

Primærlegen og den røykende pasient

Anne Kari Thomassen

Master of Public Health

MPH 2006:20



Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap



Master of Public Health

– Uppsats –

Uppsatsens titel och undertitel				
Primærlegen og den røykende pasient.				
1. En sammenliknende studie av legers praksisendring i perioden 2001-2004.				
2. En randomisert kontrollert studie av effekten av en opplæring i individuell røykeintervensjon.				
Författare				
Anne Kari Thomassen				
Författarens befattning och adress				
Rådgiver, Fylkesmannen i Aust-Agder, Serviceboks, 4809 Arendal				
Datum då oppsatsen godkändes		Handledare NHV/extern		
2006-06-02		Kommunlege Tore Ytterdahl		
		Overlege Frode Gallefoss		
Antal sider	Språk – oppsats	Språk – sammanfattning	ISSN-nummer	ISBN-nummer
57	Norsk	Norsk - Engelsk	1104-5701	91-7997-153-9

Sammanfattning
<p>Bakgrunn: Røyking blir fortsatt betraktet som den viktigste forebyggbare årsak til død i vestlige land. Praktiserende leger er nøkkelpersoner innen tobakksforebygging. Enkel rådgiving, som minimal intervensjon, gitt av allmennleger øker andelen røykfrie pasienter signifikant. Kan en oppsøkende intervensjon gjennomført av en likemann være en egnet metode for å få leger til å ta opp tobakksbruk oftere og på en bedre måte, og kan denne undersøkelsen påvise dette?</p> <p>Hensikt: Hensikten med denne studien er: 1) Vurdere om primærlegene i Agder har endret praksis i perioden 2001-2004 med hensyn til hvor ofte og hvordan de tar opp tobakksbruk med sine pasienter og eventuelle hindringer for dette. 2) Undersøke om oppsøkende intervensjon er en egnet metode for å få leger til å endre praksis ved at de bidrar mer og bedre med individuell røykeintervensjon.</p> <p>Metode: Randomisert kontrollert studie for å undersøke om oppsøkende intervensjon er en egnet metode for å få leger til å endre praksis. Denne studien er sett i lys av en sammenliknende analyse av legenes røykeintervensjon og hindringer for dette i perioden 2001-2004.</p> <p>Resultat: Allmennlegene i Agder har endret praksis i perioden 2001 til 2004. Legene tar oftere opp tobakksbruk uten av pasientene har røykerelaterte symptomer, og det er færre hindringer både for å spørre om røykevaner og for å tilby hjelp til røykeslutt. Studien kan ikke bekrefte at oppsøkende intervensjonen er en egnet metode for å få leger til endre praksis ved at de bidrar mer og bedre med individuell røykeintervensjon.</p> <p>Konklusjon: I perioden 2001-2004 har det vært en signifikant endring i legenes røykeintervensjon og hindringer for dette. Studien kan ikke påvise at legene som fikk opplæringen "Røykeslutt i praksis" bidrar mer med individuell røykeintervensjon enn kontrollgruppen, og det er heller ikke signifikante forskjeller på hindringer for en slik intervensjon.</p> <p>Nyckelord: family doctor, general practice, smoking cessation, outreach visits, professional practice, changing behaviour.</p>



Master of Public Health

– Essay –

Title and subtitle of the essay				
The general practitioner and the smoking patient				
1. A comparison study of physicians change of professional practice in 2001-2004				
2. A randomised controlled study of an educational program in individual smoking cessation				
Author				
Anne Kari Thomassen				
Author's position and address				
Rådgiver, Fylkesmannen i Aust-Agde, Serviceboks 606, 4809 Arendal				
Date of approval		Supervisor NHV/External		
2006-06-02		Kommunlege Tore Ytterdahl		
		Overlege Frode Gallefoss		
No of pages	Language – essay	Language – abstract	ISSN-no	ISBN-no
57	Norwegian	Norwegian english	1104-5701	91-7997-153-9

Abstract

Background: Cigarette smoking is still considered the leading preventable cause of death in the western world. Physicians constitutes a key personnel in tobacco prevention. Brief advising, such as minimal intervention, performed by general practitioners, GPs, increases the number of smoke free patients significantly. The potential effect of outreach visits performed by a peer educator is a question to be studied.

Objective: The objective of this study is: 1) Assess whether the primary physicians in Agder, during the period 2001 to 2004, have changed their professional practice as to how often and in which way they discuss smoking habits with their patients and possible barriers to stop them. 2) The study also seeks to determine whether outreach visits constitute an effective method to make GPs change their professional practice by contributing more and better to individual smoking cessation.

Method: Randomised controlled study to determine whether outreach visits constitute an effective method to make GPs change their practice. This study is also viewed in the light of a comparative analysis of doctors' attitude to tobacco prevention over the period 2001-2004.

Result: During the period 2001-2004 the GPs in Agder have changed their professional practice. They discuss more frequently tobacco use with patients without smoke-related symptoms, and there are fewer barriers that keep them from asking about smoking habits and from offering assistance with smoking cessation. The effect of outreach visits in improving professional practice cannot be ascertained through this study.

Conclusion: During the period 2001-2004 there has been a significant change in the GPs intervention work and fewer barriers to stop them. The GPs who received training through the program "Røykeslutt i praksis" do not contribute to individual smoke intervention any more than the control group. We were unable to detect any significant differences regarding barriers to such intervention.

Keywords

family doctor, general practice, smoking cessation, outreach visits, professional practice, changing behaviour.

INNHold

INTRODUKSJON	2
De helsemessige utfordringene	2
Nasjonale føringer i det tobakksforebyggende arbeidet.....	7
Organisering av det lokale tobakksforebyggende arbeidet.....	7
Nasjonale retningslinjer	8
Kunnskapsbasert praksis	9
Hva gir praksisendring?	10
Hvorfor er legene viktig i dette arbeidet?	11
PROBLEMSTILLING	12
Hensikt.....	12
Forsknings spørsmål.....	12
METODE	13
Vest-Agder studien – 2001	14
Agderstudien - 2004	14
Testapparatet ved måling av ”Trender over tid”.....	14
Effektstudien av opplæringen ”Røykeslutt i praksis”	15
Testapparatet ved måling av intervensjonseffekten	19
Statistikk	20
Analyse	22
ETISKE OVERVEIELSER	22
RESULTATER	23
ANALYSE DEL 1	24
ANALYSE DEL 2	30
ANALYSE DEL 3	35
DISKUSJON	38
Trender over tid 2001-2004	38
Effektstudien ”Røykeslutt i praksis”	40
Legenes tilbakemelding på intervensjonen og de nasjonale retningslinjene	44
Implikasjoner og anbefalinger	44
KONKLUSJON	45
TAKKSIGELSER	45
REFERANSER	46
VEDLEGG	50

*Tonn av informasjon
Kilo av kunnskap
Hekta av vishet
Gram av forandring*

INTRODUKSJON

De helsemessige utfordringene

Tobakksbruk

Røyking blir fortsatt betraktet som den viktigste forebyggbare årsak til død i vestlige land. I Norge regner man med at det hvert år dør mere enn 7.500 mennesker av røykerelaterte sykdommer. Dette utgjør 15 % av alle dødsfall i landet. Annehver røyker dør tidligere på grunn av tobakksbruk. Enten plutselig eller etter mange års sykdom (1).

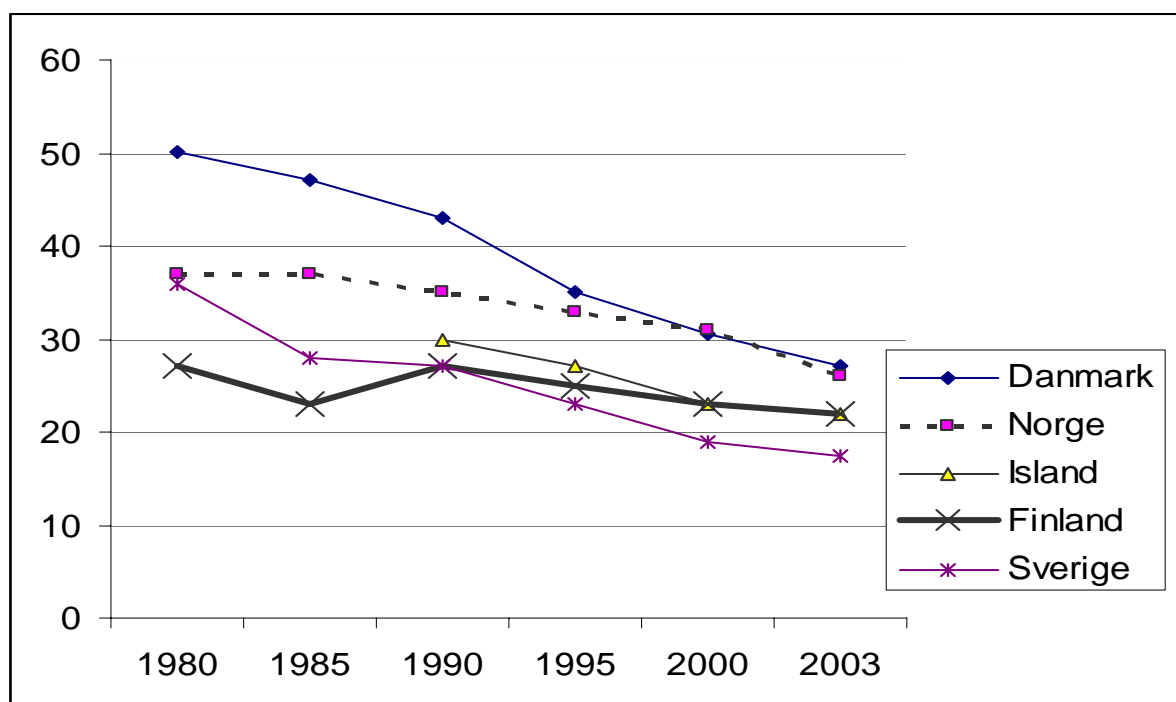
I Norge røykte 52 % av menn i alderen 16-74 år daglig i 1973. Nedgangen i andelen menn som røyker daglig har vært betydelig fra 1973 og frem til i dag, med nesten en halvering på 30 år. Andelen kvinner som røyker daglig har ligget på drøyt 30 % i samme tidsperiode. En betydelig nedgang ble observert i 2003. Forskjellene mellom kjønnene i andelen som røyker er nå borte. Ved siste måling i 2005 var det 25 % som røykte daglig og 11 % av og til røykere i aldersgruppen 16-74 år (2,3).

I Aust- og Vest-Agder er det henholdsvis 31 % og 33 % av mennene og 30 og 29 % av kvinnene som røykte ved siste måleperiode, 2001-2005. Som det fremgår av tabell 1 har det vært en liten, men jevn nedgang i røykingen for i Agderfylkene siste 10 års periode. Mennene i Aust-Agder har stått for den største nedgangen (3).

Tabell 1. Andel som røyker daglig blant menn og kvinner og totalt, 16-74 år, Agder, Finnmark og landet, gjennomsnitt for 5-årsperioden 1995-1999 og 2001-2005. Tall i prosent. Finnmark er det fylket i Norge med tradisjonelt mest tobakksbruk (3).

	Totalt %	1995-1999		Totalt %	2001-2005	
		Menn %	Kvinner %		Menn %	Kvinner %
Aust-Agder	35	40	30	31	31	30
Vest-Agder	37	37	37	31	33	29
Finnmark	45	42	48	33	31	34
Norge	33	34	32	27	28	27

Røyking i de nordiske land, 1980–2003



Figur 1. Røyking i de nordiske land, 1980 -2003

Som det fremgår av kurven er det en nedadgående tendens i hele Norden og forskjellen er mindre enn noensinne. Det er imidlertid vanskelig å sammenligne landene eksakt da undersøkelsene gjøres på ulikt grunnlag. Generelt er det slik at jo bredere utvalg, jo yngre eller eldre utvalget er, jo lavere røykeforekomst fremkommer. Dette gjelder for eksempel for Danmark som trolig hadde ligget et par prosent poeng høyere om de hadde spurt i samme utvalgsgruppe som Norge (2).

Røyking i svangerskapet

Norge har lenge vært i verdenstoppen når det gjelder røyking blant gravide kvinner, men i løpet av de siste ti årene har prosentandelen av gravide som røyker gått ned fra rundt 40 prosent til rundt 20 prosent (2,4). Det er imidlertid store fylkesvise variasjoner i gravides røykevaner. I Oslo og Akershus er ca. hver 10. kvinne dagligrøykere ved fødsel, mens i Troms og Finnmark er det ca hver 4. kvinne. I Aust-Agder røyker mer enn hver 5. kvinne ved slutten av svangerskapet. Ved siste måling, 2002, er det 24 % av de gravide i Aust-Agder som var dagligrøykere ved svangerskapets begynnelse, og hele 23 % var fortsatt røykere ved nedkomst. For Vest-Agder var det henholdsvis 20 % som røykte ved svangerskapets begynnelse og 18 % ved svangerskapets slutt (5). Røyking blir betraktet som en av risikofaktorene assosiert med lav fødselsvekt, for tidlig fødsel og perinatal død, og utvikling av astma (6,7).

Det er dokumentert at det ikke nødvendigvis er geografien i seg selv som er avgjørende for de store fylkesvise forskjellene i røykevaner. Undersøkelser viser at forskjellene svekkes dersom man tar hensyn til utdanningsnivået i de ulike fylkene. For røyking totalt blant kvinner, altså

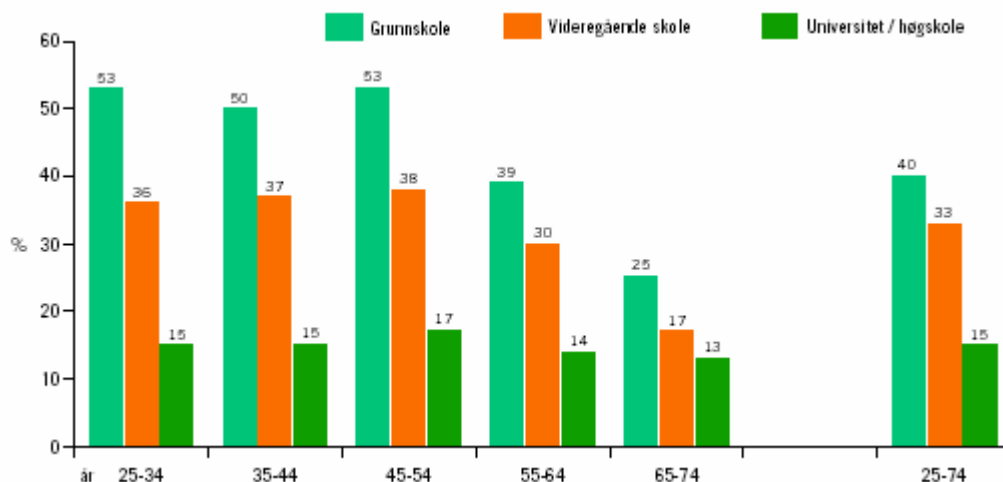
ikke bare hos de gravide, ser man at andelen dagligrøykere er lavest blant universitets- og høyskoleutdannede, og det antas at disse forskjellene også gjelder gravide. (2,5)

Fordi så få kvinner slutter å røyke i løpet av svangerskapet i Aust-Agder initierte Fylkeslegen våren 2002 en kartlegging av gravidenes røykevaner i fylket med blant annet fokus på sosioøkonomiske forhold, røykevaner i kvinnenes sosiale nettverk, svangerskapskontrollen og på hvilken måte tobakksbruk ble tatt opp og fulgt opp av helsepersonell. Det fremgår av denne studien at hele 33 % av de gravide røyker ved svangerskapets begynnelse. I følge medisinsk fødselsregisters tall fra 2002 røykte 24 % ved svangerskapets begynnelse (4). Hele 27 % av kvinnene røykte fortsatt ved svangerskapets slutt. Bare 5.5 % av de røykende gravide slutter i løpet av svangerskapet. Det fremgår også av dette forskningsmaterialet at 2 av 3 av de gravide hadde tenkt å slutte å røyke før de ble gravide, og at en stor del av kvinnene, 2 av 3, ønsker å slutte men får ikke nødvendig støtte og hjelp til dette i løpet av svangerskapet. Studien bekrefter også at det er de yngste kvinnene med lavest utdanning som røykte mest (8).

Gradientutfordringen i det tobakksforebyggende arbeidet

Sosial ulikhet i helse er korrelasjonen mellom sosioøkonomisk status og helsestatus, og måles i utdanning, yrke og inntekt, eller kombinasjonen av disse. Helse måles på ulike måter, oftest i forventet levealder, dødelighet, sykelighet og selvopplevd helse (9).

I motsetning til hva som var tilfelle for noen tiår tilbake er det nå en meget sterk sosial skjevhet i rekrutteringsmønsteret til røyking. Røyking fører dermed til større sykdomsbyrde og tidligere død i lavere sosioøkonomiske lag og er en vesentlig bidragsyter til sosial ulikhet i helse. For aldersgruppen 25-44 år forekommer for eksempel røyking 3 ganger hyppigere blant personer som har ungdomsskole som høyeste avsluttede utdanning enn blant de med høyskole- eller universitetsfag (2)



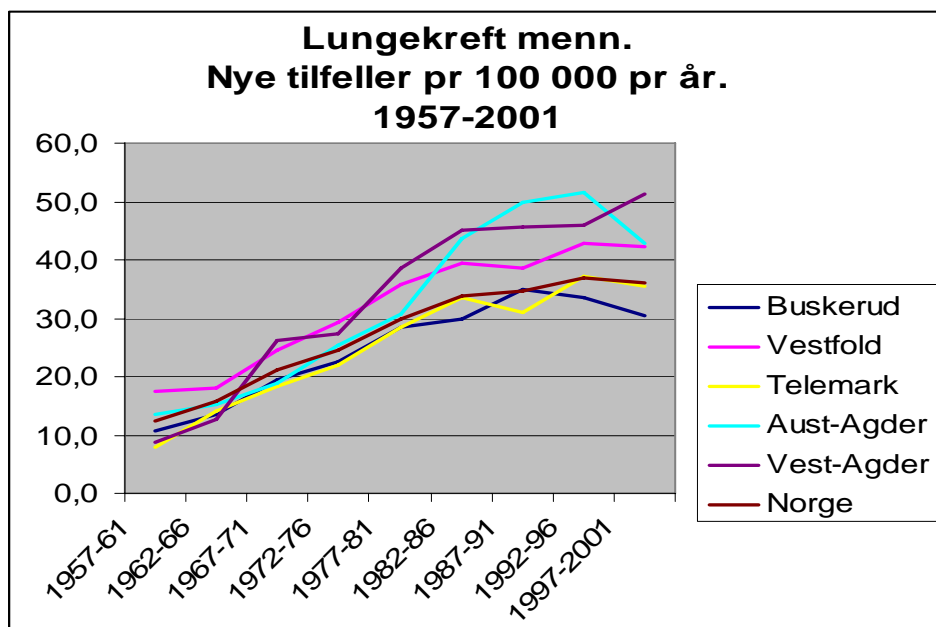
Figur 2. Andel dagligrøykere etter utdanningsnivå og alder, 25-74 år, data slått sammen for perioden 2001-2003 (2)

Nyere studier bekrefter videre at røykere fra lavere sosiale lag også har en høyere røykeintensitet, forbruker oftere de farligste tobakksproduktene, har lavere gjennomsnittlig debutalder og større aksept for passiv røyking, færre har regler for å begrense røyking hjemme, og de er oftere feilinformerte om helsefarene ved de ulike tobakksfarene (10).

