

Røykeslutt – er det helsepersonells ansvar?

Hvert år siden 1987 har WHO oppfordret til internasjonal markering av Verdens røykfrie dag 31. mai. Takket være Fylkesmannen har det lokale engasjementet i forbindelse med markeringen av dagen i Norge vært sterkt økende 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.

Helsepersonell og røykeslutt

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 røykerelaterte sykdommer. I legenes takster finnes det en egen takst (102) for arbeid med røykeavvenning i allmennpraksis.

Det er ikke så mye som skal til for å oppnå effekt: en kort rådgivning, såkalt minimal intervensjon, om røyking bør integreres ved legebeseøk 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



Sosial- og helsedirektoratet har nylig utgitt materiell for helsepersonells arbeid med røykeavvenning.

at røyking ikke har avgjørende betydning for helsen.

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), og 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 ga gode resultater for røykesluttintervensjon (1). I en ny rapport fra Svensk folkhälsoinstitut 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 kostnads-effektivt, sammenliknet med andre intervensjoner i helsevesenet (3, 4)

Tannhelsepersonell en ubrukt ressurs i tobakksarbeidet

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 (5). 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.

I en spørreundersøkelse blant tannleger og tannpleiere i februar 2002 (6) svarte seks av ti tannleger at de spurte pasienten om tobakksvaner ved første gangs konsultasjon; tilsvarende for tannpleiere var sju av ti. Det er imidlertid moderate forventninger – særlig blant tannlegene – til at egen intervensjon vil føre til at flere slutter. Førtito prosent av tannlegene og 63 % av tannpleierne følte likevel at de ville gjøre en bedre jobb dersom de i løpet av de tre neste månedene begynte å ta opp spørsmål om røyking med pasientene.

Tre av ti tannleger så det ikke som sin oppgave å diskutere pasientens røykevaner. Omtrent like stor andel mente samtaler om røyking ikke var verd innsatsen fordi så få pasienter likevel klarer å slutte. Imidlertid var det bare 7 % som mente at røyking ikke var en vesentlig årsak til nedsatt tannhelse. Blant tannpleiere var ubehag ved å spørre om røykevaner den hyppigst oppgitte barriere. Forfatterens konklusjon er at tannhelsepersonell er en ubrukt ressurs i arbeidet mot tobakkskadene, og at det er et absolutt forbedringspotensial i intervensjonsaktivitet overfor pasienter. Det er viktig at tannleger og tannpleiere blir bevisst den store effekt deres intervensjon kan ha

på befolkningsnivå fordi 70–80 % går til tannlege/tannpleier årlig.

Endring av atferd

Endring av atferd er avhengig av deltagelse og innsats fra pasienten. Det er den som røyker som faktisk skal gjøre endringene. En kommunikasjonsteknikk som er anerkjent innenfor flere typer atferdsending er endringsfokuset rådgivning (7). 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 fram 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 Sosial- og helsedirektoratet

Så mange som halvparten av dem som røyker daglig, dør av røykerelatert sykdom. Når livsstil henger så nært sammen med helse, bør derfor livsstilselementer inkluderes i samtaler med pasientene. Sosial- og helsedirektoratet har nylig utgitt materiell for helsepersonells arbeid med røykeavvenning. «Retningslinjer for røykeavvenning i primærhelsetjenesten» er hovedsakelig rettet mot allmennleger og beskriver

hvordan man utfører minimal intervensjon, og bruk av ulike legemidler til røykeavvenning (8). 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.

Litteratur

1. Quist-Paulsen P, Gallefoss F. Randomised controlled trial of smoking cessation intervention after admission for coronary heart disease. *Br med J* 2003; 327: 1254–7.
2. Haglund M, Boström G. Tobak och avvänjning. En faktskrift om behovet av prioritering av tobaksavvänjning. Statens Folkhälsoinstitut; 2004.
3. SBU-rapport nr 138 Metoder för rökavvänjning. Stockholm: Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik; 1998.
4. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: A US Public Health Service report. The Tobacco Use and Dependence Clinical Practice Guideline Panel, Staff, and Consortium Representatives. *JAMA* 2000; 283: 3244–54.
5. Helgason AR, Lund KE. General practitioners' perceived barriers to smoking cessation—results from four Nordic countries. *Scand J Public Health* 2002; 30: 141–7.

6. Lund KE, Lund M, Rise J. Tobakksforbygging i norsk tannhelsetjeneste. Resultater fra en nasjonal undersøkelse blant tannleger og tannpleiere. *Nor Tannlegeforen Tid* 2003; 113: 222–30.
7. Barth T, Børtveit T, Prescott P. Endringsfokuset rådgivning. Oslo: Gyldendal; 2001.
8. Røykeavvenning i primærhelsetjenesten. Retningslinjer for primærhelsetjenestens arbeid med røykeavvenning. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2004.

Artikkelen er basert på en artikkel fra Sosial- og Helsedirektoratet, Avd. tobakk.

Søkeord for nettsversjon:
www.tannlegetidende.no: Sykdom; Tannhelsepersonell; Tobakk.

Nyttige nettadresser

Vil du vite mer om tobakksbruk, tobakkskader og røykeavvenning, se:

<http://www.tobakk.no>
http://www.fdiworldental.org/public_health/4_0tobacco.html
<http://www.who.int/tobacco/en/>