

# Avdelningen för folkhälsaarbetet

## Tobaksprevention

### Sluta-Röka-Linjen

En utvärdering av effekter och  
kostnadseffektivitet

Rapport från  
Centrum för folkhälsa  
Avdelningen för folkhälsoarbete,  
Tobaksprevention  
ISSN **1652-9359**  
2006:2 (Aff)

Tanja Tomson,  
e-post: [tanja.tomson@sll.se](mailto:tanja.tomson@sll.se)  
Februari 2006

# Innehåll

<b>1</b>	<b>Förord .....</b>	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>Sammanfattning .....</b>	<b>5</b>
<b>3</b>	<b>Bakgrund .....</b>	<b>6</b>
	<b>3.1 "Quitlines" .....</b>	<b>6</b>
<b>4</b>	<b>Utvärderingens studiepopulation .....</b>	<b>7</b>
<b>5</b>	<b>Flödesschema över det i avhandlingen ingående studierna.....</b>	<b>7</b>
<b>6</b>	<b>Resultat .....</b>	<b>8</b>
	<b>6.1 Karakteristika hos klienter som ringer .....</b>	<b>8</b>
	<b>6.2 Rökfrihet .....</b>	<b>8</b>
	<b>6.2.1 Faktorer som påverkar rökfrihet .....</b>	<b>8</b>
	<b>6.3 Symtom.....</b>	<b>9</b>
	<b>6.4 Bortfallsanalys .....</b>	<b>10</b>
	<b>6.5 Kostnad/effektanalys.....</b>	<b>10</b>
<b>7</b>	<b>Diskussion .....</b>	<b>12</b>
<b>8</b>	<b>Policy implikationer och reflektioner .....</b>	<b>14</b>
<b>9</b>	<b>Referenser .....</b>	<b>15</b>

# 1 Förord

Den här rapporten bygger på Tanja Tomsons avhandling ”Telephone support for smoking cessation – The Swedish example” som försvarades på Karolinska Institutet i december 2005. Rapporten bygger på fyra delarbeten\* och den ramberättelse som fullbordar avhandlingen. Redan förre millennieskiftet satte dåvarande Centrum för Tobaksprevention som mål att försöka dokumentera och beskriva sina verksamheter för länsinnevånarnas bästa så väl att de måtte kunna publiceras vetenskapligt. Endast så kan man få en pålitlig och accepterad värdeomätare på verksamhetens kvalitet. På senare tid har Forum, till vilket tobaksprevention numera hör, satt som mål att ”öka samarbetet mellan forskning och den praktiska verksamheten”, och vi är glada över att kunna medverka i detta. Sluta-Röka-Linjens utveckling och organisation har tidigare beskrivits i detalj (Nederfeldt 2003) och berörs endast flyktigt i denna rapport.

Det är med största tillfredsställelse som Tobaksprevention nu kan presentera en svensk sammanfattning som utvärderar Sluta-Röka-Linjen. Många medarbetares nedlagda arbete och tankemöda har resulterat i en bevisat verksam och synnerligen kostnadseffektiv behandling mot tobaksberoende.

Stockholm 28 februari 2006



Hans Gilljam  
Docent, chef Tobaksprevention

\*)

Helgason AR, Tomson T, Lund KE, Galanti R, Gilljam H. Factors related to point prevalence abstinence at 12 months follow-up in a telephone help-line for smoking cessation. *European J Public Health* 2004;14:306-310.

Tomson T, Toftgård M, Gilljam H, Helgason AR. Symptoms in smokers trying to quit. (Accepted Feb 2006)

Tomson T, Björnström C, Gilljam H, Helgason AR. Are non-responders in a quitline evaluation more likely to be smokers? *BMC Public Health* 2005; 23;5(1):52

Tomson T, Helgason AR, Gilljam H. Quitline in smoking cessation a cost-effectiveness analysis. *Int J Health Technol Assess Health Care* 2004;20(4):469-474.