Undersøkelser viser også at informasjon i massemedia om røykingens skadeeffekter har best effekt blant personer med lengst utdanning, og at personlig overlevert budskap, særlig fra helsepersonell, er en bedre kanal når man skal nå frem til personer med kort utdanning (11-13).

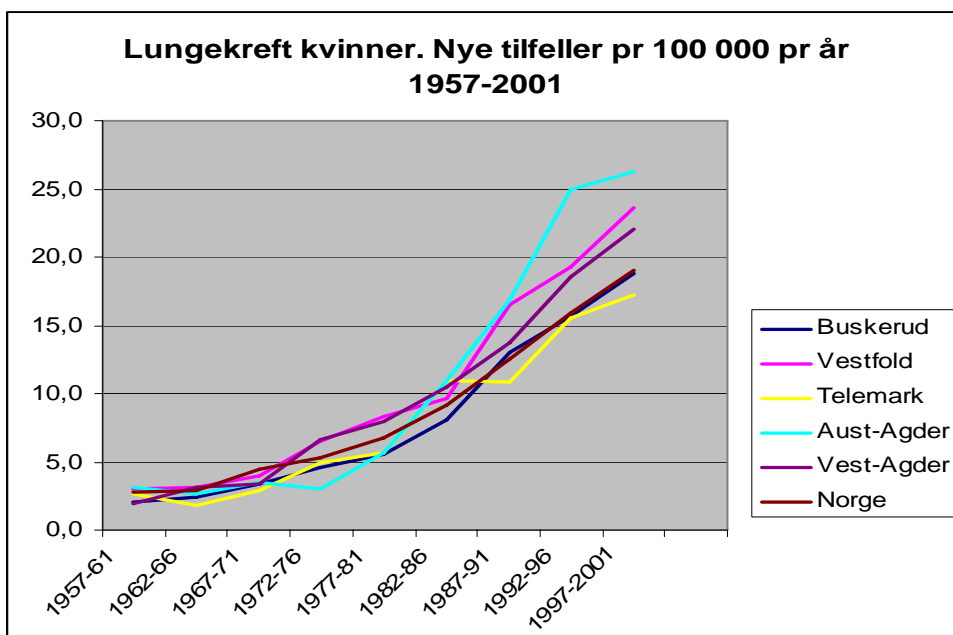
Forekomst av lungekreft i Norge og Agder

Aust-Agder hadde landets høyeste forekomst av nye krefttilfeller totalt i perioden 1994-98. For menn var den 19 % høyere enn landsgjennomsnittet, og for kvinner 8 % (14). Forekomsten av lungekreft for kvinner i Aust-Agder var absolutt høyest i landet, og med en syvdobling de siste 25 år var det ingen fylker som hadde så stor økning som Agders kvinner på dette området. Dette var og er bekymringsfullt, og Fylkeslegen betegnet dette som ”epidemisk” i sin Medisinalmelding i 2001. Det ble søkt etter plausible årsaker til denne alvorlige utviklingen fra flere hold (15). Etter å ha utelukket de mest nærliggende årsakssammenhenger stod man igjen med tobakksbruk som eneste forklaringsvariabel.



Figur 3. Lungekreft menn. Nye tilfeller per 100.000 personår 1957-2001

Som det fremgår av figuren var det en betydelig økning i antall lungekrefttilfeller for menn på 80- og første halvdel av 90-tallet i Aust-Agder, men forekomsten har sunket igjen siste halvdel av 90-tallet. I Vest-Agder var det i de to foregående femårsperiodene en avflatning av kurven, slik at man hadde et håp om at toppen var nådd. Dessverre har det kommet en ytterligere økning siste 5-årsperiode, slik at dette fylket nå er på landstoppen sammen med Finnmark (5).



Figur 4. Lungekreft kvinner. Nye tilfeller per 100 000 personår 1957-2001

Figuren illustrerer den voldsomme økningen i lungekreft hos kvinner de siste 45 år, fra ca 2-3 til oppunder 27 tilfeller per 100 000. Aust- og Vest-Agder, sammen med Vestfold peker seg spesielt ut. Allerede på 80-tallet økte forekomsten betydelig mer enn landsgjennomsnittet i disse fylkene. Først nå i siste femårsperiode har den bratte økningen i Aust-Agder begynt å flate noe ut (5).

Dessverre har man ikke historiske fylkesvise tall på tobakksbruk. De første fylkesvise målingene kom først i 1999. Når man ser på tobakksbruk for ulike fødselskohorter fra 1900 til 2000 ser man at kjønnsforskjellene i røykemønster flater ut rundt 1950 for landet som helhet (2). En mulig forklaring er at kvinnene i Agder adopterte kontinentale røykevaner tidligere enn kvinner i landet for øvrig da regionen tradisjonelt har hatt mye og nær kontakt med kontinentet og USA. Røyking i første halvpart av 1900-tallet skjedde i øvre sosiale lag og sigarettene signaliserte modernitet, raffinement og elegance (16). På den tiden var det uvanlig at kvinner røykte. Kvinnene som ble født på 50-tallet derimot vokste opp med andre holdninger knyttet til røyking, blant annet ved at tobakksreklamen henvendte seg til dem (2). På den tiden var det fortsatt trendy å røyke og røykevanene var ikke koplet mot utdanning eller sosial klasse i negativ forstand slik som det er i dag.

Den alvorlige kreftutviklingen i Agder og koplingen mot tobakksbruk fikk mye medieoppmerksomhet og det tobakksforebyggende arbeidet fikk høy prioritet både sentralt og lokalt.

Kronisk obstruktiv lungelidelse - KOLS

Kronisk obstruktive lungelidelser (KOLS) er en annen viktig diagnose hvor røykeslutt har stor betydning. Den viktigste risikofaktoren for KOLS er sigarett røyking, og røykeslutt anses som den mest effektive og kostnadseffektive intervensjonen for å redusere risikoen for å utvikle KOLS og for å bremse fallet i lungefunksjonen. Man antar at det er 150.000 mennesker i

Norge med KOLS. Over 90 % av dem som har KOLS røyker daglig, eller har gjort det tidligere (2,17).

Nasjonale føringer i det tobakksforebyggende arbeidet

I Norge har det de siste årene vært en stadig økende politisk satsing på folkehelsearbeid. Norge utarbeidet, som et av de første nordiske landet, egen Stortingsmelding for folkehelsearbeidet med strategier for oppfølging av folkehelsearbeidet den kommende tiårs periode. St.meld. nr. 16 (2002-2003), "Resept for et sunnere Norge" (18).

Mål for folkehelsearbeidet er:

- Flere leveår med god helse i befolkningen som helhet
- Redusere helseforskjeller mellom sosiale lag, etniske grupper og kjønn.

Strategiene – "Reseptene" i meldingen er:

- Skape gode forutsetninger for å kunne ta del i egen helse
- Bygge allianser for folkehelse
- Helsetjenestene: Forebygge mer for å reparere mindre
- Utvikle ny kunnskap

I Stortingsmeldingen fremgår det at WHO har vist at en tredjedel av den samlede sykdomsbyrden i industrialiserte land skyldes de fem risikofaktorene tobakk, alkohol, høyt blodtrykk, kolesterol og overvekt (18).

I forbindelse med lanseringen av Stortingsmeldingen ble det tobakksforebyggende arbeidet sterkt prioritert. Forskningsmiljøene ble bedt om å utrede effektive tiltak for å få ned tobakksbruken spesielt rettet mot ungdom, og det ble utarbeidet klare mål for arbeidet både nasjonalt og lokalt. *Lund KE, Rise J. Gjennomgang av forskningslitteraturen om tiltak for å redusere røyking blant ungdom. Oslo, Sosial og helsedirektoratet 2002.*

Samtidig ble det bevilget betydelige midler til å iverksette tiltak mot tobakksbruken i Norge. Blant annet flere store nasjonale mediekampanjer og utbygging av regionale og lokale nettverk for det tobakksforebyggende arbeidet.

Det var samtidig politisk vilje til å starte prosessen med viktige lovendringer for å redusere tobakksbruken, først og fremst endring av tobakkskadeloven for å få til røykfrie serveringssteder og et bevillingssystem for salg av tobakk. Fra 1. juni 2004 ble det innført røykfrie serveringssteder i Norge som det første landet i Norden. Det var også politisk vilje til å gjøre noe med prispolitikk. Nordmenn må fortsatt betale mest for tobakken sammenlignet med sine nordiske naboer (19).

Organisering av det lokale tobakksforebyggende arbeidet

Utvikling av regionale fagnettverk eller ressursgrupper var et viktig virkemiddel for å iverksette det tobakksforebyggende arbeidet lokalt. I Aust-Agder startet arbeidet med å etablere en slik ressursgruppe vinteren 2002. Høsten 2002 var gruppen en realitet. Gruppen er sammensatt av personer fra høyt politisk og administrativt nivå for å gi arbeidet nødvendig

tyngde og legitimitet. Det ble utarbeidet en Fylkehandlingsplan for det tobakksforebyggende arbeidet i Aust-Agder med mål, delmål og virkemidler i tråd med helseministerens målsetting. Videre ble det nedsatt arbeidsgrupper som skulle følge opp handlingsplanen.

I denne sammenheng er det delmålet om å involvere helsepersonell generelt og det medisinske miljøet spesielt, og etablering av Arbeidsgruppen "Den røykende pasient" som er det aktuelle. I "FYLKESHANDLINGSPLAN FOR AUST-AGDER 2002-2007" står det følgende:

Delmål som må gjennomføres i de medisinske fagmiljøer:

Tobakksbruk håndteres som en behandlingstrengende risikotilstand ved alle konsultasjoner i helsevesenet innen 1 år

Virkemiddel:

- Fylkeslegen nedsetter en arbeidsgruppe med representanter for det medisinske fagmiljø i allmenn-, bedrifts- og spesialisthelsetjenesten som utreder retningslinjer for god faglig praksis når det gjelder oppfølging av røykere, og formidler dette ut til legene i fylket.*
- Fylkeslegen holder en oppdatert oversikt over personell utdannet i røykeavvenning, som kan benyttes som henvisningsinstans for helsepersonell, holde kurs i bedrifter og på arbeidsplasser osv.*

Arbeidsgruppen "Den røykende pasient" ble etablert for å følge opp delmålet i fylkehandlingsplanen, og det ble utarbeidet retningslinjer for god faglig praksis for leger i allmennpraksis og i bedriftshelsetjenesten basert på best tilgjengelig kunnskap tilsvarende New Zealands guidelines (20). Dette ble nedfelt i en skrivebordsplakat og et standardisert undervisningsopplegg som skulle presenteres for allmennleger og bedriftsleger i begge Agder fylkene i form av en oppsøkende intervensjon.

Nasjonale retningslinjer

Sosial- og helse direktoratet er et faglig myndighetsorgan, og et av direktoratets viktigste virkemidler er å gi faglige råd, eller faglige anbefalinger, til politikere, fagfolk og publikum. I vanskelige og viktige spørsmål hvor direktoratet vil medvirke til god og trygg praksis, kan utarbeiding og iverksetting av nasjonale faglige retningslinjer være et egnet virkemiddel, ofte som en del av en større pakke med virkemidler for å få best mulig effekt (21).

Kliniske retningslinjer er et forsøk på å destillere store mengder medisinsk informasjon til et praktisk nyttig verktøy for daglig praksis. *Signe Flottorp. "Å bygge bro mellom forskning og praksis" Utposten nr 2, 2004*

Faglige retningslinjer er i prinsippet å anse som anbefalinger og råd, og skal bygge på god, oppdatert faglig kunnskap. Retningslinjene er ment som et hjelpemiddel ved de avveininger fagpersonellet må gjøre for å oppnå forsvarlighet og god kvalitet på tjenesten (22). Faglige retningslinjer er ikke rettslig bindende, men kan langt på vei være styrende for de valg som skal tas. Ved å følge oppdaterte faglige retningslinjer vil fagpersonell langt på vei oppfylle intensjonen om faglig forsvarlighet og god praksis i lovverket. Faglige retningslinjer er viktige verifiseringsverktøy for tilsynsmyndigheten. Dersom fagpersonellet velger en annen

løsning som i vesentlig grad avviker fra gjeldende faglige retningslinjer, bør de være særskilt nøye med begrunnelse, informert samtykke og dokumentasjon (22-24)

Nasjonal faglige retningslinje: ”Røykavvenning i primærhelsetjenesten”

Parallelt med arbeidet i Agder tok ”Lunger i Praksis”, som er et nasjonalt nettverk av allmennpraktikere med interesse for lungesykdommer, og Norsk selskap for allmennmedisins (NSAM) referansegruppe for astma og KOLS initiativet til å lage Nasjonale retningslinjer for røykavvenning overfor Sosial og helsedirektoratet. Disse gruppene samt arbeidsgruppen ”Den røykende pasient ” kom med faglige innspill til Sosial- og helsedirektoratet i forbindelse med utarbeidingen av de nasjonale retningslinjene: ”Røykavvenning i primærhelsetjenesten.”

De nasjonale retningslinjene og den oppsøkende intervensjonen, som ble utarbeidet i Agder, bygger på det samme kunnskapsgrunnlaget (20,25).

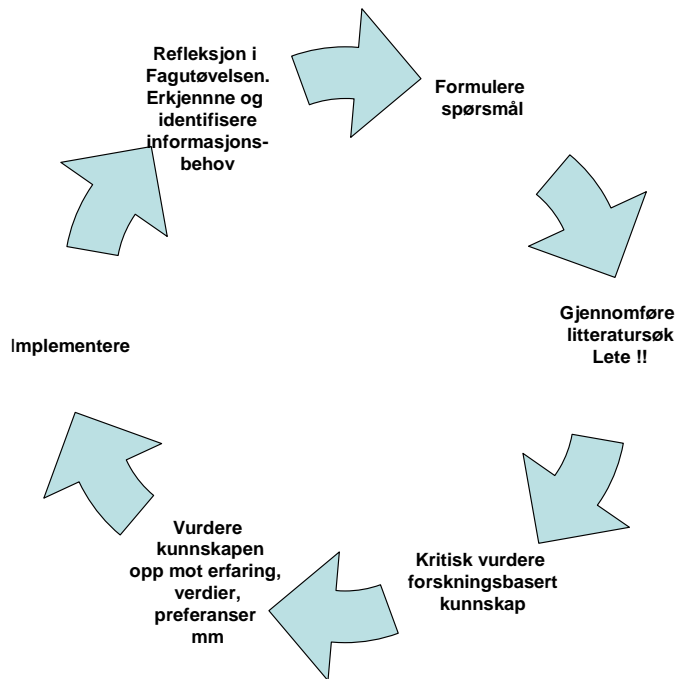
Arbeidsgruppen ”Den røykende pasient” ønsket imidlertid å introdusere en faglig standard overfor legene i Agder ved en oppsøkende intervensjon med et standardisert undervisningsopplegg og skrivebordsplakat da man hadde god erfaring med dette for å endre legers praksis i Agder (26,27). Målet var å undersøke om oppsøkende intervensjon er en god metode for å implementere retningslinjer slik at praksis samsvarer med kunnskapsgrunnlaget.

Kunnskapsbasert praksis

”Med kunnskapsbasert praksis ønsker vi å understreke at legen/helsepersonellet som fagperson/er har ansvar for at kliniske og samfunnsmedisinske beslutninger er forankret i den beste kunnskap som finnes om dette problemet i verden. Det er så å si en del av kontrakten med samfunnet og pasienten. Legens/helsepersonellets oppgave er å forene egen kunnskap og kompetanse i medisin med pasientenes egne tanker og synspunkter om hva som er viktig for dem, og slik hjelpe folk til egne valg.”

Implementeringen av forskningsbasert kunnskap er krevende for fagpersonen; ”evnen til å utnytte faget og forskningsbasert kunnskap på en kritisk og konstruktiv måte kommer til anvendelse i møtet med den enkelte. Implementeringen krever mer enn analytiske evner; i møtet med virkelige pasienter må man bruke seg selv og integrere kunnskap med sin kliniske og menneskelige erfaring” (28).

Hva kunnskapsbasert og pasientsentrert praksis bør være.



Figur 5. Illustrasjon på hva kunnskapsbasert og pasientsentrert praksis bør være. Fra foredrag med Arild Bjørndal, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten i Norge.

Hva gir praksisendring?

Forskningen så langt har ikke gitt noe entydig fasitsvar på hva som skal til for at helsepersonell og leger især skal endre praksis i tråd med helsemessige utfordringer og eller kunnskapsbaserte retningslinjer. Trolig er det kombinasjonen av tiltak over tid som gir effekt (29). I en nyere systematisk oversikt finner man at didaktiske forelesninger alene ikke gir praksisendringer, mens interaktive workshops kan gi moderate eller stor forandring i helseprofesjoners praksis (30). Når en skal planlegge praksisendring er det viktig å identifisere viktige barrierer på ulike nivå. Planleggingen må ta hensyn til innovasjonens egenart, karakteristiske kjennetegn hos helsepersonellet, pasientene som er involvert, den sosiale, organisasjonsmessige, økonomiske og den politiske kontekst (31).

Norske studier bekrefter det samme. "Det tar tid å endre atferd, også for legene" konkluderes det i den norske doktoravhandling "Best possible practice". Studien konkluderer med at det trolig hadde vært lettere å oppnå praksisendring ved oppsøkende virksomhet i stedet for postal henvendelse for å få leger til å følge anerkjente retningslinjer (32).

Det er viktig at tiden som investeres i videre- og etterutdanning og kvalitetsforbedring gir gevinst i form av bedret praksis og bedre tilbud til pasientene. Kurs dominert av tradisjonelle forelesninger brukes for ofte, mens noen aktiviteter med kjent god effekt, som besøk på legekantorene for informasjon og undervisning, nesten ikke benyttes i det helse tatt (33,34).

Senter for medisinsk metodevurdering viser at det er mulig å påvirke legeatferd gjennom økonomiske incentiver, undervisningsbesøk på legens kontor, bruk av påminnelser i legens EDB system, audit og feedback. Effektene er oftest moderate eller kan utebli helt, men de synes å bli sterkere dersom man kombinerer ulike strategier (35).

I Norge er det innført egen honorartakst for leger som tar opp tobakksbruk med sine pasienter som har røykerelaterte symptomer eller sykdommer og det er påminningssystem i det vanligste dataprogrammet som brukes i allmennpraksis. Sosial- og helsedirektoratet har prøvd å innføre egen takst for primærforebygging uten at dette har lyktes til nå.

Studien som ble gjennomført i 2001 i Vest-Agder viser at legene kun tar opp tobakksbruk med pasientene i 30 % av tilfellene når pasientene ikke har røykerelaterte symptomer (36). Dette er bakgrunnen for at arbeidsgruppen "Den røykende pasient" ønsket å introdusere et standardisert undervisningsopplegg basert på beste tilgjengelig kunnskap overfor leger utført som oppsøkende intervensjon av likemenn.

Hvorfor er legene viktig i dette arbeidet?

