
Hvorfor unnlater helsepersonell å snakke med småbarnsforeldre om passiv røyking?

KLINIKK OG FORSKNING

KARL ERIK LUND

Avdeling for samfunnsmedisin
Statens institutt for folkehelse
Postboks 4404 Torshov
0403 Oslo

ASGEIR R. HELGASON

Center for Tobacco Prevention
Box 175 33
S-118 91 Stockholm

Helsepersonell utnytter kun i moderat grad den mulighet de har til å motivere foreldre i å skape et røykfritt innemiljø for småbarn. Det er først når barna viser symptomer på eksponering for tobakksrøyk at helsepersonell rutinemessig tar opp passiv røyking i konsultasjoner med småbarnsforeldre. Vi vil identifisere årsaker til at helsepersonell unnlater å ta temaet opp på et tidspunkt hvor skadene på barna ennå kan forebygges.

Et representativt utvalg av 1 050 leger i allmennpraksis, overjordmødre ved landets 77 barselavdelinger, 492 ledende helsesøstre og personell ved 1 024 helsestasjoner ble sendt spørsmål om mulige hindringer for engasjement. Svarresponsen varierte fra 71 % (allmennlegene) til 82 % (overjordmødrene).

Helsesøstre, jordmødre og leger ved helsestasjoner ser det som sin oppgave å samtale med foreldrene om helseeffektene passiv røyking kan ha for barn. Barrierene for å gjøre dette er følelsen av ubehag ved å ta emnet opp og at de ikke vet hvordan de skal snakke med foreldrene om problemet. Et klart flertall erfarer likevel positive reaksjoner når de samtaler med røykende foreldre om temaet. Blant leger i allmennpraksis er mangelen på tid den største hindring, fulgt av ubehag ved å ta emnet opp og manglende kunnskap om helsefarene.

Det synes å være et behov for å tilføre helsepersonell kompetanse i samtaleteknikk på dette området.

En undersøkelse av allmennleger, barneleger, leger med tjeneste på helsestasjoner, helsesøstre, ledende helsesøstre og jordmødre viser at disse ikke utnytter sine muligheter til å motivere småbarnsforeldre til å endre røykevaner av hensyn til sine barn (1). Det er først når barna viser symptomer på eksponering for tobakksrøyk at helsepersonell rutinemessig tar opp passiv røyking i konsultasjoner med småbarnsforeldre. Sammenliknet med andre emner som tas opp på helsestasjonen, er samtaler om passiv røyking blant de temaer som har lavest prioritet. Mangelen på engasjement bekreftes av et flertall av småbarnsforeldre, som rapporterer at de aldri har mottatt informasjon om passiv røyking ved legesjekk eller helsekontroll av barnet (2). Det er estimert at 230 000 barn under tenåringsalder regelmessig utsettes for tobakksrøyk fra sine foreldre (3). Betydelige helsegevinster kan oppnås ved å unngå at barn eksponeres for tobakksrøyk (4). For å kunne stimulere til større engasjement er det viktig å identifisere årsakene til at helsepersonell unnlater å avsette tid til dette.

Materiale og metode

Data ble innhentet i spørreskjemaer fra fem grupper av helsepersonell – leger i allmennpraksis, leger med tjeneste på helsestasjon, helsesøstre med utøvende praksis på helsestasjon og/eller i skolen, ledende helsesøstre med administrativt ansvar på helsestasjon og overjordmødre ved barselavdelinger. Utvalg og respons er vist i en annen artikkel av forfatterne (1).

På grunnlag av forutgående samtaler med representanter for målgruppene ble det i et spørreskjema foreslått mulige hindringer for at helsepersonell unnlater å ta opp med småbarnsforeldre de helsemessige risikoer som passiv røyking innebærer for barna. Dette var mangel på tid, kunnskap, problemforståelse og kommunikasjonstrening, samt manglende legitimitet til å intervenere, rollekonflikt og frykt for ubehag. Med utgangspunkt i egen praksis ble respondenten bedt om å erklære grad av tilslutning til påstander om disse forholdene på en firetrinnskala (helt enig/delvis enig/delvis uenig/helt uenig). De foreslåtte hindringene var likelydende i spørreskjemaene til personell ved helsestasjoner og til jordmødre ved barselavdelinger. Under analysen ble andel som erklærte seg ”helt enig” eller ”delvis enig” slått sammen.