## 2 Sammanfattning

Sluta-Röka-Linjen startades 1998 i regi av Centrum för Tobaksprevention med finansiellt stöd från Cancerfonden, Statens Folkhälsoinstitut, Hjärt-Lungfonden, och Apoteket AB. Sedan 2002 har linjen huvudsakligen finansierats av Socialdepartementet. Den är en nationell kostnadsfri telefonlinje med placering på Tobaksprevention, Forum, Centrum för folkhälsa, Stockholm. Rapporten bygger på en doktorsavhandling, och visar att Sluta Röka Linjen är en kostnadseffektiv folkhälsointervention med ungefär en av tre rökfria efter 12 månader.

Framtida utmaningar inkluderar att nå ännu fler rökare och särskilt utsatta grupper.



Fig 1. En dag på Sluta-Röka-Linjen

## 3 Bakgrund

I Sverige har rökningen hos män minskat under de senaste tjugo åren medan kvinnor röker mer än i många andra europeiska länder. Mest röker åldersgruppen mellan 45-65 år och rökning relateras till 6400 fall av för tidig död årligen. Ett av elva mål i Sveriges folkhälsostrategi handlar om minskad tobaksanvändning. Statens Beredning för Medicinsk Utvärdering (SBU 1998) genomförde en systematisk genomgång av riktlinjerna för rökavvänjning 1998 och rekommenderade att det ska finnas nationell tillgänglighet av denna typ av service.

### 3.1 "Quitlines"

Sedan slutet på 1980-talet har "quitlines"<sup>1)</sup> etablerats i länder såsom Australien, Brasilien, Canada, Nya Zeeland, i hela USA, Sydafrika, Iran, några asiatiska samt i de flesta av Europas länder

Den svenska Sluta-Röka-Linjen (SRL) är en avgiftsfri telefontjänst bemannad av utbildad vårdpersonal folkhälsovetare, sjuksköterskor, hälsopedagoger, tandläkare och psykologer, och specialiserad på tobaksavvänjning (Fig 1). Linjen är öppen vardagar mellan 9.00-20.00 måndag-torsdag och 9.00-16.00 fredagar. Även när den inte är bemannad kan man ringa numret 020-84 00 00 och med hjälp av en tonvalstelefon få information om tobak eller begära att få bli uppringd av en behandlare.

Den som ringer SRL intervjuas av en tobaksavvänjare som lägger upp ett individuellt avvänjningsprogram. Genom samtalet kan nikotinberoendet, motivationen, det psykologiska beroendet samt vanorna mätas. Detta för att kunna skraddarsy en behandlingsplan anpassad för individens behov.

SRL startades maj 1998 och har sedan dess betjänat över 70 000 individer. Av dessa har 50 000 samtal rört tobaksavvänjning. Andra vanliga frågor är råd om nikotinläkemedelsavvänjning eller andra rökavvänjningsmetoder såsom läkemedlet Zyban, råd till anhöriga o vänner och handledning för andra tobaksavvänjare.

För att kunna kategorisera rökarnas intention till förändring används Prochaska och Di Clementes "Stages of Change". De fem stegen består av ointresserad (vill ej sluta inom 6 mån), intresserad (vill sluta inom 6 mån), förberedelse (vill sluta inom 1 månad), handling (från rökstopp och 6 mån framåt), vidmakthållande (från 6 mån rökstopp och framåt i tiden). (Den svenska översättningen som används här är egen nomenklatur och inte standardiserad.)

Behandlingen innehåller ett i olika steg utformat självhjälp-material som skickas hem. SRL har utvecklats från att vara en reaktiv tjänst där klienten hade hela ansvaret för att uppehålla kontakten, till en proaktiv tjänst där behandlaren erbjuder den som vill ringa upp vederbörande fyra gånger enligt ett överenskommet schema. Det är kvinnor som främst väljer den proaktiva hjälpen när de informeras om alternativet. Drygt 30 % av alla väljer proaktivitet. Det står alla fritt att när som helst ringa SRL utöver de tider som eventuellt överenskommit med behandlarna.

Från början var det flera organisationer som stod för finansieringen. Här ingick Cancerfonden, Statens Folkhälsoinstitut, Hjärt-Lungfonden, och Apoteket AB. Sedan början på 2002 är Socialdepartementet huvudsaklig finansiär. I framtiden skulle en mer kontinuerlig finansieringsform gynna "linjens" möjligheter till vidareutveckling och vidmakthållande.