Helsepersonell er nøkkelpersoner innen tobakksforebygging. De har kunnskap om røykerelaterte helseskader, og de møter store deler av befolkningen i situasjoner hvor det er naturlig å snakke om livsstilsvaner som tobakksbruk. Helsepersonell representerer dessuten en gruppe i samfunnet som de fleste har stor tillit til, og de vil ofte være rollemodeller for befolkningen når det gjelder livsstilsfaktorer som kan påvirke helsen. Fastlegene har gjennom fastlegeordningen et populasjonsansvar, og er i posisjon for både primær- og sekundærforebyggende arbeid. I Norge regner man at minst 74 % av befolkningen over 16 år er i årlig kontakt med lege (37,38). Primærlegene er dermed en svært viktig alliansepartner i det tobakksforebyggende arbeidet. De aller fleste, 80 %, starter å røyke før fylte 20 år (2). Legen har dermed en unik mulighet til bidra med primærforebyggende arbeid både overfor ungdom som ikke røyker og med hjelp til røykeslutt for alle aldersgrupper.

En systematisk oversikt viser at ved enkel rådgiving, som minimal intervensjon, gitt av allmennleger øker andelen røykfrie pasienter signifikant. Andelen pasienter som var røykfrie etter et års oppfølging økte med 2 % sammenlignet med dem som ikke fikk intervensjonen. Ved utvidet rådgiving av legen økte slutttraten ytterligere, og slutttraten etter tolv måneders oppfølging øker betydelig når leger som har fått opplæring i "røykeslutt" (2 timer) gir systematiske råd. Hele 13.4 % oppgir at de er røykfrie hos intervensjonsgruppen og 7.3 % i kontrollgruppen (39).

Lokale erfaringer med oppsøkende likemannsopplæring

Oppsøkende intervensjon er tidligere gjennomført blant allmennlegene i Agder, og man har hatt god erfaring med dette med tanke på å presentere oppdatert kunnskap og bidra til praksisendring. Gunnar Mouland med flere gjorde blant annet en intervensjon på forskrivning av og nedtrapping av benzodiazepin preparater (27) og Mark Fagan på forskrivning av antibiotika ved bronkitt på legevakt (26). Begge studiene kunne presentere signifikante endringer i tråd med kunnskapsgrunnlaget.

PROBLEMSTILLING

Tobakksbruk er fortsatt et stort helseproblem og forårsaker alt for ofte alvorlig sykdom og for tidlig død. I Norge har vi de senere år sett en meget sterk skjev sosial rekruttering i røykemønsteret. Dette krever trolig en annen tilnærming til det tobakksforebyggende arbeidet enn det vi tradisjonelt har hatt i Norge. Viktige målsettinger både fra sentrale og lokale myndigheter er å forbygge røykestart og gi hjelp til røykeslutt. Utfordringen er å finne gode metoder for å nå disse målene. Primærlegene har kontakt med alle lag i befolkningen, og har derfor en spesielt viktig rolle i dette arbeidet. Legene har god kunnskap om helserisikoen ved tobakksbruk, og de har en gylden anledning i den personlige konsultasjonen til å ta opp spørsmålet. Tidligere studier viser at legene i alt for liten grad benytter denne anledningen.

Hensikt

Hensikten med denne studien er:

1. Vurdere om primærlegene i Agder har endret praksis i perioden 2001-2004 med hensyn til hvor ofte og hvordan de tar opp tobakksbruk med sine pasienter og eventuelle hindringer for dette.
2. Undersøke om oppsøkende intervensjon er en egnet metode for å få leger til å endre praksis ved at de bidrar mer og bedre med individuell røykeintervensjon.
3. Beskrive legenes tilbakemelding på den oppsøkende intervensjonen "Røykeslutt i praksis og de nasjonale retningslinjene "Røykavvenning i primærhelsetjenesten".

Forskningsspørsmål

Sammenliknende studie

- Tar primærlegene oftere opp tobakksbruk med sine pasienter, informerer de mer om helsefordelene ved å slutte å røyke og bidrar de mer med hjelp til røykeslutt i 2004 enn i 2001?
- Oppgir legene de samme hindringene for røykeintervensjonen nå som i 2001?
- Har legenes generelle holdning til tobakksforebyggende arbeid endret seg i dette tidsrommet?

Randomisert kontrollert studie

Hvilken effekt har det å gi primærlegene en konkret intervensjonspakke med et standardisert undervisningsopplegg gjennomført av en likemann med hensyn til hvor ofte og hvordan de tar opp røykevaner med sine pasienter sammenlignet med en kontrollgruppe?

- Bidrar opplæringen til at legene tar opp tobakksbruk oftere med sine pasienter, informerer de mer om helsefordelene ved å slutte å røyke, og bidrar de mer med hjelp til røykeslutt enn kontrollgruppen?
- Oppgir legene som har fått opplæringen færre og eller andre hindringer i røykavenningsarbeidet?
- Har opplæringen bidradd til at legene har endret holdning til tobakksforebyggende arbeid sammenlignet med kontrollgruppen?

METODE

Tabell 2. Skjematisk fremstilling av studiene i sin helhet

Sammen- liknende studie: ”Trender over tid”	Vest-Agder studien 2001 (36)	Postal spørreskjemaundersøkelse. Gjennomført blant allmennlegene i <u>Vest-Agder</u> . Målet var å vurdere status og avdekke problemer i røykavvenningsarbeidet blant allmennlegene i Vest-Agder. Denne studien er ”baseline” for utvikling av trender i perioden 2001-2004 i forhold til grad av røykeintervensjon og hindringer for dette blant primærlegene (allmenn- og bedriftslegene) i Agderfylkene.
	Agderstudien Februar 2004	Postal spørreskjemaundersøkelse. Sendt til alle primærlegene i Aust- og Vest-Agder i februar 2004. Hensikten var: Kartlegge utvikling av trender i røykeintervensjon og eventuelle hindringer for dette blant primærlegene i Agder i perioden 2001 - 2004 (Vedlegg 1).
Effektstudien: ”Røykeslutt i praksis”	RCT Randomi- seringen	Stratifisert klynge randomisering ble foretatt før gjennomføringen av den oppsøkende intervensjon. 125 av totalt 243 leger ble randomisert til intervensjonsgruppen. 118 til kontrollgruppen.
	Oppsøkende intervensjon	Gjennomført hos et stratifisert randomisert utvalg av allmennleger og bedriftsleger i begge Agderfylkene. Allmennlegene - mars/april 2004 Bedriftslegene - september 2004 Intervensjonen ble gjennomført av likemenn som i tillegg til å være primærleger også har erfaring med tobakksforebyggende arbeid generelt og som røykesluttinstruktør.
	Test av intervensjons- effekt September 2004	Postalt spørreskjemaundersøkelse. Sendt til alle primærlegene i Aust- og Vest-Agder. Hensikten var: Undersøke effekten av opplæringen: ”Røykeslutt i praksis”(Vedlegg 2).

Vest-Agder studien - 2001

Målet med denne studien (36) var å vurdere grad av røykeintervensjon blant fastleger i Vest-Agder og eventuelle hindringer for dette. Konklusjonen var at dersom pasienten ikke har røykerelaterte symptomer, tar legen opp pasientens røykevaner i 30 % av tilfellene. Dersom pasientene har røykerelaterte symptomer, spurte legene om røykevaner i 95 % av tilfellene. Hvis fastlegen visste at pasienten røykte, informerte de om fordelene ved å slutte i gjennomsnitt to tredeler av tilfellene. Få engasjerte seg i praktisk hjelp til røykeslutt. Den største hindringen for å ta opp røyking var at det tok lang tid. Halvparten ville foretrekke å kunne henvise røykere til spesialister innen røykeslutt. Omtrent to tredeler av fastlegene sa at de tok opp røyking med sine pasienter hyppigere enn to år tidligere.

Agderstudien - 2004

For å besvare forskningsspørsmålene i den sammenliknende studien "Trender over tid" ble alle primærlegene i Agder invitert til å delta (232 allmenn/fast - og 11 bedriftsleger). I februar 2004 ble det standardiserte spørreskjemaet, som ble brukt i "2001 studien" (40), utsendt med frankert svarkonvolutt til alle primærlegene i Agder (N=243) av Agderforskning i Kristiansand med logoen til "Fylkesmannen i Aust-Agder" på konvolutten for om mulig øke svarprosenten. Purring/påminnelse ble foretatt tre uker senere. (Vedlegg 1)

Spørreskjemaet (39) har totalt 52 variabler.

I denne studien er dataene fra studien gjennomført blant allmennlegene i Vest-Agder i 2001 (36) blitt sammenlignet med dataene fra 2004 studien.

Testapparatet ved måling av "Trender over tid" Det postale spørreskjemaet 1

For leger i allmennpraksis ble det, i samarbeid med de nordiske legeforeningene, utarbeidet et **standardisert spørreskjema** for å kartlegge grad av røykeintervensjon av leger (40). Dette spørreskjemaet baserer seg på en undersøkelse som Nordisk Cancer Union gjorde i 1998, hvor de evaluerte i hvor stor grad nordisk helsepersonell tar opp spørsmål om røyking når de konsulteres av ulike pasient/brukergrupper. Forarbeidet til spørreskjemaformingen er tidligere beskrevet av Helgarson & Lund og inkluderer dybdeintervju, pilotundersøkelser og oversettelse. Skjemaet er også tidligere brukt i en liknende spørreskjemaundersøkelse blant sykehusleger. Skjemaet er dermed godt utprøvd og validert (40).

I spørreskjemaet spør man først om røykeintervensjonspraksis i eget arbeid, så om hva legen opplever som hindringer i dette arbeidet. Svarene er fremstilt kategorisert etter forklaringer i hver tabell.

Store deler av dette skjema ble benyttet i studien som ble gjennomført i Vest-Agder 2001. Det samme skjemaet ble brukt i den sammenliknende studien i 2004.

I spørreskjemaet som ble benyttet for å evaluere intervensjonseffektene er det tilføyd spørsmål som utdyper tidsbruken som viktig hindring i røykesluttarbeidet, om den

oppsøkende intervensjonen og om de nasjonale retningslinjene ”Røykeavvenning i primærhelsetjenesten”.

Effektstudien av opplæringen ”Røykeslutt i praksis”

For å få best mulig kunnskap om oppsøkende intervensjon er en egnet metode for å få leger til å endre praksis i forhold til hvor ofte og hvordan de tar opp røykevaner med sine pasienter, ble det valgt en randomisert kontrollert studie da denne metoden regnes for ”gullstandarden” innen kvantitativ forskning.

Randomiseringen

Det ble gjennomført en stratifisert klynge randomisering. Ved en slik randomisering trekkes det tilfeldig ut fra atskilte strata eller lag av populasjonen. I dette tilfellet allmennlegene i Agderfylkene. (Bedriftslegene ble ikke randomisert). For å få sammenlignbare eksperimentgrupper ble utvalget leger stratifisert etter følgende parametre:

- ”Soner” i forsøksfylkene.
- Antall leger i kommunene.
- I kystsonen og i byene Arendal og Kristiansand ble legene også sortert etter praksisstørrelsene; solopraksis, småpraksis og storpraksis.

I praksis ble randomiseringen gjennomført ved at regionen ble delt i fire soner ut i fra befolkningstetthet, levekår, næringsvilkår og sist men ikke minst kultur.

1. Indre Agder
2. Midtbeltet i Agder
3. Kystsonen
4. Arendal og Kristiansand

Da utvalget i hver sone var sortert ble det foretatt trekning i hver gruppe slik at det ble en tilfeldig fordeling innen hver av disse gruppene. Man regner med at størrelser estimert fra slike utvalg er mindre farget av utvalgstilfeldigheter enn dem vi beregner på grunnlag av data om enkle, tilfeldige utvalg. Slike utvalg trenger derfor ikke være like store som enkle tilfeldige utvalg for å gi samme grunnlag for generalisering (40). Dette var vesentlig i denne studien da utvalget leger i de to Agderfylkene ikke er stort sett i lys av forventet frafall og krav om statistisk styrke.

125 av de 243 legene ble randomisert til intervensjonsgruppe. 99 av disse fikk opplæringen ”Røykeslutt i praksis” våren 2004. 11 bedriftsleger fikk i tillegg tilbud om opplæringen i september 2004 og inngår i studien. (26 av allmennlegene og 6 av bedriftslegene tok ikke imot tilbudet om opplæring og fremkommer i denne studien som drop-outs N=32). 118 ble randomisert til kontrollgruppe

Intervensjonen

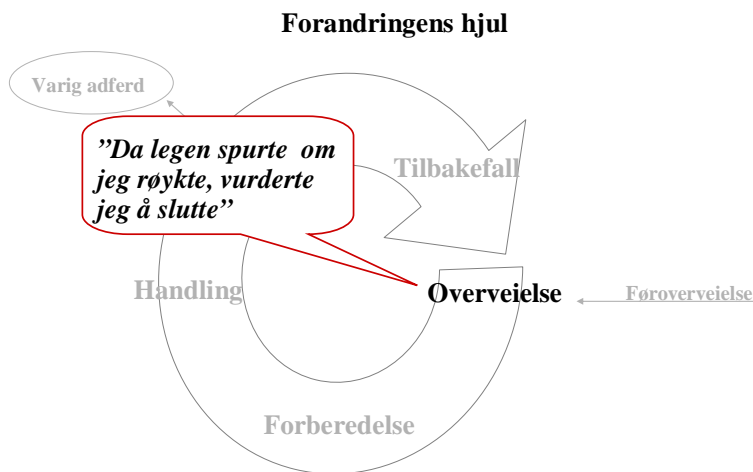
Arbeidsgruppen ”Den røykende pasient”, utarbeidet et standardisert undervisningsopplegg som består av.

- Motivasjonsdel hvor man begrunner hvorfor legene skal ta opp røykevaner med pasientene.
 - Presentasjon av hvordan legene bør gå frem for å identifisere røykere i sin praksis og samtidig bidra til å øke pasientenes motivasjon for røykeslutt – ”Minimal intervensjon”.
 - ”Røykfri med legens hjelp” - 4 konsultasjoner. En innføring i hvordan legene kan gå frem for å hjelpe pasientene med røykeslutt.
1. konsultasjon: Forberedelse
 2. konsultasjon: 3-5 dager etter røykestopp
 3. konsultasjon: 2-3 uker etter røykestopp
 4. konsultasjon: Telefon fra legen, 3 måneder etter røykestopp.

Undervisningen tar utgangspunkt i prinsippene i endringsfokusert rådgivning og bygger på kunnskapsgrunnlaget i New Zealands guidelines (20) og WHO`s Evidenced Based Recommendation (25).

Endringsfokusert rådgivning

En kort samtale om røyking basert på endringsfokusert rådgivning er basis i intervensjonen som denne studien evaluerer. En slik samtale kan ha avgjørende betydning for røykeslutt. Prochaska og DiClemente har utviklet en modell som beskriver endringsprosessen (42,43). De ulike fasene i en slik prosess kalles føroverveielse, overveielse, handling, tilbakefall og vedlikehold.



Figur 6. Illustrasjon på ”Forandringens hjul” – Fasemodellen til Prochaska og DiClemente

Føroverveielse

Pasienten er lite mottakelig for informasjon og lite innstilt på endring. De positive effektene av egen adferd er større enn de negative konsekvensene. Et hovedmål i denne fasen er å øke bevisstheten om at endring er ønskelig eller nødvendig

Overveielse

Pasienten opplever negative konsekvenser, men er usikker på hvor stort problemet egentlig er. Han/hun har ofte en stor ambivalens, og personen vurderer endring, men er usikker. Et mål i denne fasen er å utforske og løse ambivalens

Forberedelse

Pasienten er mottakelig for råd i denne fasen: Et mål er å ta en beslutning og legge konkrete planer

Handling

I handlingsfasen skjer selve endringen, og endringen blir synlig for andre. Et mål i denne fasen er å mestre de vanskelighetene som oppstår.

Tilbakefall

Tilbakefall kan innebære retur til tidligere atferd, men det kan også være en avgrenset episode eller tilbakesteg, som bidrar til læring. De færreste som får et tilbakefall går tilbake til føroverveiellesfasen.

Vedlikehold

Iverksatt handling gir ikke alltid varig endring. Hovedmålet i denne fasen er å holde motivasjonen oppe, mestre de vanskeligheter som oppstår, og unngå langvarige tilbakefall.

Disse fasene krever ulik tilnærming, og i endringsfokusert rådgiving er dette helt sentralt. For at en intervensjon skal ha effekt må man vite hvor pasienten er i endringsprosessen, og samtale ut i fra dette. Endring består i de fleste sammenhenger av flere små trinn og ulike stadier. Tilbakefall i motivasjon eller atferd er en del av prosessen. Et annet viktig aspekt i endringsfokusert rådgiving er at mennesker trenger å tro på at de kan få til endringer i sine liv. Det å bidra til at pasienter tror på egen mestringsevne handler i stor grad om hvordan man møter den enkelte. Sosiologene Donovan og Blake hevder at: "nøkkelen til å forbedre pasientens ønske eller evne til å følge råd i forhold til helse, er utvikling av aktive relasjoner som fokuserer på samarbeid mellom pasient og helsearbeider. Dette fordrer på den ene siden helsearbeidere som makter å se og verdsette pasientens beslutningsevner, og på den annen side pasienter som er mer aktive i forhold til å uttrykke egne behov og følte barrierer" (44).

Endringsfokusert rådgiving vektlegger samarbeid mellom pasient og rådgiver, noe som innebærer gjensidig respekt og tillit, og utveksling av kunnskap og ideer. Mange tradisjonelle "ovenfra og ned" tilnærminger, med enveiskommunikasjon og minimal deltagelse fra pasienten, kan gi en negativ effekt ved å skape pasienter som føler seg maktesløse. Pasienten blir passiv mottaker av informasjon og det skapes et avhengighetsforhold til et helsepersonell som "eier" kunnskapen.

Motivasjonsarbeid gjennom endringsfokusert rådgiving har fokus på å styrke pasientens mestringsevne. I denne typen veiledningsprosesser vil målet være å "underlette" en forståelse av risiko, helse og sykdom, via prosesser som forsterker opplevelsen av og troen på egen styrke og mestringsevne. Med bakgrunn i de sosioøkonomiske kjennetegnene ved grupper

som røyker, er det spesielt viktig å fokusere på dette. Helsepersonells hovedoppgave blir å forsøke å finne, for deretter å styrke, pasientens egen motivasjon, slik at pasienten går inn i en endringsprosess med opplevelsen av selv å bestemme over egen kropp og helse.

Budskapet i retningslinjene er følgende

- ”Identifiser røykere i din praksis og finn de som er interessert i å slutte. (Minimal intervensjon)
- Dokumenter i journal i en OBS rubrikk og følg opp regelmessig.
- Alle røykere bør få tilbud om årlig oppfølging kontroll.

Metoden for å identifisere røykere er ”**minimal intervensjon**”. Metoden er enkel å gjennomføre, krever ingen spesialkompetanse, og bør kunne utføres innefor rammen av det daglige arbeidet da metoden består av korte samtaler, 2-3 minutter, som fokuserer på røykevaner og røykeslutt. Samtalen bør gjennomføres ved alle egnede konsultasjoner også der hvor pasienten ikke har røykerelaterte symptomer. Legen spør pasienten om røykevanene etter følgende modell:

1. Røyker du?
Hvis ja....
2. Hva tenker du om det?
3. Jeg vil anbefale deg å slutte, og jeg kan hjelpe deg.

Ved å spørre om pasienten røyker markerer man at det er et viktig tema. Ved ikke å ta opp røyking, blir effekten gjerne den motsatte; man gir signaler om at temaet ikke er viktig og at røyking ikke har avgjørende betydning for helsetilstanden. Motivasjonsarbeid utover minimale intervensjoner er også viktig, men noe mer tidkrevende.

