
Norske sykehuslegers praksis ved røykeavvenning

KLINIKK OG FORSKNING

PER SIGVALD BAKKE

TORDIS BÖKER

THY THY DIEP

THOMAS GRYDELAND

PAAL ROAR METHLIE HANSEN

JAN CHRISTIAN BRØGGER

Lungeavdelingen
Haukeland Sykehus
5021 Bergen

FRODE GALLEFOSS

Lungeseksjonen
Medisinsk avdeling
Vest-Agder Sentralsykehus
4604 Kristiansand

Vi har liten kunnskap om i hvor stor grad norske sykehusleger spør pasientene om de røyker, og i så tilfelle hvilken hjelp til røykeavvenning legen tilbyr pasientene.

Et tilfeldig utvalg på 1 025 sykehusleger ble tilsendt et spørreskjema i posten etter at de 14 dager tidligere hadde fått et forvarsel om at spørreskjemaet ville komme. De som ikke svarte på spørreskjemaet, fikk tilsendt et purrebrev etter 14 dager. Totalt svarte 76 % av legene. En oppfølgingsundersøkelse av et

tilfeldig utvalg av dem som ikke svarte på spørreskjemaet, viste at responderne i større grad hadde regelmessig pasientkontakt i forhold til dem som ikke svarte.

Av legene som besvarte spørreskjemaet angav 98 % at de regelmessig tok opp røyking med pasienter som hadde røykerelatert sykdom. Dersom pasienten ikke hadde røykerelatert sykdom, var det tilsvarende tallet 73 %, (83 % blant kvinnelige leger og 69 % blant mannlige leger). Dersom legene visste at pasienten ønsket å slutte å røyke angav 25 % at de ofte anbefalte bruk av nikotinsurrogater. Mindre enn 7 % av legene delte ofte ut materiell til selvassistanse, henviste pasienten til deltakelse i røykeavvenningsgrupper eller forhandlet frem en sluttdato.

Studien antyder at sykehusleger hyppig spør pasientene om røykevanene deres, men at det er et stort potensial for forbedring når det gjelder legenes råd om røykeavvenning.

Røyking er den viktigste forebyggbare årsak til død i vestlige land. I Norge dør det hvert år 7 500 personer av røykerelaterte sykdommer (1). Dette utgjør 15 % av alle dødsfall i landet. Forekomsten av røykere i Norge er 32 % blant kvinner og 34 % blant menn i alderen 16 – 74 år (2). Mens andelen har vist en jevnt fallende tendens hos menn, har den vært stabil hos kvinner de siste 25 årene (2).

Flere studier har vist at et strukturert råd om røykeslutt fra lege dobler sjansen fra 3 % til 6 % for at pasientene er røykfrie etter 12 måneder (3). I Norge er minst 74 % av befolkningen over 16 år i årlig kontakt med lege (4). Legene har derfor en god mulighet til å nå store deler av befolkningen med råd om røykeavvenning.

En undersøkelse blant 5 000 personer i alderen 15 – 70 år blant den generelle befolkningen i Hordaland, viste at bare 30 % av røykerne angav at de av lege var blitt bedt om å slutte (5). Selv om man kan anta at en del røykere har fortrenget råd om røykeslutt, antyder det at norske leger i for liten grad gir råd om røykeslutt til sine pasienter.

Hensikten med denne studien var derfor å kartlegge i hvor stor grad norske leger spør pasientene om de røyker, og i så tilfelle hvilken hjelp til røykeavvenning legen tilbyr pasientene. Da en liknende studie var under gjennomføring blant norske allmennpraktikere, konsentrerte vi oss om sykehuslegene (K. Lund, Statens institutt for folkehelse, personlig meddelelse, 1999).

Materiale og metode

Populasjon

Ved hjelp fra Den norske lægeforening ble det trukket et utvalg av 1 025 norske leger som var ansatt i hovedstilling ved norske sykehus. Legene fikk tilsendt et brev i posten som forklarte at de var trukket ut til å delta i studien og at de etter

14 dager ville få tilsendt et spørreskjema i posten. Etter 14 dager fikk de så spørreskjemaet tilsendt sammen med et følgebrev der det ble gjort rede for hensikten med studien, og hvor det gikk frem at alle opplysninger ville bli behandlet konfidensielt og presentert på gruppebasis. Legene ble bedt om å fylle ut spørreskjemaet og returnere det i vedlagte ferdig adresserte og frankerte svarkonvolutt. De som svarte, ville delta i trekningen av en radio. De som ikke svarte, fikk tilsendt et purrebrev etter 14 dager med et nytt spørreskjema og en vedlagt ferdig adressert og frankert konvolutt. Av de 1 025 legene svarte henholdsvis 52 % og 24 % etter det initiale brevet og etter purrebrevet. Endelig svarprosent ble 76 % (784/1 025).

