

Er røykeslutt helsepersonells ansvar?

Hvert år siden 1987 har Verdens helseorganisasjon (WHO) oppfordret til internasjonal markering av Verdens røykfrie dag 31. mai. Takket være fylkesmannsambetet har det lokale engasjementet i forbindelse med markeringen av dagen vært sterkt økende i Norge de siste årene, noe som er svært gledelig.

Verdens røykfrie dag brukes til å markere aktuelle tema innenfor tobakksfeltet, og i år har WHO valgt å fokusere på «Health Professionals and Tobacco Control». Sosial- og helsedirektoratet mener at årets tema er spesielt viktig, og ønsker et enda større engasjement fra helsepersonell når det gjelder å hjelpe pasienter til røykeslutt.

Rollemodeller for mange

Helsepersonell er nøkkelpersoner innen tobakksforebygging siden de har kunnskap om røyking og helseskader, samtidig som de møter store deler av befolkningen i situasjoner hvor det er naturlig å snakke om livsstilsvaner som tobakksbruk. Helsepersonell er en gruppe som de fleste har stor tillit til, og for mange fungerer de som rollemodeller når det gjelder atferd som påvirker helsen.

Gjennom møter med pasienter i både primær- og spesialisthelsetjenesten har helsepersonell mulighet til å initiere samtaler om røykeslutt før alvorlige helseskader oppstår, men temaet bør selvsagt også tas opp med pasienter som har røyke-relaterte sykdommer. Det finnes en takst (takst 102) for arbeid med røykeavvenning i allmennpraksis.

Dokumentert effekt

Det er ikke så mye som skal til for å oppnå effekt – en kort rådgivning, såkalt minimal intervensjon, om røyking bør integreres ved legebesøk eller sykehusinnleggelse. Ved å spørre om pasienten røyker, markerer man at røyking er et viktig helsetema. Når helsepersonell ikke tar opp røyking, vil det også være en form for kommunikasjon: Man gir signaler om at temaet ikke er viktig og at røyking ikke har avgjørende betydning for helsen.



Illustrasjon fra heftet *Røykeavvenning i primærhelsetjenesten*

Det er flere metoder som har dokumentert effekt for å oppnå røykeslutt, og hovedprinsippene er veiledning og medikamentell behandling. Dette gjenspeiler de to komponentene av avhengighet (fysisk og psykologisk/sosial). Generelt kan det sies at effektene blir større når den som skal slutte får et tilbud som inneholder begge komponenter. En studie blant hjertepasienter i Vest-Agder gav gode resultater for røykesluttintervensjon (1). I en ny rapport fra svenske helsemyndigheter oppgis det at opptil 40% lykkes med å slutte å røyke når intervensjonen er behandling hos utdannet røykesluttinstruktør i kombinasjon med nikotinerstatningspreparater (2). Fra et økonomisk perspektiv er røykeavvenning kostnadseffektivt, sammenliknet med andre intervensjoner i helsevesenet.

Endringsfokuset rådgivning

Dagens røykemønster legger beslag på store ressurser i helsevesenet. Helsepersonell kjenner godt til både de helsemessige og samfunnsøkonomiske konsekvensene ved røyking. Studier viser likevel at mange vegrer seg for å ta opp temaet røyking med pasientene (3). Hovedårsakene er mangel på tid, ubehag ved å ta opp temaet, en opplevelse av å invadere privatsfæren, samt mangel på kunnskap om kommunikasjons-teknikker. Mange som arbeider med røykeslutt synes dessuten det kan være et krevende og lite stimulerende arbeid fordi det ikke raskt fører til de ønskede resultatene.

Endring av atferd er avhengig av deltaelse og innsats fra pasienten. Det er den som røyker som faktisk skal gjøre endringene. En kommunikasjonsteknikk som er anerkjent innenfor flere typer atferdsendring, er endringsfokuset rådgivning (4). Endringsfokuset rådgivning bygger på prinsippene om at den som veileder skal utforske pasientens egne grunner til å bli røykfri, akseptere ambivalens, samt styrke troen på egen mestringsevne. Hovedutfordringen blir å finne frem til og styrke pasientens egen motivasjon, slik at pasienten går inn i en endringsprosess med opplevelsen av *selv* å bestemme over egen kropp og helse.

Materiell fra direktoratet

Så mange som halvparten av dem som røyker daglig, dør av røykerelatert sykdom.



Forsideillustrasjon til heftet *Røykeavvenning i primærhelsetjenesten*

Når livsstil henger så nær sammen med helse, bør derfor livsstilselementer inkluderes i samtaler med pasientene. Sosial- og helsedirektoratet har nylig utgitt materiell for helsepersonells arbeid med røykeavvenning (5). Dette er hovedsakelig rettet mot allmennleger og beskriver hvordan man utfører minimal intervensjon, og bruk av ulike legemidler til røykeavvenning. I tillegg skal det utarbeides en veileder i endringsfokuset rådgivning som utfyller retningslinjene. Denne veilederen tar utgangspunkt i svangerskapsomsorgen, men innholdet kan overføres til andre pasientgrupper.

Bjørn-Inge Larsen

bjorn-inge.larsen@shdir.no
Sosial- og helsedirektoratet

Litteratur

1. Quist-Paulsen P, Gallefoss F. Randomised controlled trial of smoking cessation intervention after admission for coronary heart disease. *BMJ* 2003; 327: 1254–7.
2. Haglund M, Boström G. Tobak och avvänjning. En faktskrift om behovet av prioritering av tobaksavvänjning. Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut, 2004.
3. Helgason AR, Lund KE. General practitioner's perceived barriers to smoking cessation – results from four Nordic countries. *Scand J Public Health* 2002; 30: 141–7.
4. Barth T, Børtveit T, Prescott P. Endringsfokuset rådgivning. Oslo: Gyldendal, 2001.
5. Røykeavvenning i primærhelsetjenesten. Retningslinjer for primærhelsetjenestens arbeid med røykeavvenning. Oslo, Sosial- og helsedirektoratet, 2004.