Den oppsøkende intervensjonen er gjennomført av leger med erfaring fra allmennpraksis og bedriftshelsetjenesten, de er utdannet røykesluttinstruktører og de har erfaring med røykeslutt arbeid gjennom flere år.

Ved henvendelse til intervensjonsgruppen viste det seg å være vanskelig å få til besøk i legenes praksis på dagtid, og det var også praktisk vanskelig å få til besøk i smågrupper. Det ble derfor presentert ulike tilbud til legene:

Tabell 3. Ulike presentasjonsformer for legene.

	Presentasjonsformer for allmennlegene:	Antall leger
1.	Dagskurs: <ul style="list-style-type: none"> • Informasjon om tobakksbruk • Det standardiserte undervisningsopplegget ”Røykeslutt i praksis” • Legemiddelbruk i røykavvenningsarbeidet 	8
2.	1 times kveldskurs lokalt	28
3.	30 minutters presentasjon på legekantoret	63

Materialet er presentert ved 37 anledninger.

Bedriftslegene (N=11) er ikke blitt randomisert. Alle fikk tilbudet om opplæringen. 5 fikk opplæring. 6 tok ikke imot tilbudet. 1 fordi han ikke ønsket denne, 1 fordi han ikke fikk fri av arbeidsgiver og 1 var blitt pensjonist. 3 på grunn av sykmelding.

	Presentasjon for bedriftslegene	Antall leger
1.	2 timers kursopplegg (Vedlegg 2)	5

Testapparatet ved måling av intervensjonseffekten Det postale spørreskjemaet 2

Postalt spørreskjema ble sendt til alle primærlegene i Agder (N=243) et halvt år etter at den oppsøkende intervensjonen var gjennomført hos allmennlegene og umiddelbart etter opplæringen av de 5 bedriftslegene med vekt på å evaluere effekten av opplæringen "Røykeslutt i praksis".

Måleperioden på et halvt år for de aller fleste legene (N= 232) ble vurdert til å være tilstrekkelig. Begrunnelsen for dette var todelt. Sosial- og helsedirektoratet planla å utgi de nasjonale retningslinjene "Røykavvenning i primærhelsetjenesten" (21) i måleperioden i Agder. Vårt ønske var å unnta Agderlegene fra disse retningslinjene for å få et mest mulig rendyrket eksperiment. For at direktoratet skulle kunne følge sin tidsplan ble måleperioden derfor satt til et halvt år. Når alt kom til alt var det ikke mulig å utsette forsendelsen og heller ikke unnta Agderlegene for disse, og sommeren 2004 fikk alle legene i Norge tilsendt de nasjonale retningslinjene i posten.

Det andre argumentet for å ha en måleperiode på et halvt år var at om det gikk lenger tid ville også andre påvirkningsfaktorer som media, lovendringer mv kunne bli sterke confoundere og svekke studiens kvalitet.

Spørreskjemaet som ble brukt for å evaluere intervensjonseffekten ble derfor supplert med spørsmål om hvordan nasjonale kunnskapsbaserte retningslinjene kan påvirke legers praksis, og eller hvordan disse kan forsterke eller hemme den oppsøkende intervensjonen.

Det standardiserte spørreskjemaet ble i denne testen også supplert med spørsmål om hvilke type praksis legene arbeider i og hvor de har sin praksis, i tråd med randomiseringen, for om mulig få et bilde av om eventuelle forskjeller mellom intervensjons- og kontrollgruppene skyldes seleksjonbortfall og eller beror på strukturelle forhold, kjønn og alder.

I 2001 undersøkelsen fremkom det at tidsbruken er den største hindringen for at leger engasjerer seg i praktisk hjelp til røykeslutt, og flere studier (34-36) beskriver at mangel på tid gjør at legene ikke endrer praksis i tråd med kunnskapsgrunnlaget. Det er derfor tilføyd supplerende spørsmål om tidsbruken i dette spørreskjemaet.

Spørsmål om taksten for røykavvenning, legemiddelindustriens engasjement, Lægeforeningens røykavvenningsprograms betydning for grad av røykeintervensjon for legene, samt spørsmål om nikotinerstatningsproduktene og zyban er tatt bort for å begrense skjemaet

Spørreskjemaet i ”evalueringsskjemaet” har totalt 74 variabler. Spørreskjemaet ble testet av en liten gruppe allmennleger før utsendelse med positive tilbakemeldinger i forhold til utforming.

Statistikk

De retunerte svararkene ble optisk lest ved Agderforskning, og dataene ble lagt inn i Excel og SPSS 12. 0.1 for Windows. Det er lagd frekvenser fra Excel, mens kryssanalyser og signifikanstesting er gjort i SPSS.

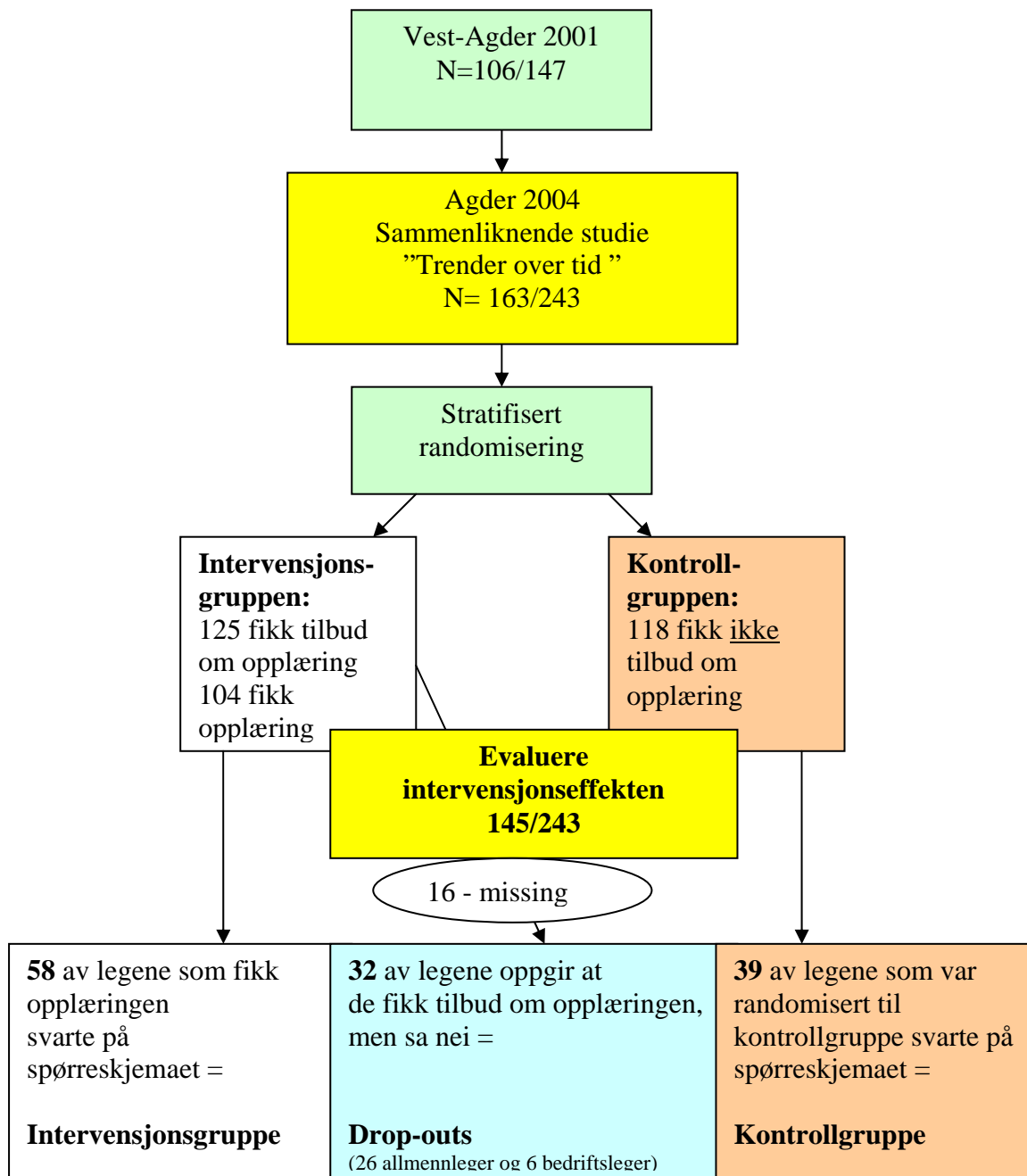
1. I den sammenliknende studien ”Trender over tid”, er det sett på relative forskjeller i de to datamaterialene Vest-Agder 2001 og Agder 2004. Signifikanstesting er gjennomført med Z-test (41).
2. I effektstudien er det er foretatt en split-file, organize output by groups på variablene: Fikk du tilbud om opplæringen ”Røykeslutt i praksis” hvis ja - Tok du imot tilbudet? ja eller nei, for å identifisere ”intervensjonsgruppen” og ”kontrollgruppen”. Det er brukt Pearsons Chi-square test for å teste signifikansen.
3. I den deskriptive delen er det benyttet frekvenser fra Excel og SPSS.

Statistisk styrke

For å sikre tilstrekkelig statistisk styrke for å besvare forskningsspørsmålene i denne todelte studien ble utvalget beregnet ut fra en forventet forskjell på 20 % mellom gruppene som sammenlignes. Med 80 % statistisk teststyrke og med et 95 % konfidensintervall ($p < 0.05$), tosidig test, ble utvalgsstørrelsen beregnet å være minimum 70 i hver gruppe.

Litteraturen beskriver et frafall i postale spørreskjemaundersøkelser på 25-30 til 40 % som normale når det er foretas puring (41,45). Erfaringsmessig er frafallet høyere ved spørreskjemaundersøkelser blant leger, og det ble derfor tatt høyde for et frafall på minst 40 %.

Skjematisk oversikt over studiene



Figur 7. Skjematisk oversikt over studiene, randomiseringen og fordeling av informantene i effektstudien; missing, drop-outs, intervensjons- og kontrollgruppe. De to siste danner basis for analysen av intervensjonseffekt.

Analyse

Aust- og Vest-Agder har mange felles trekk med hensyn til sosioøkonomiske forhold, næringsvilkår, levekår og kulturelle særtrekk. I begge fylker er det tett befolket langs kysten, og det er her de store byene finnes. Konsentrasjonen av leger er størst langs kysten i begge fylker. På bakgrunn av dette forutsettes det at allmennlegene i Vest- og Aust-Agder kan sammenlignes.

Presentasjonen av resultatene fra denne studien er tredelt

1. For å belyse trender over tid er det valgt å sammenligne dataene fra Vest-Agder studien 2001 (36) med dataene fra spørreundersøkelsen Agder 2004. Det er sett på relative forskjeller mellom gruppene som helhet.

Resultatene av denne analysen presenteres i analysedel 1

2. For å besvare spørsmålet om oppsøkende intervensjon utført av likemenn er en egnet metode for få leger til å endre praksis i forhold til hvor ofte og hvordan de tar opp røykevaner med sine pasienter er dataene fra effektstudien september 2004 benyttet.

Dette er gjennomført på følgende måter:

Det er gjennomført kryssanalyser i SPSS av evalueringsdataene hvor ”intervensjonsgruppen” N=58 og ”kontrollgruppen” N=39 er blitt sammenlignet med hensyn til hvor ofte og hvordan de tar opp tobakksbruk med sine pasienter og eventuelle hindringer for dette.

”Missing” N=16 og ”drop-outs” N=32 er ikke med denne analysen.

For å ”sikre” konfidensen i dette materialet er det også gjort en ITT, Intention to treat analyse (46). Med en slik analyse får man med alle informantene som er randomisert til ”intervensjonsgruppen” i den statistiske analysen for om mulig fremskaffe et mer robust mål. I praksis betyr det at alle informantene som ble randomisert til intervensjonsgruppen N=58 og de som fikk tilbud om opplæring, men som takket nei, N=32, krysses mot kontrollgruppen.

Resultatene av denne analysen presenteres i analysedel 2.

3. Intervensjonsgruppens tilbakemelding på den oppsøkende intervensjonen ”Røykeslutt i praksis” og Sosial- og helsedirektoratets retningslinje ”Røykavvenning i primærhelsetjenesten” blir presentert deskriptivt avslutningsvis.

Resultatene av denne analysen presenteres i analysedel 3.

ETISKE OVERVEIELSER

Ved utsendelse av spørreskjemaene ble det utarbeidet følgebrev som beskriver målet og innholdet i studien. Det ble ikke informert spesifikt om retten til å ikke delta, retten til å trekke seg ut på et hvilket som helst tidspunkt i studien, og hvordan materialet var tenkt publisert. For å få best mulig svarprosent var det viktig å få et kortest mulig følgebrev med et ”fortettet” innhold slik at legene skulle bli motivert til å delta i studien. Da det var Fylkesmannen som

stod for prosjektledelsen og Agderforskning som var ansvarlig for logistikken regnet vi med at informantene tok disse etiske krav som implisitte.

Etisk komité for region Sør er kontaktet (mai 2003). Siden studien ikke omfatter pasienter var det ikke nødvendig å søke om tillatelse til gjennomføring av studien.

Ved analysering og publisering må informantene sikres konfidensialitet og anonymitet (45).

RESULTATER

Tabell 4. Karakteristisk for utvalgene; 2001 undersøkelsen, baseline, intervensjons- og kontrollgruppen.

Karakteristika:	Vest- Agder 2001	Agder 2004	Interven- sjons- gruppen	Kontroll- gruppen
Svarprosent	72	67	46	33
Utdanning før 1980 %	*50	47	50	38
* Tallene er ikke helt sammenlignbare da 2001 undersøkelsen ikke inkluderer dem som ble utdannet i 1980				
Andel kvinner %	26	23	25	33
Alder - gjennomsnitt SD = 9 år	47 år	49 år	50	48.5
Aldri røykere %	68	66	76	67
Eksrøyker %	20	23	24	33
Dagligrøykere %	3	2.5	2	0
Av og til røykere %	10	9	7	10
Praksis i småby			27.5	33
Arendal/Kristiansand			50	46
Midtbeltet Agder			15	13
Indre Agder			7	5
Solopraksis *(P= 0. 019)			5	20.5 *
Småpraksis			36	31
Storpraksis			50	43.5
Bedrift			7	2.5

Som det fremgår av tabellen er det i alle tre undersøkelsene overvekt av menn. I Agderstudien 2004 og i intervensjons- og kontrollgruppen er det noe høyere gjennomsnittsalder enn i 2001 studien.

”Kontrollgruppen” er i større grad enn ”intervensjonsgruppen” yngre kvinner som naturlig nok er noe senere utdannet. Det er tallmessig noen flere av ”kontrollgruppen” som arbeider i en småby sammenlignet med intervensjonsgruppen, og det er flere eksrøykere i kontrollgruppa. Det er ikke signifikante forskjeller mellom gruppene på dette. Det er derimot signifikant flere som arbeider i en solopraksis i kontrollgruppen.

ANALYSE DEL 1

Trender over tid (2001-2004)

Av tabellene nedenfor fremkommer det prosentvise endringer på vesentlige områder innen temaet blant primærlegene i Agder i perioden fra 2001-2004. I rader med skyggelegging er det signifikante forskjeller.

Tabell 5. Å spørre/samtale med pasienter om deres røykevaner.

Svarene er oppgitt i prosent som svarer ja.

<i>Spørsmål</i>	<i>Vest-Agder 2001 N=106</i>	<i>Agder 2004 N=163</i>	<i>Z-test Signifikans</i>
<i>Dersom du undersøker en voksen pasient som <u>ikke</u> har røykerelaterte symptomer, spør du om vedkommende røyker?</i>	<i>30 %</i>	<i>82 %</i>	<i>P=< 0. 00006</i>
<i>Spør om røykevaner i mindre enn 50 % av tilfellene. * De som svarer 50 % av tilfellene er ikke medregnet.</i>	<i>88 %</i>	<i>47 %</i>	<i>P=<0.00006</i>
<i>Dersom du undersøker en voksen pasient som <u>har</u> røykerelaterte symptomer spør du om vedkommende røyker?</i>	<i>95 %</i>	<i>97 %</i>	<i>P = 0. 49</i>
<i>Spør om røykevaner i 100 % av tilfellene.</i>	<i>66 %</i>	<i>62 %</i>	<i>P=<0.00006</i>

Tabell 6. Mulige hindringer for at leger vil spørre om den voksne pasienten røyker.
I hvor stor grad er du enig eller uenig i påstandene nedenfor.

Svaralternativene er helt enig, litt enig, litt uenig, helt uenig.
Svarene er her oppgitt som helt enig/litt enig.

<i>Spørsmål</i>	<i>Vest-Agder 2001 N=106</i>	<i>Agder 2004 N=163</i>	<i>Z-test Signifikans</i>
Samtaler om røyking tar ofte for lang tid.	44 %	34 %	<i>P = 0. 080</i>
Jeg føler jeg mangler kunnskap om emnet.	10 %	5 %	<i>P = 0. 087</i>
Det er ikke min oppgave å diskutere folks røykevaner.	9 %	7 %	<i>P = 0. 423</i>
Jeg er ikke overbevist om at røyking er et stort helseproblem.	0 %	2 %	<i>P = 0. 105</i>
Jeg synes det er ubehagelig å diskutere folks røykevaner.	18 %	11 %	<i>P = 0. 107</i>

Tabell 7. Å informere om helsefordelene ved å slutte å røyke.

Svaralternativene er ja og nei.
Svarene er her oppgitt i prosent som svarer ja.

<i>Spørsmål</i>	<i>Vest-Agder 2001 N=106</i>	<i>Agder 2004 N=163</i>	<i>Z-test Signifikans</i>
<i>Dersom du vet at pasienten røyker informerer du vedkommende om de helsemessige fordelene som kan oppnås ved å slutte</i>	68 %	98 %	<i>P < 0. 00006</i>

Tabell 8. Mulige hindringer for at leger vil informere voksne pasienter om helsefordelene ved å slutte å røyke.

*Svaralternativene er helt enig, litt enig, litt uenig, helt uenig.
Svarene er her oppgitt i prosent som svarer helt enig/litt enig.*

<i>Spørsmål</i>	<i>Vest-Agder 2001 N=106</i>	<i>Agder 2004 N=163</i>	<i>Z-test Signifikans</i>
<i>Samtaler om røyking tar ofte for lang tid.</i>	<i>53 %</i>	<i>37 %</i>	<i>P = 0. 0096</i>
Jeg føler jeg mangler kunnskap om emnet.	<i>11 %</i>	<i>7 %</i>	<i>P = 0. 19</i>
Det er ikke min oppgave å diskutere folks røykevaner.	<i>7 %</i>	<i>7 %</i>	<i>P = 0. 81</i>
Jeg synes ikke at leger har rett til å ta initiativ til å informere pasienter om eventuelle positive eller negative konsekvenser av deres livsstil	<i>5 %</i>	<i>4 %</i>	<i>P = 0. 68</i>
Jeg synes det er ubehagelig å diskutere folks røykevaner.	<i>17 %</i>	<i>13 %</i>	<i>P = 0. 35</i>
<i>Jeg er ikke overbevist om at røyking er et stort helseproblem</i>	<i>0 %</i>	<i>4 %</i>	<i>P = 0. 046</i>

Tabell 9. Om å tilby hjelp

Hvis du vet at pasienten røyker og har et ønske om å slutte, hvor ofte tilbyr du hjelp/assistanse av typen nedenfor?