Barriereene som ble foreslått for allmennlegene i undersøkelsen ble satt frem på en noe annen måte. Mens øvrig helsepersonell ble bedt om å avgi svar på vegne av hva de trodde gjaldt for de ansatte ved arbeidsplassen, ble allmennlegene bedt om å svare på hva de selv mente om utsagnene. Under analysen ble en sammenslått gruppe av leger som ikke erklærte seg ”helt uenig” kontrastert mot dem som var ”helt uenig” i påstandene.

I sammenlikning av grupper benyttes prosentsatser med 95 % konfidensintervall, i tillegg til multipl logistisk regresjon i beskrivelsen av sammenhengen mellom egen praksis vedrørende barn og passiv røyking og

forklaringsvariablene kjønn, røykevaner og holdninger. Logistisk regresjon er en metode for å analysere sammenhengen mellom én dikotom avhengig variabel (for eksempel det å ta opp passiv røyking versus det aldri å ta opp passiv røyking) og én eller flere uavhengige variabler, som kan være kategorielle (for eksempel røykevaner) eller kontinuerlige (for eksempel alder). Forskjeller beskrives her som oddsforhold (OR) med 95 % konfidensintervall (KI). Et signifikansnivå på 5 % ($p < 0,05$) vises ved at 95 % konfidensintervall for oddsforholdene ikke omfatter tallet 1,00. Et oddsforhold større enn 1,00 vil si at den aktuelle kategorien har høyere odds enn referansekategorien for å ha den aktuelle egenskapen (for eksempel det å ta opp passiv røyking) og dermed høyere sannsynlighet. Tilsvarende betyr et oddsforhold mindre en 1,00 at oddsen er lavere. Referansekategorien har per definisjon verdien 1,00. Alle analyser er utført i SPSS 8,0.

Resultater

At de synes emnet er ubehagelig å snakke med foreldrene om og at de ikke vet hvordan temaet skal tas opp, oppgis som de viktigste hindringer av helsesøstrene og jordmødrene (tab 1). Likevel opplever 84 % av helsesøstrene ($N = 754$) meget positive (14 %) eller nokså positive (70 %) reaksjoner når de tar opp passiv røyking med foreldre som selv røyker (ikke i tabellen). 59 % av legene ved helsestasjonene ($N = 166$) rapporterer om meget positive (4 %) eller nokså positive (55 %) reaksjoner. Legene på helsestasjonen skiller seg fra de fleste andre yrkeskategoriene ved at de oftere mener mangel på engasjement hos ansatte på helsestasjonen skyldes knapphet på tid og at oppgaven defineres til å ligge utenfor yrkesutførelsen. I forhold til overjordmødre og helsesøstre på stasjonen er det signifikant færre leger som hevder at manglende evne til å ta opp temaet er årsak til at de ansatte unnlater å engasjere seg (tab 1).

Tabell

Jeg tror mange ansatte:	Synes samtale om røyking ofte tar for lang tid		Mangler kunnskap om farene ved passiv røyking		Ikke vet hvordan de skal ta opp emnet med foreldrene		Synes det er ubehagelig å spørre foreldrene om deres røykevaner		Ikke ser det som oppgave å snakke om barn og passiv røyking		Antall
	%	KI	%	KI	%	KI	%	KI	%	KI	
Ledende helsesøstre	25	(18 – 32)	16	(10 – 22)	45	(37 – 53)	56	(48 – 64)	6	(2 – 10)	143
Helsesøstre på helsestasjoner	29	(25 – 33)	17	(14 – 20)	53	(49 – 57)	64	(60 – 68)	6	(4 – 8)	492
Helsesøstre i skolen	35	(27 – 43)	17	(11 – 24)	54	(45 – 63)	69	(61 – 77)	5	(1 – 9)	127
Leger ved helsestasjonen	42	(35 – 49)	19	(13 – 25)	39	(32 – 46)	59	(52 – 66)	15	(10 – 20)	170

