt
- at socialt dårligt stillede ryger mere end den øvrige befolkning
- at ønsket om at holde op til gengæld er lige udbredt i alle sociale grupper
- at rygerne oplever deres helbred som væsentligt dårligere end ikke-rygerne
- at hver fjerde, der bor samme med børn under 16 år, er ryger
- at kvinder gennemgående har lettere ved at kvitte tobakken end mænd

Der er udkommet yderligere to rapporter fra *Hvordan har du det?* med følgende temaer: • *Selvurderet helbred og ulighed i sundhed* • *Kostvaner, motion og fedme*. Endvidere er der planlagt følgende rapporter: • *Sociale netværk og sundhed* • *Helbred og tilknytning til arbejdsmarkedet* • *Alkoholvaner*. Rapporterne publiceres i løbet af 2004.