Svaralternativene er ofte, noen ganger, sjelden, aldri.

Svarene er her oppgitt i prosent som svarer ”ofte”.

<i>Spørsmål</i>	<i>Vest-Agder 2001 N=106</i>	<i>Agder 2004 N=163</i>	<i>Z-test Signifikans</i>
Jeg deler ut materiell til selvassistanse.	<i>32 %</i>	<i>32 %</i>	<i>P = 0. 896</i>
Jeg tilbyr deltakelse i røykavvenningsgruppe:	<i>9 %</i>	<i>16 %</i>	<i>P = 0. 126</i>
Jeg foreviser pasienten til eksterne klinikker/eksperter for røykavvenning.	<i>5 %</i>	<i>5,5 %</i>	<i>P = 0. 718</i>
Jeg forhandler frem en sluttdato sammen med pasienten.	<i>9 %</i>	<i>17 %</i>	<i>P = 0. 087</i>
Jeg anbefaler bruk av nikotinsurrogater.	<i>29 %</i>	<i>29 %</i>	<i>P = 0. 944</i>
<i>Jeg anbefaler bruk av Zyban.</i>	<i>52 %</i>	<i>36 %</i>	<i>P = 0. 0083</i>

Tabell 10. Om hindringer for å tilby hjelp

Begrunnelser som mulige hindringer for at ikke leger tilbyr voksne pasienter hjelp til å slutte å røyke. Ta utgangspunkt i ditt eget arbeid. Hvor enig er du i påstandene nedenfor?

Svaralternativene: Helt enig, litt enig, litt uenig, helt uenig.

Svaralternativene er oppgitt i prosent som svarer helt enig/litt enig.

<i>Spørsmål</i>	<i>Vest-Agder 2001 N=106</i>	<i>Agder 2004 N=163</i>	<i>Z-test Signifikans</i>
<i>Denne type arbeid er ikke verd innsatsen fordi så få pasienter klarer å slutte selv om de skulle få hjelp.</i>	<i>39 %</i>	<i>23 %</i>	<i>P = 0. 0048</i>
<i>Samtaler om røykeslutt tar ofte for lang tid.</i>	<i>45 %</i>	<i>33 %</i>	<i>P = 0. 045</i>
<i>Jeg ville foretrekke å henvise røykere til spesialister i røykeslutt.</i>	<i>46 %</i>	<i>34 %</i>	<i>P = 0. 040</i>
<i>Jeg føler jeg mangler kunnskap om emnet.</i>	<i>14 %</i>	<i>7 %</i>	<i>P = 0. 070</i>
<i>Jeg anser det ikke som min oppgave å hjelpe folk med å slutte å røyke.</i>	<i>7 %</i>	<i>7 %</i>	<i>P = 0. 96</i>

Tabell 11. Litt om endring i røykeintervensjon

Svaralternativene er sjeldnere, uendret, litt hyppigere, mye hyppigere.

Svaralternativene er oppgitt i prosent som svarer litt hyppigere/mye hyppigere.

<i>Spørsmål</i>	<i>Vest-Agder 2001 N=106</i>	<i>Agderstudien 2004 N=163</i>	<i>Z-test Signifikans</i>
<i>I hvor stor grad tar du opp røyking med dine pasienter nå i forhold til for <u>to år siden</u>?</i>	<i>65 %</i>	<i>56 %</i>	<i>P = 0. 158</i>

Tabell 12. Helsemyndighetenes rolle

Svaralternativene er ingen betydning, litt betydning, stor betydning, svært stor betydning. Svaralternativene er oppgitt i prosent som svarer litt/stor/svært stor betydning.

<i>Spørsmål</i>	<i>Vest-Agder 2001 N=106</i>	<i>Agderstudien 2004 N=163</i>	<i>Z-test Signifikans</i>
I hvilken grad mener du helsemyndighetenes røykeforebyggende arbeid har betydning for din egen praksis.	87 %	93 %	<i>P = 0.114</i>

Som det fremgår av tabellene er det signifikante forskjeller mellom 2001 studien i Vest-Agder og 2004 studien for Agder på vesentlige områder.

Å spørre/samtale med pasientene om røykevaner og hindringer for dette

Hele 82 % av legene sier de tar opp tobakksbruk med sine pasienter selv om pasientene ikke har røykerelaterte symptomer nå mot bare 30 % i 2001. Dersom pasienten hadde røykerelaterte symptomer var det allerede i 2001 ni av ti leger som tok opp tobakksbruk. Nå oppgir så å si alle, 96 %, at de gjør dette.

Selv om det er en positiv endring i forhold til hvor ofte leger tar opp røykevaner med sine pasienter mener fortsatt over 1/3 at tiden er en hindring for å spørre pasientene om røykevaner. Det er imidlertid ikke signifikante forskjeller mellom Vest-Agder 2001 og Agder 2004 studien på dette spørsmålet

Informasjon om helsefordelene ved å slutte å røyke og hindringer for dette

Så å si alle legene oppgir at de informerer om de helsemessige fordelene som kan oppnås ved å slutte å røyke. 98 % nå mot 68 % i 2001, og det er signifikant færre som oppgir tidsbruken som en mulig hindring for at legene vil informere voksne pasienter om helsefordelene ved å slutte å røyke. Likevel er det fortsatt 37 % som oppgir dette som en hindring.

Det er 4 % av legene i Agder 2004 studien som oppgir at de er usikre på om røyking er et stort helseproblem.

Hjelp til røykeslutt og hindringer for å tilby hjelp

Det er fortsatt få leger som engasjerer seg i praktisk hjelp til røykeslutt. Noen flere henviser til deltakelse i røykavvenningsgruppe, og litt flere forhandler en "sluttdato" med pasienten. Det er imidlertid ingen signifikante forskjeller på dette engasjementet i de to studiene som sammenlignes.

Signifikant færre leger oppgir imidlertid at tiden er en hindring for å tilby hjelp til røykeslutt, 33 % mot 45 % i 2001, og det er også en signifikant endring i antall leger som ønsker å henvise pasienter til spesialist i røykeslutt. 34 % mot 46 % i 2001. Likevel er det fortsatt 1/3 leger som "kvier seg" for å bistå pasienten med hjelp til røykeslutt, og selv om det er

signifikant færre leger som mener røykesluttarbeidet ikke er verd innsatsen så mener nesten ¼ (23 %) av legene fortsatt dette.

Signifikant færre leger anbefaler Zyban som hjelpemiddel i røykesluttarbeidet.

Endringer i røykeintervensjon

I 2001 oppgav 2/3 av legene at de tok opp røyking oftere nå enn for 2 år siden, mens det i pretesten er litt over halvparten som oppgir dette (56 %). Forskjellen er ikke signifikant.

ANALYSE DEL 2

Hvilken effekt har det å gi primærlegene en konkret intervensjonspakke med hensyn til hvor ofte og hvordan de tar opp røykevaner med sine pasienter?

Av de legene som fikk opplæringen "Røykeslutt i praksis" (N=104) har 58 svart på spørreskjemaet. De er dermed intervensjonsgruppen. Av de randomiserte til kontrollgruppen (N=118), er det 39 som har svart på spørreskjemaet. De som fikk tilbud om opplæring, men som takket nei til tilbudet (N=32) blir betegnet som "drop-outs". Se den skjematiske oversikten, figur 7. side 22. Disse og "Missing" (N=16) blir ikke tatt med i denne analysen.

Tabell 13. Å spørre/samtale med pasienter om deres røykevaner.

Svarene er oppgitt i prosent som svarer ja.

Spørsmål	Intervensjons- gruppen N=58	Kontroll- gruppen N=39	Pearson Chi-Square Signifikans
Dersom du undersøker en voksen pasient <u>som ikke har røykerelaterte symptomer</u> spør du om vedkommende røyker?	86 %	92 %	0.470
Dersom du undersøker en voksen pasient <u>som har røykerelaterte symptomer</u> spør du om vedkommende røyker?	100 %	100 %	

*Svaralternativene er ofte, noen ganger, sjelden og aldri.
Svarene er her oppgitt i prosent som svarer ofte.*

<i>Spørsmål</i>	<i>Intervensjons- gruppen N=58</i>	<i>Kontroll- Gruppen N=39</i>	<i>Pearson Chi-Square Signifikans</i>
Hvor ofte tilbyr du hjelp av typen ”minimal intervensjon”?	71 %	79 %	0.539
Hvor ofte noterer du det i journalen?	48 %	43.5 %	0.139
Hvor ofte tar du det opp med pasienten neste gang han oppsøker deg?	53 %	54 %	0.999

***Tabell 14. Mulige hindringer for at leger vil spørre om den voksne pasienten røyker.
I hvor stor grad er du enig eller uenig i påstandene nedenfor.***

*Svaralternativene er helt enig, litt enig, litt uenig, helt uenig.
Svarene er her oppgitt som helt enig/litt enig.*

<i>Spørsmål</i>	<i>Intervensjons- gruppen N=58</i>	<i>Kontroll- Gruppen N=39</i>	<i>Pearson Chi-Square Signifikans</i>
Samtaler om røyking tar for lang tid.	36 %	33 %	0.711
I en travel hverdag er det tidkrevende å følge opp en pasient som vil slutte å røyke.	46.5 %	46 %	0.236
Jeg hadde spurt oftere om jeg hadde hatt hjelpepersonell i praksisen min som kunne følge opp pasienter som vil slutte å røyke.	41 %	49 %	0.607
Jeg føler jeg mangler kunnskap om emnet.	3 %	13 %	0.068
Det er ikke min oppgave å diskutere folks røykevaner.	7 %	2.5 %	0.308
Jeg er ikke overbevist om at røyking er et stort helseproblem.	2 %	2.5 %	0.475
Jeg synes det er ubehagelig å diskutere folks røykevaner.	12 %	18 %	0.215

Tabell 15. Å informere om helsefordelene ved å slutte å røyke.

Svaralternativene er ja og nei.

Svarene er her oppgitt i prosent som svarer ja.

<i>Spørsmål</i>	<i>Intervensjons- gruppen N=58</i>	<i>Kontroll- gruppen N=39</i>	<i>Pearson Chi-square Signifikans</i>
Dersom du vet at pasienten røyker, informerer du vedkommende om de helsemessige fordelene som kan oppnås ved å slutte?	95 %	100 %	

Tabell 16. Mulige hindringer for at leger vil informere voksne pasienter om helsefordelene ved å slutte å røyke.

Svaralternativene er helt enig, litt enig, litt uenig, helt uenig.

Svarene er her oppgitt i prosent som svarer helt enig/litt enig.

<i>Spørsmål</i>	<i>Intervensjons- gruppen N=58</i>	<i>Kontroll- gruppen N=39</i>	<i>Pearson Chi-square Signifikans</i>
Samtaler om røyking tar for lang tid.	36 %	43 %	0.469
Det tar for mye tid å følge opp pasienter som vil slutte å røyke.	38 %	41 %	0.770
Jeg hadde informert oftere om jeg hadde hatt hjelpepersonell i praksisen min som kunne følge opp pasienter som vil slutte å røyke.	40 %	51 %	0.275
Jeg føler jeg mangler kunnskap om emnet.	7 %	16 %	0.246
Det er ikke min oppgave å diskutere folks røykevaner.	3 %	2.5 %	0.377
Jeg synes ikke at leger har rett til å ta initiativ til å informere pasienter om eventuelle positive eller negative konsekvenser av deres livsstil.	3 %	3 %	0.575
Jeg synes det er ubehagelig å diskutere folks røykevaner.	14 %	15 %	0.327
Jeg er ikke overbevist om at røyking er et stort helseproblem.	2 %	0 %	0.326

Tabell 17. Om å tilby hjelp

Hvis du vet at pasienten røyker og har et ønske om å slutte, hvor ofte tilbyr du hjelp/assistanse av typen nedenfor?

***Svaralternativene er ofte, noen ganger, sjelden, aldri.
Svarene er her oppgitt i prosent som svarer "Ofte".***

<i>Spørsmål</i>	<i>Intervensjons- gruppen N=58</i>	<i>Kontroll- gruppen N=39</i>	<i>Pearson Chi-Square Signifikans</i>
Jeg deler ut materiell til selvassistanse.	<i>53 %</i>	<i>36 %</i>	<i>0.280</i>
Jeg noterer i journal og følger opp i tråd med retningslinjene: "Røykeavvenning i primærhelsetjenesten".	<i>43 %</i>	<i>33 %</i>	<i>0.456</i>
Jeg tilbyr deltakelse i røykavvenningsgruppe.	<i>9 %</i>	<i>15 %</i>	<i>0.633</i>
Jeg foreviser pasienten til eksterne klinikker/eksperter for røykavvenning.	<i>5 %</i>	<i>8 %</i>	<i>0.802</i>
Jeg forhandler frem en sluttdato sammen med pasienten.	<i>14 %</i>	<i>18 %</i>	<i>0.789</i>
Jeg anbefaler bruk av nikotinsurrogater.	<i>34 %</i>	<i>26 %</i>	<i>0.618</i>
Jeg anbefaler bruk av Zyban.	<i>27.5 %</i>	<i>28 %</i>	<i>0.995</i>
Hvis du vet at pasienten røyker <u>og ikke</u> har et ønske om å slutte. Hvor ofte tilbyr du hjelp?	<i>14 %</i>	<i>26 %</i>	<i>0.239</i>

Tabell 18. Om hindringer for å tilby hjelp.

Begrunnelser som mulige hindringer for at ikke leger tilbyr voksne pasienter hjelp til å slutte å røyke. Ta utgangspunkt i ditt eget arbeid. Hvor enig er du i påstandene nedenfor?

Svaralternativene: Helt enig, litt enig, litt uenig, helt uenig.

Svarene er oppgitt i prosent som svarer helt enig/litt enig.

<i>Spørsmål</i>	<i>Intervensjons- gruppen N=58</i>	<i>Kontroll- gruppen N=39</i>	<i>Pearson Chi-Square Signifikans</i>
Denne type arbeid er ikke verd innsatsen fordi så få pasienter klarer å slutte selv om de skulle få hjelp.	7 %	10 %	0.855
I en travel hverdag er det tidkrevende å følge opp pasienter som vil slutte å røyke.	43 %	54 %	0.326
Det hadde vært enklere å tilby hjelp til en pasient som vil slutte å røyke dersom jeg kunne overlate noe av oppfølgingen til ”hjelpespersonellet” ved praksisen.	53 %	67 %	0.527
Samtaler om røykeslutt tar for lang tid.	36 %	38 %	0.921
Jeg ville foretrekke å henvise røykere til spesialister i røykeslutt.	26 %	38 %	0.264
Jeg føler jeg mangler kunnskap om emnet.	9 %	15 %	0.143
Jeg anser det ikke som min oppgave å hjelpe folk med å slutte å røyke.	3 %	2.5 %	0.846

Tabell 19. Litt om endring i røykeintervensjon

*Svaralternativene er sjeldnere, uendret, litt hyppigere, mye hyppigere.
Svarene er oppgitt i prosent som svarer litt hyppigere/mye hyppigere.*

<i>Spørsmål</i>	<i>Intervensjon- gruppen N=58</i>	<i>Kontroll- gruppen N=39</i>	<i>Pearsons Chi-Square Signifikans</i>
I hvor stor grad tar du opp røyking med dine pasienter nå i forhold til for <u>ett år siden</u> ?	62 %	54 %	0. 580

Tabell 20. Helsemyndighetenes rolle?

*Svaralternativene er ingen betydning, litt betydning, stor betydning, svært stor betydning.
Svarene er oppgitt i prosent som svarer litt/stor/svært stor betydning.*

<i>Spørsmål</i>	<i>Intervensjons- gruppen N=58</i>	<i>Kontroll- gruppen N=39</i>	<i>Pearsons Chi-Square Signifikans</i>
I hvilken grad mener du helsemyndighetenes røykeforebyggende arbeid har betydning for din egen praksis.	96.5 %	100 %	0. 598

Som det fremgår av tabellene fremkommer det ingen signifikante forskjeller på gruppene når det gjøres kryssanalyser på "intervensjonsgruppen" og "kontrollgruppen".

For å sikre konfidensen i dette materialet er det foretatt en ITT, Intention to treat test. Dette er gjort for å sikre at alle informantene i den randomiserte "intervensjonsgruppen" ble med i den statistiske analysen for om mulig fremskaffe et mer robust mål. I vårt materiale betyr det at "drop-outs" og "intervensjonsgruppen" slås sammen og sammenliknes med "kontrollgruppen". Ved en slik analyse fremkommer det heller ingen signifikante forskjeller

ANALYSE DEL 3

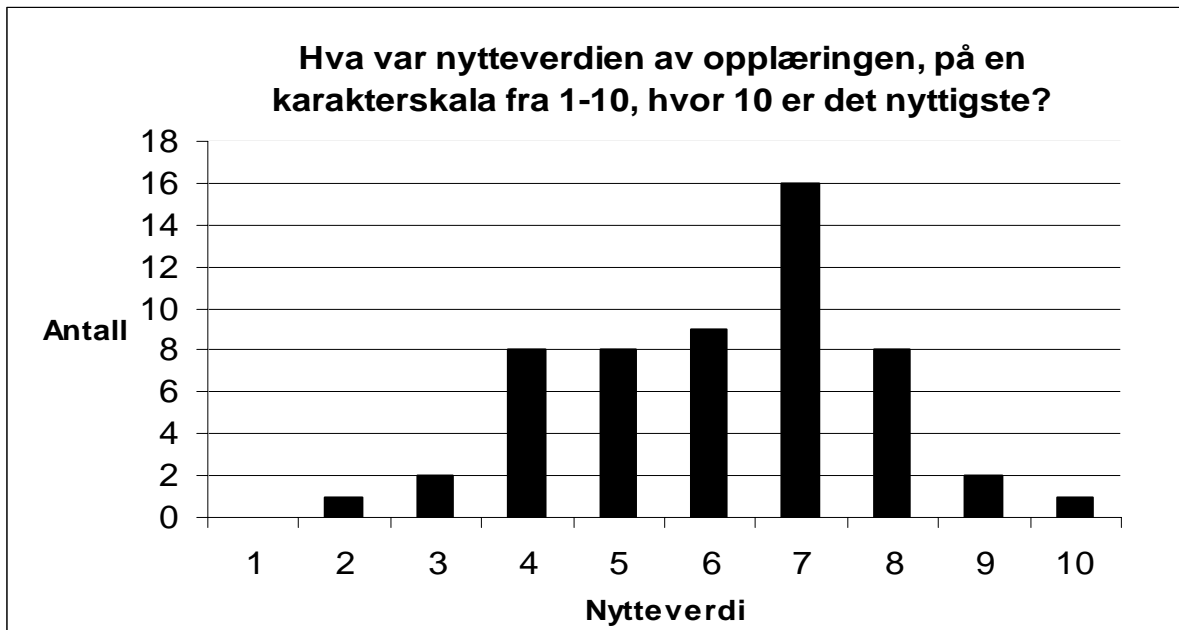
Hva mener legene om den oppsøkende intervensjonen "Røykeslutt i praksis" og Sosial- og helsedirektoratets nasjonale retningslinjer; "Røykavvenning i primærhelsetjenesten".