Jeg tror mange ansatte:	Synes samtale om røyking ofte tar for lang tid		Mangler kunnskap om farene ved passiv røyking		Ikke vet hvordan de skal ta opp emnet med foreldrene		Synes det er ubehagelig å spørre foreldrene om deres røykevaner		Ikke ser det som sin oppgave å snakke om barn og passiv røyking		Antall
	%	KI	%	KI	%	KI	%	KI	%	KI	
Overjordmødre barselavdelinger	18	(9 - 27)	25	(14 - 36)	60	(48 - 72)	53	(41 - 65)	15	(6 - 24)	63

Blant allmennlegene rapporterer 58 % at de selv "ikke er helt uenig" i at samtaler om den helsemessige risikoen passiv røyking innebærer for barn tar for lang tid (tab 2). Mangel på tid er den hyppigst oppgitte årsak for egen mangel på engasjement, fulgt av ubehag ved å ta emnet opp (29 %) og mangel på kunnskap om helsefarene ved å utsette barn for tobakksrøyk (24 %). Følelse av ubehag ved å snakke om de konsekvenser foreldrenes røykevaner kan ha for barna deres er signifikant mer utbredt blant yngre allmennleger. Blant leger som røyker daglig, er fravær av problemforståelse og følelsen av å mangle rett til intervensjon signifikant mer utbredt enn blant forhenværende røykere og leger som aldri har røykt.

Tabell

	Slike samtaler tar for lang tid		Jeg føler at jeg mangler kunnskap om helsefarene ved å utsette barn for tobakksrøyk		Jeg er ikke overbevist om at dette er et relevant helseproblem		Jeg føler ikke at leger har rett til å oppfordre pasienter til å endre røykevaner av hensyn til sine barn		Jeg synes det er ubehagelig å snakke om de konsekvenser folks røykevaner har for barna deres		Antall
	(%)	KI	(%)	KI	(%)	KI	(%)	KI	(%)	KI	
Alle allmennleger	58	(54 - 62)	24	(21 - 27)	10	(8 - 12)	12	(10 - 14)	29	(26 - 32)	733
Kjønn											
Kvinner	61	(54 - 68)	27	(21 - 33)	7	(4 - 10)	7	(4 - 10)	36	(29 - 43)	204
Menn	57	(53 - 61)	23	(19 - 27)	12	(9 - 15)	9	(7 - 11)	27	(23 - 31)	519
Alder (år)											
< 42 år	62	(56 - 68)	30	(24 - 36)	9	(5 - 13)	13	(9 - 17)	39	(33 - 45)	235

	Slike samtaler tar for lang tid		Jeg føler at jeg mangler kunnskap om helsefarene ved å utsette barn for tobakksrøyk		Jeg er ikke overbevist om at dette er et relevant helseproblem		Jeg føler ikke at leger har rett til å oppfordre pasienter til å endre røykevaner av hensyn til sine barn		Jeg synes det er ubehagelig å snakke om de konsekvenser folks røykevaner har for barna deres		Antall
	(%)	KI	(%)	KI	(%)	KI	(%)	KI	(%)	KI	
42 - 49	57	(51 - 63)	17	(13 - 21)	9	(6 - 12)	11	(7 - 15)	27	(22 - 32)	271
50 år +	56	(49 - 63)	26	(20 - 32)	14	(9 - 19)	12	(8 - 10)	21	(16 - 26)	213
Arbeidsplass											
Offentlig	59	(51 - 67)	28	(21 - 35)	9	(4 - 14)	12	(7 - 17)	36	(28 - 44)	141
Privat	57	(52 - 62)	23	(19 - 27)	13	(10 - 16)	14	(11 - 17)	28	(24 - 32)	415
Røykevaner											
Røyker daglig	59	(47 - 72)	27	(16 - 38)	29	(17 - 41)	31	(19 - 43)	25	(14 - 36)	59
Røyker av og til	54	(42 - 66)	16	(7 - 25)	11	(4 - 18)	17	(8 - 26)	24	(14 - 34)	70
Forhenværende røyker	55	(47 - 63)	19	(13 - 25)	11	(6 - 16)	9	(4 - 14)	25	(18 - 32)	148
Røyker aldri	59	(54 - 64)	26	(22 - 30)	7	(5 - 9)	10	(7 - 13)	32	(28 - 36)	451