---

<sup>1</sup> Telefonbaserad service för tobaksavvänjning

## 4 Utvärderingens studiepopulation

Studiepopulationen bestod av 2300 som ringde SRL och blev registrerade för aktiv rökavvänjning från april 1999 till oktober 1999 och mellan februari 2000 och november 2001. Data bygger på intervjuer och frågeformulär som utvecklades under en tolv månaders period genom flera pilotstudier. Behandlingsmodellen förklaras kort under 1.1.

## 5 Flödesschema över det i avhandlingen ingående studierna

Översikten i figur 2 visar hur studierna utfördes över tid och svarsfrekvens

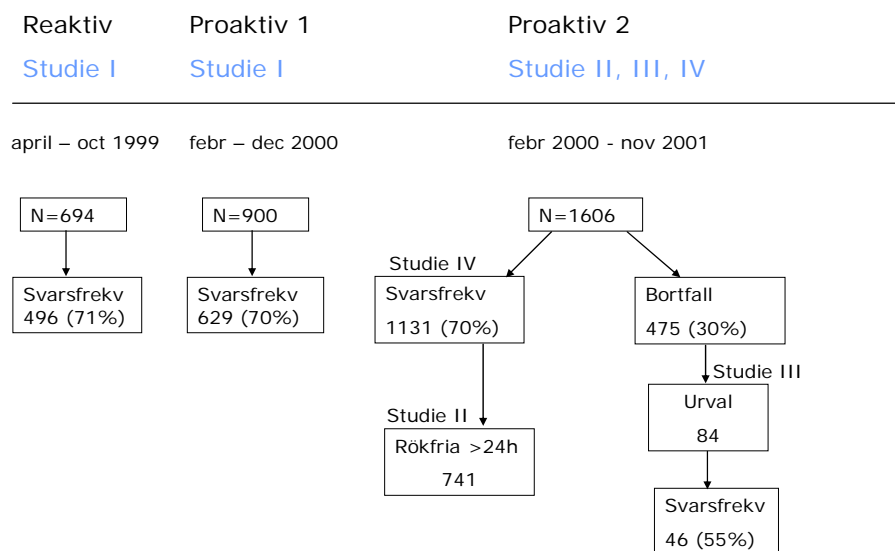


Fig. 2. Flödesschema

Datansamlingen gjordes i tre steg. Vid första samtalet fylls ett databaserat frågeformulär (journal) i av behandlaren. Bakgrundsuppgifter såsom kön, ålder, utbildning, tobaksanvändning, anledning till samtalet etc. registreras för alla som ringer. Klienter som registrerar sig för behandling får ett registreringsformulär sänt hem. Detta görs dels för att få kompletterande svar på frågor som kan ha relevans för behandlingsplanen men också för att *de som returnerar formuläret utgör SRLs studiepopulation* – de som ingår i vår utvärdering. Efter ca tolv till tretton månader efter första samtalet skickas ett frågeformulär hem till alla som har registrerat sig d v s returnerat registreringsformuläret.