75 % av informantene i intervensjonsgruppen oppgir at de har deltatt på henholdsvis dagskurs, kveldsmøte og langt møte. Det betyr at de fleste legene i dette materialet har fått minst en 1 times opplæring.

Tabell 21 Hvilke type opplæring deltok du i ?

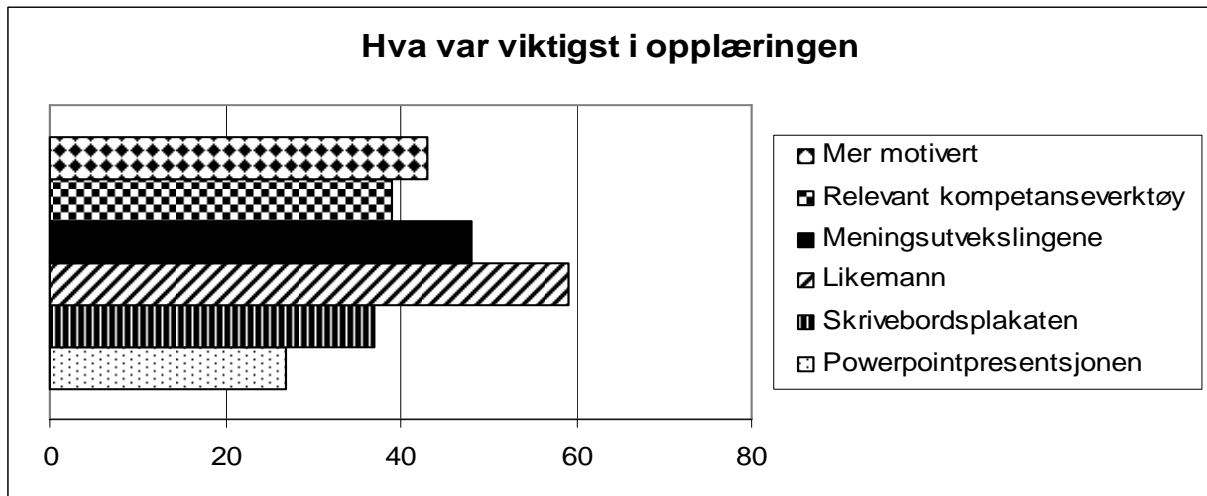
Heldagskurs	Kveldskurs 1 time	Kort møte	Langt møte 2 timer	Annet	Totalt
1	20	12	17	1	57

Legene som deltok i opplæringen "Røykeslutt i praksis" er rimelig fornøyd opplæringen. På en karakterskala fra 1-10 er gjennomsnittet 6.15. i forhold til nytteverdien. SD er 1.69



Figur 8. Nytteverdien av opplæringen "Røykeslutt i praksis" på en karakterskala fra 1-10, hvor 10 er det nyttigste.

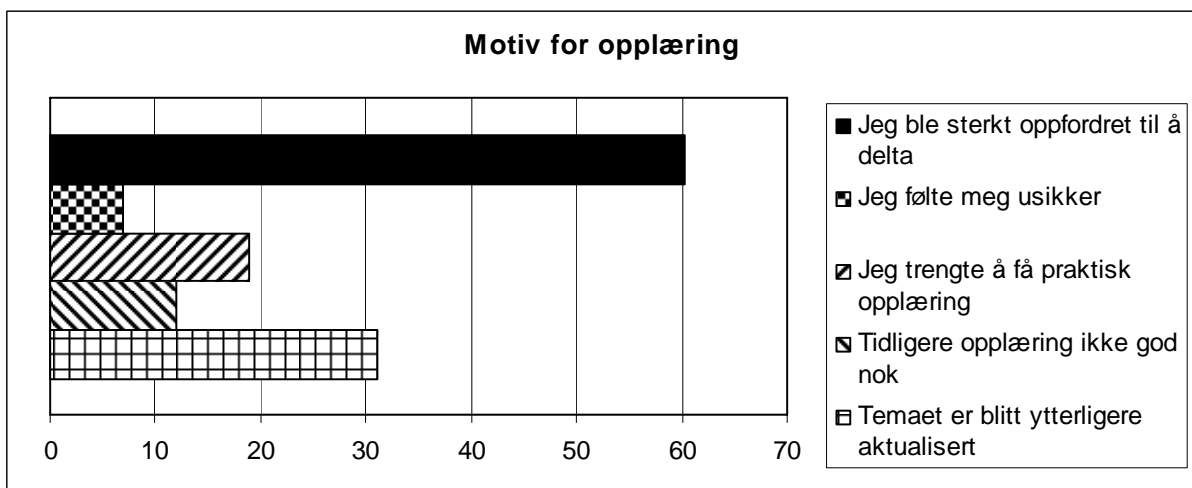
Når legene blir spurt om hva som var viktigst i opplæringen rangerer ”At det var en likemann som gjennomførte opplæringen” og ”meningsutvekslingene/diskusjonene” høyest.



Figur 9. Prosentvis score på de seks alternativene av hva som var viktigst i opplæringen. Informantene kunne sette inn til tre kryss.

Bare 4 av legene bruker skrivebordsplakaten ofte og over halvparten av legene bruker den sjelden eller aldri.

58 % av legene har tidligere fått opplæring i røykeintervensjon. På spørsmålet om hvorfor legene søkte ytterligere opplæring har 60 % av legene krysset av på alternativet ”Jeg ble sterkt oppfordret til å delta”. Bare litt over 30 % mener at temaet er blitt mer aktualisert og færre enn 20 % mener at de trengte opplæring.



Figur 10. Prosentvis score på de fem alternative motiv for å delta i opplæringen. Informantene kunne sette inn til tre kryss.

I hvilken grad mener allmennlegene at Retningslinjene ”Røykavvenning i primærhelsetjenesten” har hatt innflytelse på sin praksis.

Tabell 22. Sosial- og helsedirektoratets (Shdir) nasjonale retningslinjer; ”Røykavvenning i primærhelsetjenesten”.

*Svaralternativene er ingen grad, i liten grad, i stor grad, svært stor grad.
Svarene er oppgitt i prosent som svarer i stor og svært stor grad.*

<i>Spørsmål</i>	I hvilken grad har Shdir`s retningslinjer (skriftlig materiell) påvirket din måte å følge opp pasienter som røyker	I hvilken grad har Shdir`s retningslinjer vært et nyttig supplement til opplæringen ”Røykeslutt i praksis”.	Opplæringen ”Røykeslutt i praksis” gjorde meg nysgjerrig på temaet og bidro til at jeg gjennomgikk de ”Nasjonale retningslinjene” bedre enn jeg ellers ville ha gjort.	De nasjonale retningslinjene gav en supplerende oversikt over kunnskapsgrunnlaget
Intervensjons gruppen %	27.5	41	15.5	26

Som det fremgår av tabellen oppgir hele 41 % av legene at de nasjonale retningslinjene utgitt av Sosial- og helsedirektoratet har vært et nyttig supplement til opplæringen Røykeslutt i praksis. 15.5 % mente at opplæringen ”Røykeslutt i praksis” gjorde meg nysgjerrig på temaet og bidro til at jeg gjennomgikk retningslinjene bedre enn jeg ellers ville ha gjort, men 26 % mente at de nasjonale retningslinjene gav et supplerende oversikt over kunnskapsgrunnlaget i stor eller svært stor grad.

DISKUSJON

Trender over tid 2001-2004

Den sammenliknende studien ”Trender over tid” viser at antall leger som tar opp røykevaner med sine pasienter uten at de har røykerelaterte symptomer har økt signifikant i denne perioden. Slik sett ser det ut som at legene i Agder har hatt en markert endring i praksis med hensyn til primærforebyggende arbeid.

Hva dette skyldes kan ikke dette materialet forklare. Flere studier bekrefter imidlertid at for å få til praksisendring er det kombinasjonen av flere tiltak som gir effekt (29-31).

I helsefremmende og forebyggende arbeid generelt snakker man om 4 viktige tilnærminger for å få til atferdsendringer i befolkningen. Dette er:

- Pedagogiske - all form for informasjon og holdningspåvirkning.
- Normative – lover, regler og avtaler.

- Fysiske - utforming av det fysiske miljøet inkludert tilgang til produkter.
- Økonomiske - tiltak som påvirker vår vurdering av hva som er økonomisk fordelaktig

I det tobakksforebyggende arbeidet snakker man om tilsvarende tilnærminger gjerne kombinert med lokalbaserte tiltak. *Muntlige overføringer av Knut Inge Klepp. Leder i Nasjonalt råd for ernæring/Avdeling for ernæringsvitenskap, Universitetet i Oslo og Karl Erik Lund, Forsker ved SIRUS, Statens senter for rusmiddelforskning, Oslo.*

I perioden 2001-2004 har vært det vært gjennomført ulike tiltak for å få ned tobakksbruken i befolkningen. Det har vært massiv informasjons- og holdningsarbeid i både medier og fagtidsskrifter. Viktige lovendringer, som går på tilgjengelighet, er gjennomført både lokalt og sentralt. I begge fylker vedtok blant annet fylkestingene røykfrie offentlige videregående skoler i denne perioden, og 1. juni 2004 ble det innført røykfrie serveringssteder i Norge. I tillegg har det vært en offentlig debatt om prissetting som virkemiddel, og om utsalgsstedene skal begrenses. Det er også innført egen honorartakst for leger som tar opp tobakksbruk med sine pasienter som har røykerelaterte symptomer eller sykdommer, og det er påminningssystem i det vanligste dataprogrammet som brukes i allmennpraksis. Senter for medisinsk metodevurdering har vist, som beskrevet tidligere, at det er mulig å påvirke legeatferd gjennom økonomiske incentiver, undervisningsbesøk på legens kontor, bruk av påminnelser i legens EDB system, audit og feedback. Effektene er oftest moderate eller kan utebli helt, men de synes å bli sterkere dersom man kombinerer ulike strategier (35,47). Det er dermed nærliggende å tro at det er summen av alle enkeltfaktorene som har medvirket til praksisendringen for legene i denne perioden, og at det er de samme virkningsmekanismene som gjelder for leger som for befolkningen generelt. Med andre ord summen av tiltak over tid.

Selv om studien viser at det er en positiv endring i forhold til hvor ofte leger tar opp røykevaner med sine pasienter mener fortsatt over 1/3 at tiden er en hindring for å spørre pasientene om røykevaner. Helsemyndighetene har i mange år beskrevet risikoen ved tobakksbruk og kostnadseffektiviteten ved røykeslutt for individet og for samfunnet i fagtidsskrifter og i mer tabloide former.

I et kvalitetsutviklingsperspektiv er det to kjernesporsmål:

- Gjør man de riktige tingene?
- Gjør man tingene riktig?

Når fortsatt såpass mange leger oppgir tiden som en hindring både for å spørre om tobakksbruk, og for å informere om helseforedelene ved å slutte å røyke, kan en spørre seg om legenes prioriteringer, og eller arbeidsform, er hensiktsmessige sett i lys av de helsemessige utfordringer. Trolig har helsemyndighetene en utfordring i å kommunisere nytten av tobakksforebyggende arbeid bedre, og eller bidra til at legene får bedre tid til å håndtere utfordringene.

Det faktum at det fortsatt er leger som er usikre på om røyking er et stort helseproblem er overraskende. Antallet er få, men det er likevel en viktig informasjon, fordi det bekrefter at selv godt utdannet medisinsk personell ikke har oppfattet den store helsemessige risikoen tobakksbruk er. En annen forklaring kan være at disse informantene bagatelliserer problemet fordi de enten selv røyker eller har røykt.

Studien viser også at det fortsatt er få leger som engasjerer seg i praktisk hjelp til røykeslutt. Tallmessig er det noen flere som henviser til deltakelse i røykavvenningsgruppe i 2004 enn i 2001, og litt flere forhandler en ”sluttdato” med pasienten. Disse endringene er imidlertid ikke signifikante.

Det er imidlertid signifikant færre leger som oppgir at tiden er en hindring for å tilby hjelp til røykeslutt, og det er også signifikant færre leger som ønsker å henvise pasienter til spesialist i røykeslutt. Dette kan tolkes som om legene har endret holdning til røykesluttarbeidet ved at de i større grad mener at de både har en viktig rolle og kompetanse til å følge opp røykende pasienter. Pasientenes egen motivasjon for røykeslutt og initiativ overfor legen kan også være en forklaring på denne endringen.

I flere norske fagtidsskrifter for leger; ”Utposten”, ”Dagens Medisin” og på nettstedet ”Eyr” var det i en lengre periode en diskusjon blant legene om deres rolle i forhold til livsstilsintervensjoner generelt og tobakksforebyggende arbeid spesielt. Muligens har denne debatten vært like viktig som myndighetenes innsats og medvirket til en endret holdning til det tobakksforebyggende arbeidet. Likevel er det fortsatt 1/3 leger som ”kvier seg” for å bistå pasienten med hjelp til røykeslutt, og nesten ¼ av legene mener fortsatt at røykesluttarbeid ikke er verd innsatsen.

Metodiske utfordringer i den sammenliknende studien ”Trender over tid”

Den sammenliknende studien ser på trender over tid for primærlegene i sin helhet i Agder. 2001 studien ble kun gjennomført blant allmennlegene i Vest-Agder, mens i Agderstudien 2004 fikk alle allmennlegene og bedriftslegene i begge Agderfylkene tilsendt spørreskjemaet. Det er ikke tatt høyde for å identifisere informantene i denne analysen da hensikten var å se på trender over tid for legene som gruppe. I utgangspunktet kan det dermed være helt ulike leger som er med i de to testene. Metodisk sett er dette en svakhet, og det gir ikke et nøyaktig bilde av utviklingen av tobakksintervensjonen og mulige hindringer for dette i legepopulasjonen i Agder. Utvalget i den sammenliknende studien er imidlertid rimelig stort, allmennlegene i Agder er en nokså homogen gruppe, og fylkene er sosiokulturelt ganske like. Dermed kan funnene i denne analysen betraktes som rimelig generaliserbare sett i lys av at hensikten var å se på trender over tid.

Effektstudien ”Røykeslutt i praksis”

De statistiske analysene av tallmaterialet i den kontrollerte randomiserte studien hvor hensikten er å se hvor effektivt det er å gi primærlegene en konkret intervensjonspakke med hensyn til hvor ofte og hvordan de tar opp røykevaner med sine pasienter kan ikke påvise signifikante forskjeller mellom de to gruppene som sammenlignes. Som det fremgår i analysedel 1; ”Trender over tid” har det skjedd vesentlige praksisendringer hos legene med tanke på hvor ofte og hvordan de følger opp røykende pasienter før den oppsøkende intervensjon tok til. Man kan derfor spørre seg om det er tidspunktet for denne opplæringen som var ugunstig, metodesvakheter ved selve studien, eller om en slik opplæring isolert sett er en egnet metode med tanke på å introdusere kunnskapsbasert praksis og eller retningslinjer?

Et norsk doktorgradsarbeid identifiserte og tok hensyn til mulige hindringer for praksisendringer ved introduksjon av kunnskapsbaserte retningslinjer for sår hals og ved

urinveisinfeksjoner overfor et randomisert utvalg leger i Norge (32). Til tross for at legene var enige i disse retningslinjene endret de ikke praksis i nevneverdig grad. En viktig forklaring på hvorfor ikke flere leger fulgte retningslinjene var at tidsrommet mellom introduksjonen og målingen var for kort (18 uker) og for passiv intervensjon. Resultatet hadde trolig vært mer oppløftende om det var blitt brukt oppsøkende intervensjon fremfor postal henvendelse konkluderes det med. Legene i Agder fikk opplæringen "Røykeslutt i praksis" før de fikk tilsendt de nasjonale retningslinjene "Røykavvenning i primærhelsetjenesten" i posten. I tillegg var måleperioden i Agderstudien noe lenger (25 uker).

Det er også prøvd å introdusere kunnskapsbaserte nasjonale retningslinjer for oppfølging av pasienter med lave korsryggsmærter "low back pain" i Norge i form av strukturert etterutdanning i form av forelesing, hefte og hospitering hos ryggspesialist uten at det har påvirket legers praksis i nevneverdig grad (48,49).

Likevel viser en systematisk oversikt at oppsøkende intervensjon kan gi praksisendring, spesielt i forhold til forskrivningspraksis (50). Metoden er spesielt egnet om det kombineres med sosial markedsføring. Denne systematiske oversikten konkluderer imidlertid med at det er påkrevd med videre forskning for å identifisere hva som er suksesskriteriene i metoden, og at kostnadseffektiviteten også bør evalueres.

I undersøkelsen som ble foretatt i blant allmennlegene i Vest-Agder i 2001 fremkom det at tidsbruken er den største hindringen for at leger engasjerer seg i praktisk hjelp til røykeslutt. Det ble derfor tilføyd supplerende spørsmål om "tidsbruken" i spørreskjemaet som ble brukt for å evaluere intervensjonen. Nesten halvparten av legene oppgir at de synes det er krevende i en travel hverdag å følge opp pasienter som vil slutte å røyke, og over 4 av 10 av legene hadde spurt oftere om røykevaner om de hadde hatt hjelpepersonell i praksisen sin som kunne følge opp røykere. 40 % hadde også informert oftere om de hadde hatt hjelpepersonell i praksisen og hele 60 % mener det hadde vært enklere å tilby hjelp til en pasient som vil slutte å røyke hvis noe av oppfølgingen kunne overlates til hjelpepersonellet.

Det er ingen signifikant forskjell på "intervensjonsgruppen" og "kontrollgruppen" når disse spørsmålene analyseres. Det er likevel viktige opplysninger i denne sammenhengen fordi det gir helsemyndighetene en pekepinn på begrensede faktorer for leger med tanke på oppfølging av røykende pasienter.

Når "tidsbruken" oppgis så ofte som en begrensende faktor i forhold til å endre praksis må det være helt avgjørende å vurdere om legenes hverdag bør organiseres annerledes? Kan annet personell utføre en del av legenes oppgaver slik at legen får bedre rammer for å utføre de oppgavene de liker best, nemlig pasientbehandling og faglig utvikling (51)? Kan tverrfaglige arbeidsteam bidra til at legene kan møte de helsemessige utfordringene på en bedre måte? Myndighetene har ansvar for å legge til rette for en kvalitativ god tjeneste til beste for pasienten og legen. Ulike modeller for betalingsoppgjør i forhold til diagnostisering, behandling og oppfølging av pasienten vil kunne påvirke legers hverdag og mulighet for å både kunne gjøre "de riktige tingene" og også "gjøre tingene riktig".

Pasientene har rett på å få oppnevnt en fastlege (52), og pasientrettighetsloven gir pasientene rettigheter, for eksempel rett til medvirkning og rett til å klage (53). Dette kombinert med at pasientene i mye større grad enn tidligere er godt opplyste gjennom media og internett gjør at legene i større grad enn tidligere opplever at pasientene setter "dagsorden" i konsultasjonen. Dette setter ofte legene i en vanskeligere posisjon når de skal argumentere for god praksis.