Samvariasjonen mellom de ovennevnte holdningsvariablene og om legen tar opp passiv røyking i ulike typer konsultasjoner, ble analysert i tre logistiske modeller som er gjengitt i tabell 3. For hver av de tre dikotome responsvariablene ble de samme kategorielle kovariatene brukt i regresjonen: kjønn, egne røykevaner, holdning til bruk av tid på samtaler om passiv røyking og subjektive oppfatninger av egen kunnskap på feltet, problemets relevans, legitimitet til intervensjon og grad av ubehag ved samtaler om røyking.

Sammenliknet med allmennleger som tar opp spørsmålet om passiv røyking, er det en signifikant overrepresentasjon av kvinner blant de 40 % som sier de aldri tar opp dette temaet. I denne gruppen er det også en signifikant overvekt av leger som mener slike samtaler tar for lang tid, som mangler forståelse for problemets relevans og som føler at de mangler rett til å intervensere (tab 3). Dette gjelder i tilfeller der legen ikke kjenner til om noen i husstanden røyker.

Tabell

	Tilfeller der legen ikke vet om noen i husstanden røyker		Tilfeller der legen vet at noen i husstanden røyker		Tilfeller der barnet har symptomer som kan knyttes til passiv røyking	
	Oddsratio for aldri å ta opp passiv røyking		Oddsratio for å ta opp passiv i røyking i færre enn 40 % av konsultasjonene		Oddsratio for å ta opp passiv røyking i færre enn 90 % av konsultasjonene	
	OR	KI	OR	KI	OR	KI
Prevalens (%)		40		30		27
Kjønn						
Menn	1,00		1,00		1,00	
Kvinner	1,68	(1,19 – 2,38)	0,87	(0,59 – 1,28)	0,82	(0,55 – 1,22)
Røykevaner						
Røyker aldri	1,00		1,00		1,00	
Røyker daglig	1,27	(0,70 – 2,34)	0,90	(0,47 – 1,72)	0,89	(0,46 – 1,75)
Røyker av og til	0,89	(0,52 – 1,55)	1,09	(0,61 – 1,94)	0,42	(0,20 – 0,88)
Forhenværende røyker	0,69	(0,46 – 1,04)	0,49	(0,31 – 0,81)	0,92	(0,59 – 1,43)
Slike samtaler tar for lang tid						
Helt uenig	1,00		1,00		1,00	
Ikke helt uenig	1,44	(1,02 – 2,03)	1,08	(0,74 – 1,58)	1,16	(0,79 – 1,72)
Jeg føler at jeg mangler kunnskap om helsefarene ved å utsette barn for tobakksrøyk						
Helt uenig	1,00		1,00		1,00	
Ikke helt uenig	0,96	(0,64 – 1,42)	1,28	(0,84 – 1,95)	1,77	(1,17 – 2,77)
Jeg er ikke overbevist om at dette er et relevant helseproblem						
Helt uenig	1,00		1,00		1,00	
Ikke helt uenig	1,95	(1,11 – 3,43)	1,87	(1,05 – 3,35)	2,83	(1,58 – 5,07)
Jeg føler ikke at leger har rett til å oppfordre pasienter til å endre røykevaner av hensyn til sine barn						
Helt uenig	1,00		1,00		1,00	
Ikke helt uenig	1,87	(1,08 – 3,21)	1,59	(0,91 – 2,80)	0,68	(0,37 – 1,23)

	Tilfeller der legen ikke vet om noen i husstanden røyker		Tilfeller der legen vet at noen i husstanden røyker		Tilfeller der barnet har symptomer som kan knyttes til passiv røyking	
	Oddsratio for aldri å ta opp passiv røyking		Oddsratio for å ta opp passiv i røyking i færre enn 40 % av konsultasjonene		Oddsratio for å ta opp passiv røyking i færre enn 90 % av konsultasjonene	
	OR	KI	OR	KI	OR	KI
Jeg synes det er ubehagelig å snakke om de konsekvenser folks røykevaner har for barna deres						
Helt uenig	1,00		1,00		1,00	
Ikke helt uenig	1,11	(0,76 – 1,61)	1,87	(1,26 – 2,78)	2,59	(1,74 – 3,84)
Antall	701		708		715	