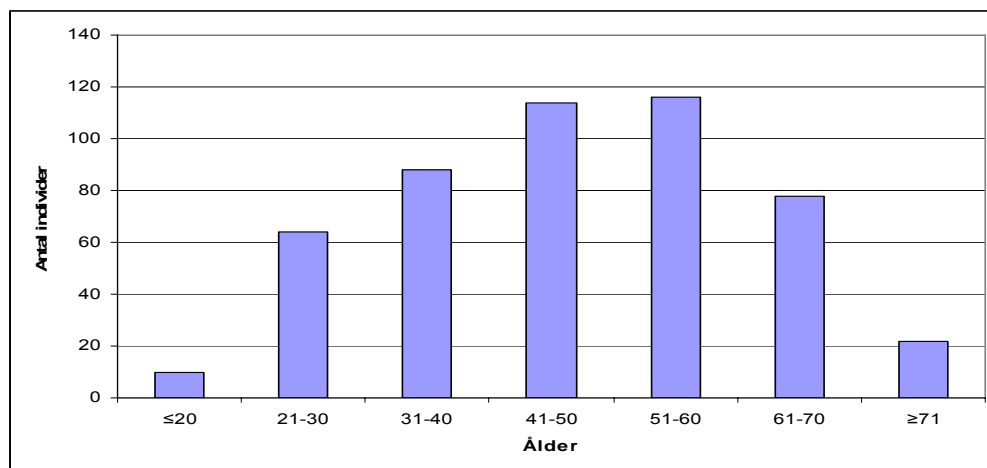
## 6 Resultat

### 6.1 Karakteristika hos klienter som ringer

Könsfördelningen under studieperioden var 25% män och 75% kvinnor. Dessa siffror har i en ny analys för år 2005 visat sig vara 32% män och 68% kvinnor. Förändringen bör tolkas med viss försiktighet då de senare siffrorna delvis är utförda i samband med att journalsystemet ändrades - augusti 2005.

Åldersfördelningen i diagrammet nedan (figur 3) visar att de flesta klienter som ringer är mellan 30 och 60 år. Genomsnittsklienten är en kvinna i 47-års åldern med tolv års utbildning.

Fig. 3. Åldersfördelning av klienter som ringt linjen under studieperioden



### 6.2 Rökfrihet

En av tre behandlade var rökfria efter 12 månader. Resultatet är jämförbart med liknande internationella studier (Zhu et al., 1996; El-Bastawissi et al., 2002) där man haft samma utfallsmått som för SRL d.v.s. självrapporterad rökfrihet mätt i punktprevalens ”inte ett enda bloss under den senaste veckan”.

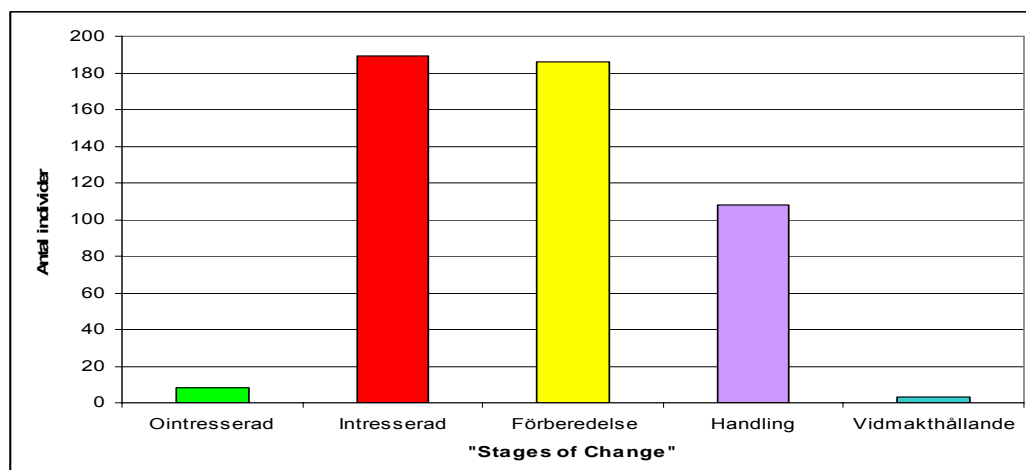
#### 6.2.1 Faktorer som påverkar rökfrihet

Ingen nikotinanvändning vid första samtal och var man befinner sig på motivationsstegen vid första samtal (figur 4) visade sig vara en av de viktiga faktorer som påverkade rökfrihet positivt. Majoriteten av klienterna som ringer befinner sig i ”intresserad” och ”förberedelsefasen” (figur 4).

Andra viktiga faktorer var samverkan med vården d.v.s. stöd av vårdpersonal, användning av nikotinläkemedel, ej utsatt för passiv rökning, följsamhet av behandlingsprotokollet, ej närvaro av nedstämdhet/stress, och annat professionellt stöd.