Det er ikke nødvendigvis samsvar med det pasienten ønsker og det legen mener er riktig. Samhandlingen mellom lege og pasient må også ses i lys av at det er pasienten som har tatt initiativ til konsultasjonen og derfor har sin egen agenda for møtet. Pasienten betaler også en betydelig egenandel for konsultasjonen. Det ”gylne” øyeblikket for å ta opp tobakksbruk med pasientene trenger dermed ikke å være så enkelt og iøynefallende som myndighetene tenker seg. For legene medfører dette en daglig balansering mellom pasientens ”bestilling” og legens krav om faglig forsvarlige tjenester.

Internasjonale studier viser at leger som gruppe har betydelig høyere forekomst av stressrelaterte sykdommer enn normalbefolkningen. Spesielt i form av depresjoner, psykisk utmattelse, rusavhengighet og selvmord. Forholdene blir sett på som epidemiske (54,55). Noe av det samme sees i Norge (56,57).

Når prosjektgruppen planla opplæringen ”Røykeslutt i praksis” ble det tatt hensyn til at legene ofte hadde liten tid og det ble tilbudt ulike alternative ”kurstilbud” til legene. Både heldagskurs, kort og langt møte på dagtid i legenes egen praksis og kort møte på kveldstid. Det synes ikke som om det har hatt avgjørende betydning.

Metodiske utfordringer i analysedel 2

For å få best mulig kunnskap om hvor effektivt det er å gi primærlegene en konkret intervensjonspakke med hensyn til hvor ofte og hvordan de tar opp røykevaner med sine pasienter ble det valgt et randomisert kontrollert forsøk, RCT, til denne studien da et slikt eksperiment regnes for det mest pålitelige når en vil måle effekten av et tiltak eller intervensjon(41, 45,46). Selv ved et randomisert kontrollert design vil et stort frafall redusere utvalgets representativitet og svekke studiens validitet og der igjen studiens generaliserbarhet.

Som beskrevet i metode kapittelet og visualisert i figur 7 side 22, er det stort frafall i denne del av studien, spesielt for kontrollgruppen. Hele 67 % av dem som ble randomisert til kontrollgruppen har falt fra, og vi står igjen med et utvalg på 39 informanter. Frafallet er på 54 % i intervensjonsgruppen. Dessuten er det forholdsvis mange av legene som oppgir at de fikk tilbud om opplæring, men som takket nei. Disse ”drop-outs” er en relativt stor del av materialet i denne studien.

Muligheten for seleksjonsskjevhet i de to eksperimentgruppene er absolutt til stede, og dette kan forklare den manglende intervensjonseffekten i denne studien. Muligens er det bare de mest interesserte legene i kontrollgruppen som ”gidder” å svare, mens en større andel av legene i intervensjonsgruppen føler seg forpliktet til å svare siden de har mottatt opplæring. Det kan dermed hende at det er en større andel ”middelhavsfarere” i ”intervensjonsgruppen”, og at dette utvalget slett ikke er representativt for gruppen. Kontrollgruppen har signifikant flere som arbeider i solopraksis, og det er tallmessig flere kvinner i dette materialet. Noe som bekrefter seleksjonsskjevhet.

ITT testen, Intention to treat, kan heller ikke påvise signifikante forskjeller mellom gruppene. Dette indikerer at ”drop-outs” ikke har hatt avgjørende betydning for konklusjonen i denne studien.

Den høyere responsen i ”intervensjonsgruppen” kan muligens bero på ”Hawthorn effekten” (58). Disse legene fikk tilbud om opplæring, mens kontrollgruppen fikk ingen oppfølging,

påskjønnelse eller premiering for å delta i studien slik mange tilbyr sine informanter ved deltakelse. Dermed har de muligens mistet all interesse eller motivasjon for videre deltakelse i studien.

Et sentralt spørsmål er også om studiens intensitet, eller korte måleperioder, har bidradd til det store frafallet ved test av intervensjonseffekten. Studien i sin helhet ble gjennomført på mindre enn et år. Kan dette ha bidradd til at legene ble "uttrettet"? Halvparten av utvalget hadde også svart på tilsvarende skjema i 2001. "Intervensjonsgruppen" følte seg forpliktet til å svare, men de øvrige var lei det hele. Den korte måleperioden kan også ha bidradd til at opplæringen ikke fikk "satt seg" slik at legene kunne omsette kunnskapen til praksis, og at det derfor ikke har vært mulig å identifisere signifikante forskjeller mellom eksperimentgruppene.

I utgangspunktet ønsket vi at alle Agderlegene skulle vært unntatt de nasjonale retningslinjene: "Røykavvenning i primærhelsetjenesten" for å få et mest mulig "rendyrket" eksperiment når vi ville studere om oppsøkende intervensjon er en god metode for å få leger til å endre praksis. Det lot seg ikke gjøre, og midt i forsøksperioden fikk alle legene i Agder tilsendt de nasjonale retningslinjene i posten. Denne "confounderen" måtte vi ta hensyn til ved evaluering av den oppsøkende intervensjon. Det ble derfor utarbeidet ekstra spørsmål i spørreskjemaet vedrørende de nasjonale retningslinjenes betydning for legenes innsats i det tobakksforebyggende arbeidet for om mulig å få et bilde av hvordan retningslinjene påvirker legenes praksis, og eller hvordan de hemmer eller forsterker den oppsøkende intervensjonen. Det å få en slik parallell introduksjon av kunnskapsbaserte retningslinjer midt måleperioden er forstyrrende for eksperimentet. Er det den oppsøkende intervensjonen eller confounderen; "de nasjonale retningslinjene," som bidrar til en eventuell praksisendring? I tillegg kan man også spørre seg om all informasjonen om tobakksforebyggende arbeid som "veltet" inn i legepraksisene i denne perioden kombinert med mye informasjon om tobakk i media generelt var medvirkende til det store frafallet i denne studien.

For de 5 bedriftslegene som deltok i studien var måleperioden kun 3 uker. På grunn av den korte måleperioden burde disse muligens vært tatt bort fra studien.

Skjemaet som er benyttet i 2001 og Agderstudien 2004 er testet og validert og tidligere brukt både utenlands og i Norge. Det samme skjemaet er benyttet for å teste intervensjonseffekten, men det er lagt til supplerende spørsmål. Disse spørsmålene er i all hovedsak avslutningsvis i skjemaet og skal gi opplysninger om de nasjonale retningslinjene og opplæringen "Røykeslutt i praksis". Disse tilleggsspørsmålene er ikke utprøvd eller validert. Tilleggsspørsmålene er imidlertid utarbeidet i samarbeid med leger som kjenner miljøet og temaet godt, noe som skulle sikre den interne validitet. Skjemaet er langt, og det er mulig dette har vært en medvirkende årsak til det store frafallet.

Spørreskjemaene ble sendt ut av Agderforskning, men med Fylkesmannen i Aust-Agders konvolutter. Det var tenkt at dette skulle kunne bidra til økt svarprosent. Muligens har dette hatt en motsatt effekt da tilsynsmyndigheten ikke nødvendigvis har høy status blant legene i Agder.

Legenes tilbakemelding på intervensjonen ”Røykeslutt i praksis” og retningslinjene ”Røykeavvenning i primærhelsetjenesten”

Til tross for massiv informasjon i media og i ulike fagtidsskrifter i Norge og i Agder spesielt om røykeforekomst, helserisiko og myndighetenes satsing på tobakksforebyggende arbeid var det påfallende liten interesse hos legene for å delta i opplæringen; ”Røykeslutt i praksis”. Som det fremgår av figur 10 har oppslutningen ikke først og fremst vært på grunn av behov for, eller ønske om opplæring, men på grunn av sterk oppfordring fra likemennene. Motivasjonen for opplæringen er trolig deretter. Når legene først har satt av tid til å delta i opplæringen synes det som om opplæring av en ”likemann” er et viktig poeng. Dette er rangert høyest når legene skal svare på hva som var viktigst i opplæringen. At samlingene ga rom for meningsutveklinger ble også rangert høyt. Dette bekrefter andre studier (34,35).

Hvordan man skal få helsepersonell og leger spesielt til å delta i slike opplæringer kan ikke denne studien gi svar på. Muligens kan det handle om kunnskap, men det kan like gjerne bero på strukturelle og økonomiske forhold. Når legene oppgir tidsbruken som en mulig hindring for røykeintervensjon er det nærliggende å tro at også tiden er en begrensende faktor for å delta på slike opplæringer. Tid er penger for de fleste. For dem som har et inntektsgrunnlag, som i stor grad er basert på stykkprisprinsippet, vil trolig tidsbruken måtte vurderes nøye. Dessuten vil tid brukt på kurs mv gå ut over ventelistene og medføre påfølgende mertid, og eller en stresset hverdag for legene.

41 % av legene oppgir at de nasjonale retningslinjene har vært et nyttig supplement til opplæringen ”Røykeslutt i praksis”, og mer enn ¼ mener at retningslinjene har påvirket måten de følger opp pasienter som røyker. Dette kan tolkes dit hen at en oppsøkende likemannsopplæring ”sensitiverer” for å ta i bruk retningslinjer. Kan hende er det en god ide å introdusere kunnskapsbaserte retningslinjer av likemenn forut for implementering av slike.

Implikasjoner og anbefalinger

I dette datamaterialet er det flere forhold som kunne vært utdypet og belyst. For eksempel er det 32 av legene i effektstudien som oppgir at de fikk tilbud om opplæring, men som takket nei til tilbudet. Ved nærmere analyser av dette materialet fremkommer det interessante signifikante forskjeller mellom disse og de øvrige informantene. Praksistilknytning og kjønn er også tema som med fordel kunne vært utdypet. Rammen for denne oppgaven tillater imidlertid ikke det.

Tidligere studier viser at det er kombinasjonen av tilnærminger som gir praksisendring (29-35). Det at Agderlegene har hatt en signifikant praksisendring på vesentlige områder innen røykeintervensjon i perioden 2001-2004 bekrefter også dette. Tiden er imidlertid fortsatt den viktigste begrensende faktor for røykeintervensjon, og man kan spørre seg om det er strukturelle og instrumentelle forhold som må til for å få til praksisendring? Kanskje det nettopp er her skjegget ligger begravd i Norge. Her trengs det videre forskning.

Når man ser på den sosiale gradienten i røykemønsteret i Norge i dag bør trolig innsatsen i det tobakksforebyggende arbeidet i større utstrekning være i form av sosial utjevningsspolitikk. Dermed er det muligens finans- og eller utdanningsministeren, med sine virkemidler, og ikke helse- og omsorgsministeren, som har den største utfordringen i dette arbeidet fremover.

Likevel er det i dag 26 % av Norges befolkning som fortsatt er dagligrøykere. Mange av dem ønsker hjelp til å slutte. Målet for helsepersonell må være å bidra til god helse i befolkningen ved å prioritere viktige helsemessige utfordringer og gjennomføre disse på en kunnskapsbasert måte. Med andre ord, motivere og støtte pasienter som vil slutte å røyke.

KONKLUSJON

I perioden 2001-2004 har det vært signifikant endring i legenes røykeintervensjon og hindringer for dette. Det er flere leger som spør om røykevaner også når pasientene ikke har røykerelaterte symptomer. Flere oppgir helsefordelene ved å slutte og færre oppgir tidsbruken som en mulig hindring for å informere om helseforedelene ved å slutte og for å tilby hjelp til røykeslutt.

Det randomiserte kontrollerte forsøket kan ikke påvise at legene som fikk opplæringen "Røykeslutt i praksis" bidrar mer med individuell røykeintervensjon enn kontrollgruppen, og det er ikke signifikante forskjeller på hindringer for en slik intervensjon. Selv med et så stort frafall som i denne studien er det nærliggende å konkludere med at oppsøkende intervensjon ikke er en egnet metode for å få leger til å endre praksis.

Legene som deltok i opplæringen "Røykeslutt i praksis" mener at likemannsopplæring og meningsutvekslingene var viktigst i opplæringen.

TAKKSIGELSER

I denne avsluttende fasen av skriveprosjektet går mine takksigelser først og fremst til mine veiledere kommunelege i Lillesand kommune, Tore Ytterdahl og overlege ved lungemedisinsk avdeling ved Sørlandet sykehus HF, Frode Gallefoss for gode råd og positive tilbakemeldinger underveis i prosessen. Likeledes til min tidligere kollega, samarbeidspartner i det tobakksforebyggende arbeidet hos Fylkesmannen i Aust-Agder, og initiativtager til arbeidsgruppen "Den røykende pasient" Ellen Rygh. Prosjektmedarbeiderne, som representerer "likemennene" i den oppsøkende intervensjonen; "Røykeslutt i praksis" allmennlege Dag Nordhaug og bedriftslege Trond Klemetsen fortjener også en stor takk for utrettelig innsats i deres fase av prosjektet.

Videre fortjener min arbeidsgiver, Fylkesmannen i Aust-Agder, ved fylkeslege Anne-Sofie Syvertsen, en stor takk for at jeg fikk muligheten til å studere ved NHV, gjennomføre studien i sin helhet og fullføre det hele med denne masteroppgaven. En viktig takksigelse må også rettes til Sosial- og helsedirektoratet, avdeling Tobakk, for stadige oppmuntringer og økonomisk støtte.

Til sist, men ikke minst... en takk til min familie, mann og tre barn, for tålmodigheten som er utvist i denne perioden, og for regelmessige påminninger om at livet er mer enn jobb og studier!

REFERANSER

1. Tobakkindustriens erstatningsansvar. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Norges offentlige utredninger, 2000. NOU 2000:16.
2. Lindbak R, Lund M. Tall om tobakk 1973-2003. Oslo, Sosial- og helsedirektoratet, 2004.
3. Sosial- og helsedirektoratet, Røyking i befolkningen, 17. januar 2006, http://www.shdir.no/tobakk/statistikk/r_yking_i_befolkningen/r_yking_i_landets_fylker_2005_37803 (18. februar 2006).
4. Universitetet i Bergen, Medisinsk fødselsregister. Mors røyking i svangerskapet 2002. www.uib.no/mfr/tabellverk/aarsmelding/2002/F14a-royking.pdf (18. februar 2006).
5. Helsetilsynet i Aust-Agder, Sosial og helseavdelingen Fylkesmannen i Aust-Agder, Medisinalmelding 2004. http://www.helsetilsynet.no/upload/Helsetilsynet%20i%20fylkene/aust_agder/aust_agder_medisinalmelding2004.pdf · (18.februar 2006).
6. Messecar D. Smoking cessation interventions for pregnant women to prevent low birth weight : what does the evidence show? J Am Acad Nurse Pract. 2001; 3:171-7.
7. Andres RL, Day MC. Perinatal complications associated with maternal tobacco use. Semin. Neonatol. 2000; 5: 231-241.
8. Høie M, Sævareid HI. Gravides røykevaner i Aust-Agder. Rapport fra et prosjekt i regi av Høgskolen i Agder på oppdrag fra Fylkesmannen i Aust-Agder. Arendal: Høgskolen i Agder, 2006.
9. Gradientutfordringen. Oslo: Sosial og helsedirektoratet, 2. utgave 2005.
10. Lund M, Lund KE, Rise J. Sosiale ulikheter og røykeslutt blant voksne. Tidsskrift norsk lægeforening 2005;125:564-8.
11. Townsend J, Roderick P, Cooper J. Cigaret smoking by social economic group, sex and age. Effects of price, income and health, BMJ 1994; 309:923-27.
12. Grønhaug K. Social class and antismoking campaigns. Eur J Pol Ref, 1997;7:227-84.
13. Rogers EM. Diffusion of innovation, 3 utg. New York, Free press 1982.
14. Fylkeslegen i Aust-Agder. Medisinalmelding 2001. http://www.helsetilsynet.no/upload/Helsetilsynet%20i%20fylkene/aust_agder/aust_agder_medisinalmelding_2001.pdf (18. februar 2006)
15. Kjørheim K. Kreftrisiko i Agderfylkene - Utviklingstrekk i årene 1956-1995. Oslo: Krefregisteret Forskningsrapport nr. 1, 1999.
16. Lund KE, Lund M. Røyking og sosial ulikhet, Tidsskrift Norsk Lægeforening 2005; 125:560-3.

17. Bakke PS, Baste V, Hanao R, Gulsvik A. Prevalence of obstructive lung disease in a general population: relation to occupational title and exposure to some airborne agents. *Thorax* 1991; 46: 863-870.
18. Resept for et sunnere Norge, Folkehelsepolitikken. Oslo: Stortingsmelding nr.16 (2002-2003).
19. Hagestad K. Tobakkprevensjon i Norge – med lov (og avgift) skal røykfridom byggast, *Socialmedicinsk tidskrift* nr. 2004; 5: 420-432.
20. New Zealand guidelines for smoking Cessation. 2002
[www.nzgg.org./publications/guidelines/preventive health care/smoking cessation](http://www.nzgg.org./publications/guidelines/preventive%20health%20care/smoking%20cessation) (25.04.06).
21. Nasjonale faglige retningslinjer; Røykavvenning i primærhelsetjenesten, Retningslinjer for primærhelsetjenestens arbeid med røykeavvenning. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2004.
22. Lov om helsepersonell m.v. LOV 1999-07-02 nr 64: § 4, www.lovdata.no (21.04.06)
23. Boe E. Innføring i juss. Juridisk tenkning og rettskildelære. Oslo: Tano Aschehoug, 1996.
24. Faglige veilederes rettslige status. Veileder for habilitering og rehabilitering av mennesker med lungesykdommer. Oslo: Statens helsetilsyn, IK-2710, 2:2000.
25. WHO Evidence Based Recommendations on the treatment of Tobacco Dependence 2001
<http://www.wpro.who.int/NR/rdonlyres/8D25E4D3-BB81-479E-8DF5-7BAF674DB104/0/PolicyRecommendations.pdf>. (18. februar 2006)
26. Fagan M. Kan bruk av antibiotika ved akutt bronkitt reduseres, *Tidsskrift Norsk Lægeforening* 2001;121:455-8.
27. Mouland G. Rutle O. Reduksjon av B-preparatforskrivning i allmennpraksis, *Tidsskrift Norsk Lægeforening* 1996; 116: 1889-9.
28. Bjørndal A, Flottorp S, Klovning A, Medisinsk kunnskapshåndtering, Oslo: Gyldendal akademisk, 2000.
29. Oxman AD, Thomson MA, Davis DA, Haynes RB. No magic bullets: a systematic review of 102 trials of interventions to improve professional practice *CMAJ*. 1995 Nov 15; 153 (10):1423-31.
30. Thomson O'Brien MA, Freemantle N, Oxman AD, Wolf, Davis DA, Herrin J. Continuing education meetings and workshops: Effects on professional practice and health care outcomes. *The Cochrane Library*, Issue 1 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
31. Grol R, Wensing M. What drives change? Barriers to and incentives for achieving evidenced based practice, *MJA* 2004; 180 (6 Suppl): S57-S60.