Når denne modellen analyseres trinnvis, viser det seg at oddsen for at leger som røyker daglig skal unnlate å ta opp temaet sammenliknet med leger som aldri har røykt, reduseres fra 1,70 (1,04 – 2,74) i en bivariat modell som bare inneholder røykestatus til 1,27 (0,70 – 2,34) i den multivariate modellen. Det er særlig kovariablene ”problemforståelse” og ”rett til intervensjon” som bidrar til denne endringen. Dette betyr at det ikke er noen signifikant forskjell mellom røykerne og de røykfrie når vi kontrollerer for de forskjellige holdningskomponentene.

Den andre modellen viser odds for å være blant de 30 % av legene som i færre enn 40 % av konsultasjonene tar opp passiv røyking i situasjoner der de vet at foreldrene røyker. Her er det ingen signifikante kjønnsforskjeller. Forhenværende røykere har signifikant lavere odds enn referansegruppen (aldrirøykerne) for å tilhøre gruppen. Manglende problemforståelse og følelse av ubehag ved å snakke om konsekvenser av folks røykevaner har størst betydning.

Når barnet har symptomer som kan knyttes til passiv røyking, er det 27 % av allmennlegene som i færre enn 90 % av konsultasjonene råder foreldrene til å unngå å utsette barnet for tobakksrøyk. Den siste modellen viser odds for å være blant denne gruppen. Igjen er det manglende problemforståelse og følelse av ubehag som gir signifikante utslag, men også mangel på kunnskap om helsefarene ved å utsette barn for tobakksrøyk har betydning. Modellen viser dessuten at leger som røyker av og til, har signifikant lavere odds for å være i gruppen.

Diskusjon

Helsepersonell forutsettes å være godt informert om tobakkens skadevirkninger. De er også rollefigurer når det gjelder helseatferd og har endret sine røykevaner i større utstrekning enn befolkningen for øvrig (5).

Mens 74 % av de mannlige og 44 % av de kvinnelige legene røykte i 1952 (6), var andelene i 1993 redusert til henholdsvis 14 % og 8 % (5). Reduksjonen skyldes redusert nyrekruttering blant unge leger, men også at slutteraten (forhenværende røykere · 100 / røykere + forhenværende røykere) er betydelig høyere blant legene (5) enn i normalbefolkningen (7).

Livsfasen rundt svangerskap og den påfølgende omsorgsperioden for små barn er kartlagt som en livsfase hvor røykere ofte overveier å endre sine røykevaner (8, 9). En undersøkelse blant norske foreldre til tre år gamle barn i 1994 viste eksempelvis at 85 % av røykerne hadde forsøkt å endre sine røykevaner av hensyn til barnet (3). Selv om legene har klart å motivere seg selv til å slutte, har leger og annet helsepersonell i mindre grad klart å utnytte den motivasjon som allerede finnes blant småbarnsforeldre til å endre røykevaner av hensyn til barna (1).

Denne undersøkelsen har vist at hindringene for å ta opp røyking med foreldrene er av en slik art at det finnes forutsetninger for å kunne bryte barrierene ned. Et stort flertall av helsesøstre og jordmødre ser det som sin oppgave å snakke med foreldrene om barn og passiv røyking (tab 1). De mener også at de har tilstrekkelig kunnskap om helsefarene ved passiv røyking. Et klart mindretall mener at slike samtaler unngås fordi de tar for lang tid. Den viktigste hindringen er ubehaget ved å ta opp et emne som mange kanskje fortsatt anser tilhører privatlivet. Frykt for at slike samtaler skal indusere skyld og være moraliserende overfor pasientene, er observert av andre forskere (10) og er kanskje noe av årsaken til ubehaget. Bekymring for at introduksjon av temaet skal ødelegge en ellers god samtale, kan også være en årsak.