Fig. 4. Motivation vid rekrytering

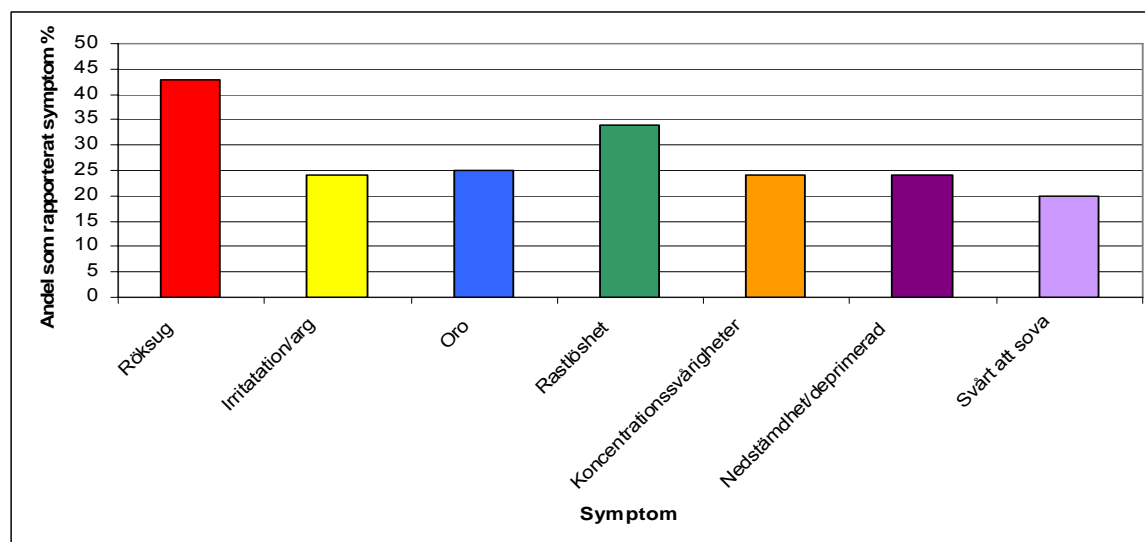


En av fem hade slutat röka en eller ett par dagar innan de ringde sitt första samtal. Man var orolig över risken att återfalla och hade behov av stöd till fortsatt rökfrihet.

### 6.3 Symtom

De vanligaste uppgivna symtomen i samband med rökstopp var de som presenteras i figur 5. Hög rapporterad intensitet av dessa symtom var relaterat till lägre rökfrihet. I en faktoranalys<sup>2</sup> som gjordes fann vi att bland alla 17 symtom som ingick i frågeformuläret reducerades alla till dem i tabell 1 förutom "svårt att sova". Dessa fick beteckningen faktor 1 eller "psykologisk" vilket förklaras av att dessa symtoms underliggande dimensioner främst var psykologiska.

Fig. 5. Rapporterade symtom hos klienter som varit rökfria i åtminstone 12 timmar



<sup>2</sup> När vi vill reducera ett antal variabler till ett färre antal underliggande dimensioner

## 6.4 Bortfallsanalys

Studien kontaktade 84 av de klienter som inte brytt sig om att fylla i uppföljningsformulären. Fyrtiosex svarade och 18 rökfria (39 %). Av dem som avslutat avvänjningen med att skicka in det sista enkätformuläret var 31 procent rökfria.

Av de 38 klienter som inte deltog kunde 23 inte nås, 11 avböjde deltagande och fyra var antingen sjuka eller döda.

De vanligaste anledningar till varför man inte returnerade frågeformuläret var:

- påstod att man hade skickat in det
- hade flyttat och därför inte fått frågeformuläret
- trodde att rökfrihet var en nödvändig förutsättning för att svara och eftersom de fortfarande rökte skickades formuläret inte tillbaks.