32. Flottorp S. Best possible practice, Faculty of medicine, Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin. Oslo: Universitetet i Oslo, 2003.
33. Tresweek S, Flottorp S, Fretheim A, Håvelsrud K, Kristoffersen DK, Oxman A, Aasland O G. Hva gjør fastleger for å holde seg faglig oppdatert? Tidsskrift Norsk Lægeforening 2005; 125: 304-6.
34. Tresweek S, Flottorp S, Fretheim A, Håvelsrud K, Kristoffersen DK, Oxman A, Aasland O G. Retningslinjer for allmennpraksis – blir de lest og blir de brukt? Tidsskrift Norsk Lægeforening 2005;125:300-3.
35. Grønn resept – effekt og kostnadseffektivitet, Senter for medisinsk metodevurdering, SMM-rapport Nr. 7/2003. Oslo: 2003.
36. Gallefoss F, Drangsholt K. Røykeintervensjon og hindringer for dette blant fastleger i Vest-Agder. Tidsskrift Norsk Lægeforening 2002; 122:2608-11.
37. Aasland O, Nylenna M. Leger som røyker. En undersøkelse av norske legers røykevaner og levevaner. Tidsskrift Norsk Lægeforening 1997; 117: 332-7.
38. Bakke PS, et al. Norske sykehuslegers praksis ved røykeavvenning, Tidsskrift Norsk Lægeforening 2000;120:1629-32.
39. Thorogood M, Hillsdon M, Summerbell C, Changing behaviour, BMJ Publishing Group LTD 2004.
40. Helgarson AR, Lund KE. General practioners` perceived barriers to smoking cessation: results from four Nordic countries. Scd J Public Health 2002; 302: 141-7.
41. Bjørndal A, Hofoss D. Statistikk for helse- og sosialfagene. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, 2004.
42. Prochaska JO, Norcross JOCK, Decrementated CC. Changing for good. New York: Morrows, 1994.
43. Barth T, Børtveit T, Prescott. Endringsfokusert rådgiving. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 2001.
44. Donovan J, Blake D. Patient non-compliance: Deviance or reasoned decision making? Soc Sci Med 1992; 34: 507-13.
45. Friis S, Vaglum P. Fra idè til prosjekt - en innføring i klinisk forskning. Oslo: Tano Aschehoug, 2. utgave 1999.
46. Altman D.G. Practical statistics for medical research. London: Chapman & Hall, 1991
47. Jamtvedt G, Young JM, Kristoffersen DT, Thomson O`Brien MA, Oxman AD, Audit and feedback: effect on professionals practice and health care outcomes, Cochrane Database Syst.Rev.2003; (3): CD000259.

48. Rasmussen F, Kunnskapsbasert ryggomsorg - en pilotstudie om etterutdanning av allmennleger, Tidsskrift Norsk Lægeforening 2002; 122: 1794-6.
49. Werner E.L, Lærum E, Ihlebæk C. Hva gjør primærlegen med ryggpasienten? Tidsskrift Norsk Lægeforening 2002; 122: 1800-3 ut.
50. Thomson O`Brien MA, Freemantle N, Oxman AD, Wolf F, Davis DA, Herrin J. Educational outreach visits: effects on professional practice and health care outcomes. Cochrane Database Syst Rev. 2000; (2):CD000409.
51. Bovier PA, Perneger TV. Predictors of work satisfaction among physicians. Eur J Public Health. 2003 Dec; 13(4): 299-305.
52. Lov om kommunehelsetjenesten. LOV-1982-11-19 nr.66. www.lovdata.no (27.04.06)
53. Lov om pasientrettigheter. LOV 1999-07-02 nr 63. www.lovdata.no (24.04.06)
54. Grasko J. Improving the mental health of doctors BMJ career 2003; 327:188
55. Shanton J, Caan W. How many doctors are sick? BMJ, Career Focus 2003; 326: 97
56. Aasland OG, Ekeberg Ø, Schweder T. Suicide rates from 1960 to 1989 in Norwegian physicians compared with other educational groups. Soc Sci Med 2001; 52: 259-65.
57. Tyssen R. Helseproblemer og helsetjeneste blant leger Tidsskrift Norsk Lægeforening 2001; 121: 3527-32 u
58. The Hawthorn Effect –Mayo Studies Motivation, http://www.envisionsoftware.com/articles/Hawthorne_Effect.html (18 februar 2006)

VEDLEGG

1. Spørreskjema 1
2. Spørreskjema 2

**Spørsmål om
Tobaksforebygging blant fastleger og bedriftsleger i Aust - og Vest-Agder**

Innledende opplysninger

1. Hvilket år ble du utdannet lege ? 19
2. Er du kvinne eller mann ? Mann Kvinne
3. Alder år

4. Har du regelmessig kontakt med pasienter i ditt kliniske arbeid ? Ja Nei

5. Hva slags praksis arbeider du i ? (hovedbeskjeftigelse)

Sett kryss

- a) Solopraksis
b) Småpraksis (2 eller 3 leger)
c) Storpraksis (4 eller flere)
e) Bedriftslege

6. Hvor har du din praksis ?

Sett kryss

- a) **Arendal – Kristiansand**
b) **Småby/sted langs kysten.**
Risør, Tvedestrand, Grimstad, Lillesand, Søgne, Mandal, Lyngdal, Lindesnes, Farsund, Flekkefjord,
c) **Midtbeltet i Agder:**
Vegårshei, Gjerstad, Åmli, Froland, Birkenes, Audnedal, Kvinesdal, Vennesla
d) **Indre Agder:**
Bykle, Valle, Bygland, Evje og Hornnes, Iveland, Sirdal, Åseral, Marnadal, Hægbostad

Å spørre/samtale med pasienter om deres røykevaner

7. Dersom du undersøker en voksen pasient som **ikke** har røykerelaterte symptomer, spør du om vedkommende røyker ?

Nei, aldri Ja, i omtrent ____% av tilfellene

8. Dersom du undersøker en voksen pasient **som har** røykerelaterte symptomer, spør du om vedkommende røyker ?

Nei, aldri Ja, i omtrent ____% av tilfellene

Ofte Noen Sjelden Aldri
ganger

9. Hvor ofte tilbyr du hjelp av typen ”minimal intervensjon” ?

Minimal intervensjon er følgende:

1. Røyker du ?
2. Hvis ja
3. Hva tenker du om det ?
”Jeg vil anbefale deg å slutte, og jeg vil hjelpe deg med det”

Hvor ofte noterer du det i journalen ?

Hvor ofte tar du det opp med pasienten neste gang han oppsøker deg ?

10. Følgende begrunnelser er blitt foreslått som mulige hindringer for at leger vil spørre om den voksne pasienten røyker. Med utgangspunkt i ditt eget arbeid, marker i hvor stor grad du er enig eller uenig i påstandene nedenfor.

	Helt enig	Litt enig	Litt uenig	Helt uenig
Samtaler omkring røyking tar ofte for lang tid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I en travel hverdag er det tidkrevende å følge opp en pasient som vil slutte å røyke.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg hadde spurt oftere om jeg hadde hatt hjelpepersonell i praksisen min som kunne følge opp pasienter som vil slutte å røyke.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg føler at jeg mangler kunnskap om emnet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det er ikke min oppgave å diskutere folks røykevaner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er ikke overbevist om at røyking er et stort helseproblem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg synes det er ubehagelig å spørre folk om deres røykevaner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Å informere om fordeler ved å slutte å røyke

11. Dersom du vet at pasienten røyker, informerer du vedkommende om de helsemessige fordelene som kan oppnås ved å slutte?

Nei, aldri Ja, i omtrent _____% av tilfellene

12. Følgende begrunnelser er blitt foreslått som mulige hindringer for at leger vil informere voksne pasienter om helsefordelene ved å slutte å røyke. Med utgangspunkt i ditt eget arbeid, marker i hvor stor grad du er enig eller uenig i påstandene nedenfor.

	Helt enig	Litt enig	Litt uenig	Helt uenig
Samtaler om røyking tar ofte for lang tid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det tar for mye tid å følge opp pasienter som vil slutte å røyke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg hadde informert oftere om jeg hadde hatt hjelpepersonell i praksisen min som kunne følge opp pasienter som vil slutte å røyke.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg føler at jeg mangler kunnskap om emnet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det er ikke min oppgave å diskutere folks røykevaner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg synes ikke at leger har rett til å ta initiativ til å informere pasienter om eventuelle positive eller negative konsekvenser av deres livsstil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg synes det er ubehagelig å diskutere folks røykevaner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er ikke overbevist om at røyking er et stort helseproblem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om å tilby hjelp

13. Hvis du vet at pasienten røyker og har et ønske om å slutte, **hvor ofte tilbyr du hjelp/assistanse** av typen nedenfor?

	Ofte	Noen ganger	Sjelden	Aldri
Jeg deler ut materiell til selvhjelp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg noterer i journal og følger opp i tråd med opplæringen retningslinjene: "Røykeavvenning i primærhelsetjenesten"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg tilbyr deltakelse i røykeavvenningsgruppe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg foreviser pasienten til eksterne klinikker/eksperter for røykeavvenning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg forhandler frem en sluttdato sammen med pasienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg anbefaler bruk av nikotinerstatningsprodukter (plaster/tyggegummi m.m)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg anbefaler bruk av Zyban	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Hvis du vet at pasienten røyker og <u>ikke har et ønske</u> om å slutte. Hvor ofte tilbyr du hjelp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvor ofte bruker du spirometri ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uaktuelt, jeg har ikke ikke spirometri på mitt kontor <input type="checkbox"/>				

Om hindringer for å tilby hjelp

15. Følgende begrunnelser er blitt foreslått som **mulige hindringer for at leger tilbyr voksne pasienter hjelp til å slutte å røyke**. Med utgangspunkt i ditt eget arbeid, marker i hvor stor grad du er enig eller uenig i påstandene nedenfor

	Helt enig	Litt enig	Litt uenig	Helt uenig
Denne type arbeid er ikke verdt innsatsen fordi så få pasienter klarer å slutte selv om de skulle få hjelp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I en travel hverdag er det tidkrevende å følge opp pasienter som vil slutte å røyke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det hadde vært enklere å tilby hjelp til en pasient som vil slutte å røyke, dersom jeg kunne overlate noe av oppfølgingen til "hjelpespersonellet" ved praksisen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Samtaler om røykeslutt tar ofte for lang tid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg ville foretrekke å kunne henvise røykere til spesialister innen røykeslutt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg føler at jeg mangler kunnskap om emnet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg anser det ikke som min oppgave å hjelpe folk med å slutte å røyke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Sosial- og helsedirektoratets nasjonale retningslinjer;
"Røykavvenning i allmennpraksis" – utgitt i juni 2004**

	Ingen grad	I liten grad	I stor grad	I svært stor grad
16. I hvilken grad har Sosial- og helsedirektoratets retningslinjer (skriftlig materiell) påvirket din måte å følge opp pasienter som røyker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. For dere som har fått opplæringen "Røykeslutt i praksis" av Dag Nordhaug og Trond Klemetsen				
I hvilken grad har Sosial- og helsedirektoratets retningslinjer vært et nyttig supplement til opplæringen "Røykeslutt i praksis"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I tilfelle stor/svært stor betydning:				
Opplæringen "røykeslutt i praksis" gjorde meg nysgjerrig på temaet og bidro til at jeg gjennomgikk de "Nasjonale retningslinjene" bedre enn jeg ellers ville gjort.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De nasjonale retningslinjene gav en supplerende oversikt over kunnskapsgrunnlaget.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Litt om endring i røykeintervensjon

	Sjeldnere	Uendret	Litt hyppigere	Mye hyppigere
18. I hvor stor grad tar du opp røyking med dine pasienter nå i forhold til for 1 år siden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ingen betydning	Litt betydning	Stor betydning	Svært stor betydning
19. I hvilken grad mener du helsemyndighetenes røykeforebyggende arbeid har betydning for din egen praksis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Om opplæringen;
"Røykeslutt i praksis" ved Dag Nordhaug og Trond Klemetsen**

20. Fikk du tilbud om opplæring/møte/kurs: "Røykeslutt i praksis" ? Ja Nei

21. Tok du imot dette tilbudet Ja Nei

Hvis nei, gå til spørsmål 28

22. Hvis ja, hvilket alternativ deltok du i

Sett kryss

- a) Heldagskurs – 7 timer
- b) Kveldsmøte – 2 timer
- c) Møte– 2 timer
- d) Møte– 30 minutter
- e) Annet

23. Hva var nytteverdien av opplæringen, på en karakterskala fra 1-10, hvor 10 er det nyttigste?

Sett kryss

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

24. Hvilke av de 6 punktene nedenfor synes du var viktigst i opplæringen "Røykeslutt i praksis":

Sett inntil 3 kryss

- a) Lysbildeforedraget/Powerpointpresentasjonen
- b) Skrivebordsplakaten
- c) At det var en "likemann", en som kjente min hverdag som gav opplæringen
- d) Meningsutvekslingen/diskusjonene
- e) Fikk kompetanse/verktøy som er relevant og enkel å iverksette i praksis
- f) Jeg er blitt mer motivert til å ta opp røykeatferd hos pasientene

**Ofte Noen Sjelden Aldri
ganger**

25. I hvilken grad benytter du skrivebordsplakaten i ditt arbeid med røykende pasienter ?

26. Har du tidligere fått opplæring i røykeslutt/røykeintervensjon? Ja Nei

27. Hvis ja , hva var grunnen til at du nå søkte ytterligere opplæring?

Sett inntil 3 kryss

- a) Temaet er blitt ytterligere aktualisert gjennom media, tidsskrifter og forskrifter
- b) Tidligere informasjon/opplæring har ikke vært god nok
- c) Jeg trengte å få praktisk opplæring i hvordan jeg skulle samtale med pasienter som røyker
- d) Jeg følte meg usikker på hvordan jeg skulle gå frem i forhold til pasienter som røyker uten å ha røykerelaterte symptomer
- e) Jeg ble sterkt oppfordret til å delta

Noen bakgrunnsspørsmål

28. Har du noen gang røykt i mer enn ett år
sammenhengende (daglig eller av og til)? Ja Nei
29. Hvis Ja på spørsmål
28, røyker du i dag ?
 Nei, ikke i Ja, Ja, hver uke, Ja, men mindre enn 1 gang i uken
det hele tatt daglig men ikke daglig
30. Dersom du ikke røyker i det hele tatt, omtrent hvor lenge er det siden du sluttet?
Antall år: _____
Hvis mindre enn 1 år, _____
antall måneder: _____
Hvis mindre enn 1 _____
måned, antall dager _____
Ikke relevant, jeg er
ikke helt røykfri i
dag

”løpenummer”

Innledende opplysninger

Hvilket år ble du utdannet lege ? 19

Er du kvinne eller mann ?

Mann Kvinne

Alder

år

Har du regelmessig kontakt med pasienter i ditt kliniske arbeid ?

Ja Nei**Å spørre/samtale med pasienter om deres røykevaner**

1 Dersom du undersøker en voksen pasient som *ikke* har røykerelaterte symptomer, spør du om vedkommende røyker ? Nei, aldri Ja, i omtrent _____% av tilfellene

2 Dersom du undersøker en voksen pasient som *har* røykerelaterte symptomer, spør du om vedkommende røyker ? Nei, aldri Ja, i omtrent _____% av tilfellene

3 Følgende begrunnelser er blitt foreslått som mulige hindringer for at leger vil spørre om den voksne pasienten røyker. Med utgangspunkt i ditt eget arbeid, marker i hvor stor grad du er enig eller uenig i påstandene nedenfor.

	Helt enig	Litt enig	Litt uenig	Helt uenig
Samtaler omkring røyking tar ofte for lang tid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg føler at jeg mangler kunnskap om emnet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det er ikke min oppgave å diskutere folks røykevaner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er ikke overbevist om at røyking er et stort helseproblem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg synes det er ubehagelig å spørre folk om deres røykevaner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Å informere om fordeler ved å slutte å røyke

4 Dersom du vet at pasienten røyker, informerer du vedkommende om de helsemessige fordelene som kan oppnås ved å slutte? Nei, aldri Ja, i omtrent _____% av tilfellene

5 Følgende begrunnelser er blitt foreslått som mulige hindringer for at leger vil informere voksne pasienter om helsefordelene ved å slutte å røyke. Med utgangspunkt i ditt eget arbeid, marker i hvor stor grad du er enig eller uenig i påstandene nedenfor.

	Helt enig	Litt enig	Litt uenig	Helt uenig
Samtaler om røyking tar ofte for lang tid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg føler at jeg mangler kunnskap om emnet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det er ikke min oppgave å diskutere folks røykevaner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg synes ikke at leger har rett til å ta initiativ til å informere pasienter om eventuelle positive eller negative konsekvenser av deres livsstil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg synes det er ubehagelig å diskutere folks røykevaner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er ikke overbevist om at røyking er et stort helseproblem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om å tilby hjelp

6 Hvis du vet at pasienten røyker og har et ønske om å slutte, hvor ofte tilbyr du hjelp/assistanse av typen nedenfor?

	Ofte	Noen ganger	Sjelden	Aldri
Jeg deler ut materiell til selv-assistanse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg tilbyr deltagelse i røykeavvenningsgruppe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg foreviser pasienten til eksterne klinikker/eksperter for røykeavvenning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg forhandler frem en sluttdato sammen med pasienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg anbefaler bruk av nikotinsurrogater (plaster/tyggegummi m.m)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg anbefaler bruk av Zyban	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om hindringer for å tilby hjelp

- 7 Følgende begrunnelser er blitt foreslått som **mulige hindringer for at leger tilbyr voksne pasienter hjelp til å slutte å røyke**. Med utgangspunkt i ditt eget arbeid, marker i hvor stor grad du er enig eller uenig i påstandene nedenfor.

	Helt enig	Litt enig	Litt uenig	Helt uenig
Denne type arbeid er ikke verdt innsatsen fordi så få pasienter klarer å slutte selv om de skulle få hjelp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Samtaler om røykeslutt tar ofte for lang tid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg ville foretrekke å kunne henvise røykere til spesialister innen røykeslutt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg føler at jeg mangler kunnskap om emnet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg anser det ikke som min oppgave å hjelpe folk med å slutte å røyke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Litt om endring i røykeintervensjon

	Sjeldnere	Uendret	Litt hyppigere	Mye hyppigere
	Ingen betydning	Litt betydning	Stor betydning	Svært stor betydning
8 I hvor stor grad tar du opp røyking med dine pasienter nå i forhold til for 2 år siden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 I hvilken grad mener du taksten for røykeavvenning har bidratt til å øke din grad av røykeintervensjon som lege?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 I hvilken grad mener du legemiddelindustriens engasjement i røykeavvenning har bidratt til å øke din grad av røykeintervensjon som lege?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 I hvilken grad mener du den norske Lægeforenings røykeavvenningsprogram har bidratt til å øke din grad av røykeintervensjon som lege?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 I hvilken grad mener du at nikotinpreparatene som brukes ved røykeavvenning har en effekt som gjør at røykere lettere blir røykfrie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 I hvilken grad mener du at Zyban som brukes ved røykeavvenning har en effekt som gjør at røykere lettere blir røykfrie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 I hvilken grad mener du helsemyndighetenes røykeforebyggende arbeid har betydning for din egen praksis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Noen bakgrunnsspørsmål

- 15 Har du noen gang røykt i mer enn ett år sammenhengende (daglig eller av og til)? Ja Nei
- 16 Hvis Ja på spm 15, røyker du i dag ?
 Nei, ikke i det hele tatt Ja, daglig Ja, hver uke, men ikke daglig Ja, men mindre enn 1 gang i uken
- 17 Dersom du ikke røyker i det hele tatt, omtrent hvor lenge er det siden du sluttet?
 Antall år: _____
 Hvis mindre enn 1 år, antall måneder: _____
 Hvis mindre enn 1 måned, antall dager: _____
 Ikke relevant, jeg er ikke helt røykfri i dag

«Løpenummer»