Flere enn åtte av ti helsesøstre erfarer imidlertid at foreldre som selv røyker, reagerer positivt når dette emnet kommer opp. Kun 6 % (N = 574) opplever nokså negative reaksjoner (ikke i tabellen). Ved å la denne informasjonen tilflyte helsepersonell vil kanskje flere bygge ned sin frykt for ubehag, flere vil kunne stimuleres til å gå inn i slike konsultasjoner og mange av disse vil da sannsynligvis erfare positive reaksjoner fra foreldrene. En slik emosjonell forsterker vil da i sin tur kunne danne et psykologisk grunnlag for nye samtaler.

Samtaleteknikk

En viktig barriere er det også at helsesøstre og jordmødre ikke vet hvordan de skal ta opp emnet med foreldrene (tab 1). I en undersøkelse fra Statens tobakksskaderåd oppgir fire av fem helsesøstre behov for økt kompetanse innen røykeavvenning, og to tredeler er interessert i å delta på kurs for å lære dette (11). Svensk forskning har dannet grunnlaget for tilnæringsmåter helsepersonell kan bruke til denne type samtaler (10, 12, 13). Metodene kjennetegnes av en samtale som tar utgangspunkt i pasientens egne refleksjoner rundt sine levevaner. Ved å stille åpne spørsmål som inviterer til dialog, unngår terapeuten trass og forsvarsreaksjoner fra klientene. Aktiv lytting, respekt og interesse skal gi pasientene økt selvfølelse og bedre forutsetninger for å ta stilling til sine livsvaner, for så eventuelt å etablere et grunnlag for endring av disse. Filmopptak av konsultasjoner har vist at helsepersonell i mange tilfeller kan ha en tilnærming til pasienten som induserer skyld, er normativ, kunnskapsorientert og fremmedgjørende (10, 12, 13).

Kurs, manualer og videoer basert på denne teknikken brukes i etterutdanningen av helsepersonell i Sverige når de skal lære å snakke med klienter om alkohol-, kostholds- og tobakksvaner. Kursene gjennomføres av Folkhälsoinstitutet i samarbeid med Cancerfonden og Hjärt- och lungfonden.

I Norge har Statens tobakksskaderåd i samarbeid med fylkeslegene implementert liknende kurs for helsepersonell i svangerskapskontrollen. Hvilken effekt materiell og kursing av helsepersonell har hatt for deres vilje og evne til å samtale med foreldre om passiv røyking, vil bli tatt opp i en forestående artikkel av forfatterne. Internasjonalt finnes det flere eksempler på at helsepersonell øker sitt engasjement i å endre røykevaner hos pasienter etter å ha vært igjennom opplæring (14 – 18) – selv etter kurs av varighet helt ned i to timer (19). Det er imidlertid også eksempler på at opplæring ikke fører til økt engasjement blant helsepersonell (20).

Leger som røyker

Leger som selv røyker daglig, engasjerer seg mindre enn andre leger i å forebygge sykdommer hos barn som skyldes passiv røyking (1). Det er likevel kun 8 % av de mannlige (N = 520) og 3 % av de kvinnelige (N = 207) allmennlegene i vår undersøkelse som røyker daglig. Sannsynligvis vil det derfor være større helsegevinster ved å implementere en intervensjon for hele populasjonen av leger i forhold til å rette oppmerksomheten kun mot ”risikogruppen”. Mye av effekten fra egne røykevaner kan dessuten forklares ved at røykerne har holdninger som har vist seg å påvirke omfanget av deres engasjement når det gjelder å ta opp passiv røyking i konsultasjoner med småbarnsforeldre (tab 3).

Tabell 2 viste at mangel på tid var den påstand flest leger ”ikke var helt uenige i” som årsak til at de unnlater å ta opp røyking med småbarnsforeldre. Mens 58 % var av denne oppfatningen, var det bare 10 % av legene som ”ikke var helt uenige i” at manglende overbevisning om problemets relevans førte til en neglisjering av temaet. For å kunne forklare variasjoner i legenes faktiske engasjement er imidlertid manglende problemforståelse viktigst i alle tre modeller i tabell 3. Mangel på tid er en signifikant prediktor kun i tilfeller hvor foreldrenes røykevaner er ukjente for legen. Selv om mangel på tid rent umiddelbart fremstår som en barriere for engasjement, tyder dette resultatet på at legene bare i begrenset grad lar denne oppfatningen styre deres faktiske engasjement.