## 6.5 Kostnad/effektanalys

Med detta menas kostnaden satt i relation till effekten. En insats sägs vara mer kostnadseffektiv än en annan om den åstadkommer samma effekt som den insats den jämförs med, men till en lägre kostnad (Janlert 2000). Efter 12 månader var 354, (31 %) individer rökfria. Denna siffra på hur SRL:s effektivitet vad gäller rökfrihet, ligger till grund för kostnadseffektivitetsanalysen. Kostnaden per rökfri uppskattades till mellan 10 226-13 220 kronor. Kostnaden per vunnet levnadsår (VLÅR) är ett generellt mått och vi kan med detta mått jämföra kostnadseffektiviteten för andra folkhälsointerventioner. Kostnaden per vunnet levnadsår för SRL uppskattades till mellan 3 023 och 3 898 kronor. Tabell 1 ger exempel på den relativa kostnaden uttryckt i vunna levnadsår för andra rökavvänjningsmetoder.

**Tabell 1. Kostnadseffektivitet av rökavvänjningsmetoder**

Rökavvänjningsmetoder	Kostnad per vunnet levnadsår i kronor
Rökavvänjning per telefon "Sluta Röka Linjen"	3 023- 3 898
Kort rådgivning	2 751
"Quit & Win" kampanj	2 284-14 853
Rådgivning+självhjälpsmaterial	3 480
Allmänläkares rådgivning	9 225
Antirök kampanj	9 234
Bupropion (SR)	102 264
Nikotinläkemedel	117
Nikotinläkemedel+Bupropion (SR)	189 481

En känslighetsanalys gjordes för att testa i vilken mån studiens huvudresultat kunnat påverkas av ändringar i antaganden eller av osäkra data. I vårt fall är det rökfriheten som kan påverka resultaten. Därför ändrades antal rökfria från 30 procent ned till 6 procent.

**Tabell 2. Känslighetsanalys**

Rökfria efter 12 månader (%)	Kostnad per vunnet levnadsår
6	15 622
7	13 366
10	9 361
15	6 241
20	4 685
25	3 742
30	3 120
31	3 023

Även om resultatet hade varit 20 procent rökfria hade kostnaden per vunnet levnadsår ändrats blygsamt, från 3 023 till 4 685 kronor.

## 7 Diskussion

Sluta-Röka-Linjen visade sig vara en kostnadseffektiv folkhälsointervention med ungefär en av tre rökfria efter 12 månader. Den här typen av service ger god avkastning på investeringen då kostnaden 3023-3 898 kronor per vunnet levnadsår kan jämföras med andra vanliga interventioner såsom blodtrycksbehandling hos i övrigt friska med kostnader på 250 000 kronor per vunnet levnadsår eller blodfettssänkare med kostnader på ½ miljon och däröver. Utöver direkta hälsofördelar kan det också röra sig om effekter på folkhälsan och spridningseffekter. Ett lyckat resultat kan nämligen spridas till familj, vänner och kollegor vilket ytterligare ökar kostnadseffektiviteten.

Genomsnittsanvändaren av linjen var en medelålders kvinna med tolv års utbildning. Framtida utmaningar inkluderar hur man bättre kan nå särskilt utsatta grupper.

Majoriteten av klienterna som försökte sluta, rapporterade symtom. Hög intensitet av symtom var relaterat till sämre lyckandefrekvens av rökstopp. De mest frekvent rapporterade symtomen hos våra klienter överensstämde med de abstinenssymtom som nämns i andra studier och som relaterar/påverkar rökfriheten negativt (West et al., 1989 Xian et al., 2003).

Till skillnad från andra rökavvänjningsstudier, visade resultaten att rökfriheten i bortfallsgruppen var högre jämfört med svarsgruppen. I utvärderingar av rökavvänjningsprogram har traditionen varit att utgå ifrån att de som inte svarar är rökare. Erfarenheten talar dock för att de skillnader man funnit beror på vad för sorts studier det handlar om. Att jämföra samhällsinriktade rökavvänjningsinsatser med kliniska prövningar kräver viss försiktighet. Framförallt bör man överväga om inte en bortfallsundersökning skall ingå som standard vilket i sin tur kan leda till att man undviker en underskattning av behandlingen.

Vi vet alla svårigheterna förknippade med beteendeförändring. Detta område är ändå ett av Forums viktigaste vare sig man arbetar för att få individer att sluta röka, dricka mindre, förbättra läkemedelsanvändningen eller förbättra sin levnadsstil i allmänhet! Det är därför av intresse att pröva vad slags för teoretisk förankring som visat sig användbar när det gäller att bättre förstå förändringsmekanismer i det fortsatta arbetet. En av de mest populära har tidigare varit den Transteoretiska modellen för beteendeförändring (TTM) (Prochaska JO & Di Clemente 1983) där bl. a ”Stages of Change” ingår vilken ska underlätta för behandlarna att förstå processen från tanke till handling för att sedan kunna utforma stöd individuellt beroende på vilket stadium klienten befinner sig i. Allt fler ifrågasätter dock användbarheten av teorier i praktiskt arbete. Praktikförändring låter sig sällan styras av sofistikerade teorier där mänskligt beteende förenklas i logiska steg utan kan tvärtom variera kraftigt. TTM utgår från att en beteendeförändring är planerad. Vi har länge förstått att många rökstopp ute i befolkningen sker oplanerat och utan att man söker hjälp. Föga har varit känt om dessa rökstoppsförsök och man har antagit att de oplanerade försöken oftare leder till återfall. Nyligen har emellertid data publicerats som antyder att så många som hälften av alla rökstopp sker utan medveten planering och att de snarare lyckas bättre än de planerade (West & Sohal 2006). Uppenbarligen återstår ännu mycket att utforska.

Någonting som inte ingick i avhandlingen var en kvalitativ studie där SRL personalens erfarenheter hade kunnat tas till vara. Därför fick nu ett par slumpmässigt utvalda behandlare besvara frågorna:

- Vad får folk att sluta röka?
- För- och nackdelar med att arbeta som rökavvänjare på ”linjen”.

Rökstoppfaktorerna som nämndes var:

Ökad medvetenhet om hälsoriskerna, ekonomin, och att rökfrihet är mer accepterat i samhället. Det är rökaren själv som gör jobbet i kombination med hur motiverad personen är. Det är en process och rökavvänjaren är någon som lyssnar, stöttar och är ett bollplank.

”...då få vara en bollplank och heja på är en helt fantastisk känsla. Känns nästan som jag själv vunnit något”

”tror jag att det är den alltmer ökade medvetenheten om hälsoriskerna.”

Fördelarna kan sammanfattas i: Redskapet i sig, telefonluren var en fördel i fler avseenden. Dels för att klienten slipper fördömanden och att man undviker negativa signaler via kroppsspråket för både behandlaren och klienten. Alla klienter man får tala med, den kontinuerliga utbildningen och handledningen.

”...riktigt känner genom luren hur värdefullt det är för personen ...”

”...känns enklare att sitta i linjen än att ha kunden ”live”,...”

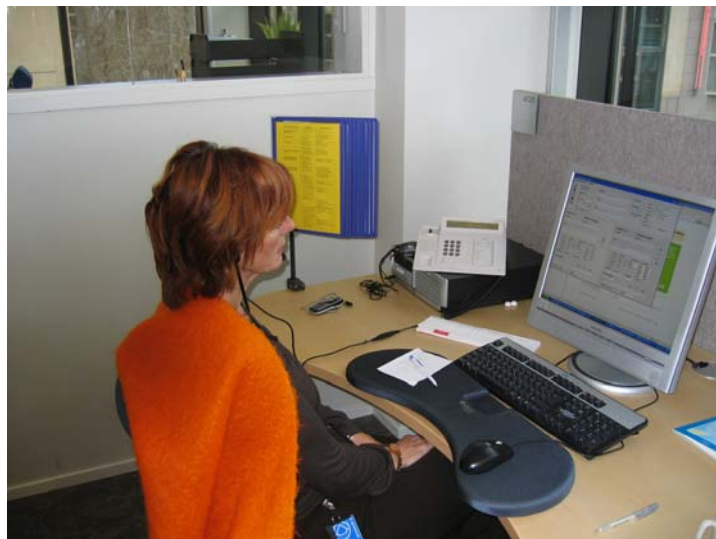
Nackdelarna: Att inte alltid räcka till, att man är tvungen att sitta på plats, för många samtal, för lite tid mellan varje samtal, yttre störningar såsom t.ex. prat och lönen.