Det er viktig å kartlegge årsaksfaktorene som hindrer innsats, for så å kunne etablere en strategi for å motivere helsepersonell. ”The readiness for change model” (21) vektlegger hvordan atferdsendring er et kontinuum av stadier som inkluderer ”precontemplation, contemplation, preparation, action and maintenance”. Denne teorien har tidligere vært benyttet for å studere hvordan leger forholder seg når de må innordne seg direktiver for cervixcytologiscreening. Her fant man at nærmere halvparten av legene var i ”precontemplation stage” og følgelig ikke var rede til å endre atferd. Ut fra teorien om ”learning and change” (22) ble de derfor tilført kunnskap om viktigheten av screening. Dette skapte så et misforhold mellom kunnskap og

atferd (dissonans), og produserte et psykologisk grunnlag for atferdsendring. Kanskje kan stadiemodellen også være en nyttig tilnæringsmåte i arbeidet med å bevege helsepersonell til å ta opp spørsmålet om røyking?

Andre barrierer

Det er et begrenset utvalg av årsaker til hindring som denne undersøkelsen fanger opp. Mye helsepersonell vil kanskje være av den oppfatning at det er unødvendig og overflødig å intervensere, all den tid foreldrene selv allerede har etablert foranstaltninger. En undersøkelse av 1 000 husstander med småbarn i 1994 viste at 71 % av røykerne rapporterte å ha regler for å begrense røyking innendørs (3). I 1998 svarte 71 % av befolkningen i alderen 16 – 74 år – 62 % av røykerne – at de ikke synes man bør tillate røyking i hjemmet når det er barn til stede. Bare fem år tidligere var andelen 53 % og 43 %. Andelen som sier de ikke tillater røyking i eget hjem, steg i samme periode fra 17 % til 42 % (23).

En annen kjent barriere for engasjement er forventninger om dårlig effekt av egen intervensjon (12, 24). En gjennomgang av forskningslitteratur viser eksempelvis at bare 4 – 8 % av konsultasjoner med røykere resulterer i at de slutter (25). Fordi helsepersonell er i kontakt med mange mennesker i løpet av et år, vil deres innsats likevel resultere i et betydelig tilslag av antall forhenværende røykere. Det er derfor viktig å synliggjøre resultatet på aggregatnivå for legene.

Konklusjon

Helsesøstre, jordmødre og leger ved helsestasjoner ser det som sin oppgave å samtale med foreldrene om helseeffektene passiv røyking kan ha for barn. Barrierene for å gjøre dette er følelsen av ubehag ved å ta emnet opp og at de ikke vet hvordan de skal snakke med foreldrene om problemet. Et klart flertall erfarer likevel positive reaksjoner når de samtaler med røykende foreldre om måter å forhindre at barn puster inn tobakksrøyk. Blant leger i allmennpraksis er mangelen på tid den største hindring, fulgt av ubehag ved å ta temaet opp og manglende kunnskap om helsefarene. Det synes å være et behov for å tilføre helsepersonell kompetanse i samtaleteknikk på dette området.

LITTERATUR

1. Lund KE, Andersen M, Bakke P, Gallefoss F, Helgason AR. S Snakker helsepersonell med småbarnsforeldre om passiv røyking? Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 1616 – 21.
2. Lund KE. Røykfritt småbarnsmiljø. Hva er barrierene for engasjement fra helsepersonell? I: Norsk Helse- og sosialforum. På tide å bryte grenser. Helse- og sosialpolitisk konferanse om forebyggende arbeid. Rapport. Oslo: Norsk Helse- og sosialforum, 1998: 11 – 2.