”...krävs mycket av mig som behandlare att ge alla kunder det bemötande som de förtjänar.”

”Ibland får man en känsla av att inte räcka till, ...”

”...ett arbete man lika gärna kan sköta hemifrån, skulle bli ekonomisk vinning...”

Om någon läsare av den här rapporten skulle vilja ha någon hjälp till rökstopp för sig själv, anhörig eller bekant skulle författaren bli glad. Min uppmaning är att i så fall kontakta någon av SRLs duktiga rökavväjare på telefonnummer: 020 - 84 00 00



En av SRLs rökavväjare

## 8 Policy implikationer och reflektioner

Den typiska användaren av SRL är en 47 årig kvinna med tolv års utbildning. Allmänt är dock att rökningens problem är störst bland dem som har minst resurser och minst tillgång till stöd, prevention och behandling (Leischow et al., 2000). Den grupp som dominerar när det gäller användningen av SRL är kvinnor mellan 30 och 60 år viktigt som det är måste det i framtiden göras stora ansträngningar göras för att nå andra särskilt utsatta grupper där man vet att rökning är ett stort problem!

1. SRL ger en möjlighet för vårdpersonal att bidra i detta viktiga folkhälsoarbete här finns utvecklingsarbete för att underlätta denna tobaksprevention särskilt i primärvården
2. SRL bör få ökat ekonomiskt stöd och de nationella tobaksriktlinjerna behöver utvecklas
3. Den nya tiden med globalisering talar starkt för internationellt samarbete för Forum både av ekonomiska och lärande, utvecklingskäl. Man bör överväga samarbete med länder där rökningens prevalens är extremt hög såsom Kina och Vietnam, länder med snabb ekonomisk tillväxt men där tobaksrökningens ohälsoeffekter kommer slå hårt mot tillväxten om inget görs i tid

## 9 Referenser

AY El-Bastawissi, T Mc Afee, SM Zbikowski, Hollis J, Stark M, Wassum K, et al. Tob control 2003;12:45-51.

Folkhälsoinstitutet. Mål för Folkhälsan, proposition 2002/03:35

Janlert U. Folkhälsovetenskapligt lexikon. Natur och Kultur, Stockholm 2000.

Nederfeldt L. Sluta-Röka-Linjen. En nationell telefonlinje för tobaksavvänjning. CTP rapport nr 6, 2003 (www.folkhalsoguiden.se)

Leischow SJ, Ranger –Moore j, Lawrence D. Addressing social and cultural disparities in tobacco use. Addict Behav 2000;25:821-831.

Prochaska JO & Di Clemente CC. Stages and Processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. J Consult Clin Psychol 1983;51:390-395.

SBU- Statens beredning för medicinsk utvärdering, Metoder för rökavvänjning. Rapport nr 138, Stockholm 1998.

West RJ, Hajek P, Belcher M. Severity of withdrawal symptoms as a predictor of outcome of an attempt to quit smoking. Psychol Med 1989;19:981-985.

West R, Sohal T. “Catastrophic” pathways to smoking cessation: findings from national survey. BMJ doi:10.1136/bmj.38723.573866.AE (published 27 January 2006)

Zhu SH, Strech V, Balabanis M, Rosbrook B, Sadler G, Pierce JP. Telephone counselling for smoking cessation: Effects of Single session and multiple session interventions. J Consult Clin Psychol 1996;64:202-211.

Xian H, Scherrer JF, Madden P. A-M, Lyons MJ, Tsuang M, True WR et al. The heritability of failed smoking cessation and nicotine withdrawal in twins who smoked and attempted to quit. Nicotine & Tobacco Research 2003;5:245-254.



Tomson T. “Telephone support for smoking cessation -The Swedish example” Avhandling  
Karolinska Institutet, 2005.

**Centrum för folkhälsa  
Tobaksprevention  
Box 17533  
118 91 Stockholm**

**E-post [tobaksprevention@sll.se](mailto:tobaksprevention@sll.se)  
Tfn 08 737 35 90**

**[www.folkhalsoguiden.se](http://www.folkhalsoguiden.se)**