3. Lund KE, Skrondal A, Vertio H, Helgason AR. Children's residential exposure to environmental tobacco smoke varies greatly between the Nordic countries. *Scand J Soc Med* 1998; 2: 115 – 20.
4. International consultation on environmental tobacco smoke and child health. Consultation report. World Health Organization, Division of Noncommunicable Diseases, Tobacco Free Initiative. Genève: World Health Organization, 1999.
5. Aasland OG, Nylenna M. Leger som røyker. En undersøkelse av norske legers røykevaner og levevaner. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1997; 117: 332 – 7.
6. Kreyberg HJA. A study of tobacco smoking in Norway. *Br J Cancer* 1954; 8: 13 – 33.
7. Lund KE. Samfunnsskapte endringer i tobakksbruk i Norge i det 20. århundre. Doktoravhandling. Oslo: Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi, Universitetet i Oslo, 1996.
8. Haug K, Aarø LE, Fugelli P. Pregnancy – a golden opportunity for promoting the cessation of smoking? *Scand J Prim Health Care* 1994; 12: 184 – 9.
9. Eriksen W, Sørum K, Bruusgaard D. Is there an increased lability in parents' smoking behaviour after a childbirth? *Scand J Prim Health Care* 1996; 14: 86 – 91.
10. Arborelius E, Peterson B. Smoking discussions at the child health clinic. A passive, an advisory or a judgemental approach? *Scand J Caring Sci* 1996; 3: 169 – 74.
11. Hindal O, Wahlstrøm M. Helsestasjonenes tilbud om hjelp til røykeslutt og bruk av informasjonsmateriell om tobakk. Rapport. Oslo: Statens tobakksskaderåd, 1999.
12. Arborelius E, Krakau I, Bremberg S. Key factors in health counselling in the consultation. *Fam Pract* 1992; 4: 488 – 93.
13. Arborelius E, Osterberg E. How do GPs discuss subjects other than illness? Formulating and evaluating a theoretical model to explain successful and less successful approaches to discussing psychosocial issues. *Patient Educ Couns* 1995; 3: 257 – 68.
14. Strecher VJ, O'Malley MS, Villagra VG, Campbell EE, Gonzales JJ, Irons TG et al. Can residents be trained to counsel patients about quitting smoking? Results from a randomized trial. *J Gen Intern Med* 1991; 1: 9 – 17.
15. Ockene JK. Physician-delivered interventions for smoking cessation: strategies for increasing effectiveness. *Prev Med* 1987; 16: 723 – 37.
16. Kottke TE, Solberg LI, Brekke ML, Conn SA, Maxwell P, Brekke MJ. A controlled trial to integrate smoking cessation advice into primary care practice: Doctors Helping Smokers, Round III. *J Fam Pract* 1992; 34: 701 – 8.

17. Klein JD, Portilla M, Goldstein A, Leininger L. Training pediatric residents to prevent tobacco use. *Pediatrics* 1995; 96: 326 – 30.
18. Kosower E, Ernst A, Taub B, Berman N, Andrews J, Seidel J. Tobacco prevention education in a pediatric residency program. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1995; 149: 430 – 5.
19. Narce-Valente S, Kligman EW. Increasing physician screening and counseling for passive smoking. *J Fam Pract* 1992; 6: 722 – 8.
20. McIlvain HE, Sussman JL, Manners MA, Davis CM, Gilbert CS. Improving smoking cessation counseling by family practice residents. *J Fam Pract* 1992; 34: 745 – 9.
21. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol* 1983; 51: 390 – 5.
22. Fox RD, Mazmanian PE, Putman RW. A theory of learning and change. I: Fox RE, red. *Changing and learning in the lives of physicians*. New York, NY: Praeger, 1989: 161 – 75.
23. Tall om tobakk 1973 – 98. Rapport. Oslo: Statens tobakksskaderåd, 1999.
24. Cabana MD, Rand CS, Powe NR, Wu AW, Wilson MH, Abboud PAC et al. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. *JAMA* 1999; 282: 1458 – 65.
25. Metoder för rökavvenjning. Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik. Folkhälsoinstitutet. SBU-rapport nr 138. Stockholm: SBU, 1998.

Publisert: 30. mai 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 12. juni 2026.