Blant de 241 legene som ikke svarte ble det trukket et tilfeldig utvalg på 100 leger som ble forsøkt kontaktet på telefonen av fire av forfatterne for at vi skulle skaffe oss et bilde av representativiteten til de legene som svarte i forhold til hele utvalget. Etter inntil fem forsøk per lege, klarte vi å komme i kontakt med 58 av de 100 legene. Disse svarte på skjemaet via telefonintervju.

Spørreskjemaet

Spørreskjemaet inneholdt 15 spørsmål om legenes holdninger og praksis med tanke på råd om røykeslutt til sine pasienter. Ordlyden i de spørsmålene som vil bli presentert i denne artikkelen er:

- 1 Dersom du undersøker en voksen pasient som ikke har røykerelaterte symptomer, spør du om vedkommende røyker?
- 2 Dersom du undersøker en voksen pasient som har røykerelaterte symptomer, spør du om vedkommende røyker?
- 3 Dersom du vet at pasienten røyker, informerer du vedkommende om de helsemessige fordeler som kan oppnås ved å slutte?
- For alle tre spørsmålene var svaralternativene: nei, aldri; og ja, omtrent % av tilfellene.
- 4 Hvis du vet at pasienten røyker og har et ønske om å slutte, hvor ofte tilbyr du hjelp/assistanse av typen nedenfor:
 - a) Jeg deler ut materiell til selvassistanse
 - b) Jeg tilbyr deltakelse i røykeavvenningsgruppe ved klinikken
 - c) Jeg foreviser pasienten til eksterne klinikken, eksperter for røykeavvenning
 - d) Jeg forhandler frem en sluttdato sammen med pasienten
 - e) Jeg anbefaler bruk av nikotinsurrogater (plaster/tyggegummi m.m.)
- Svaralternativene var ofte, noen ganger, sjelden og aldri.

I tillegg ble legene spurt om kjønn, alder og røykevaner, antall år siden de var uteksaminert fra medisinstudiet, hvilken spesialitet de for tiden arbeidet innen og til slutt om de hadde regelmessig kontakt med pasienter i sitt kliniske arbeid.

Statistikk

Andeler ble sammenliknet ved hjelp av khikvadrattest, gjennomsnittsverdier ble sammenliknet ved hjelp av t-test. Angivelsene av hvor ofte legene spør om røyking og informerer om røykestoppfordeler var ikke normalfordelte.

Bivariate sammenhenger mellom disse angivelsene og legens kjønn, alder, røykevaner og tid siden ferdig utdannet ble derfor undersøkt ved ikke-parametrisk korrelasjon, som gir Spearmans korrelasjonskoeffisient. For alle analysene ble det brukt et sannsynlighetsnivå på 5 %.

Resultater

En sammenlikning mellom de legene som svarte på skjemaet og de legene som ikke svarte, men som man oppnådde telefonisk kontakt med, er gitt i tabell 1. Blant dem som ikke svarte var det signifikant færre leger med regelmessig pasientkontakt og flere leger med røntgen- og laboratoriefag. Ellers varierte ikke gruppene signifikant med tanke på de andre variablene i tabell 1. I alt 90 av de legene som svarte på spørreskjemaet, hadde ikke regelmessig pasientkontakt og ble ekskludert fra videre analyser. Kvinnene var signifikant yngre og hadde vært kortere tid i praksis enn mennene. Andelen dagligrøykere var dobbelt så høy blant mannlige som blant kvinnelige sykehusleger (tab 2).

Tabell

Variabel	• De som svarte • n = 784	• De som ikke svarte • n = 58
Kjønn, menn (%)	67	77
Alder (år), gjennomsnitt (SD)	45 (10)	43 (8)
Tid siden ferdig utdannet lege (år), gjennomsnitt (SD)	19 (11)	16 (10)
Regelmessig kontakt med pasienter (%)	91	79
Røykevaner (%)		
Aldrirøykere	63	64
Eksrøykere	19	16
Dagligrøykere	7	8
Røykere, som røyker sjeldnere enn daglig	9	11
Spør om røyking ved ikke røykerelatert sykdom (%)	63	65
Spør om røyking ved røykerelatert sykdom (%)	81	90
Informasjon om fordeler ved å slutte hvis kjent med at pasienten røyker (%)	60	64

Variabel	<ul style="list-style-type: none"> • De som svarte • n = 784 	<ul style="list-style-type: none"> • De som ikke svarte • n = 58
Spesialitet (%)		
Indremedisin, revmatologi	21	12
Kirurgi	16	12
Nevrologi	3	0
Øre-nese-hals, øye, hud, venerea	4	6
Gynekologi	5	6
Psykatri	12	9
Røntgen, laboratoriefag	9	33
Pediatri	5	4
Andre	17	18
Ukjent	7	0

Tabell

Variabel	<ul style="list-style-type: none"> • Menn • n = 482 	<ul style="list-style-type: none"> • Kvinner • n = 212
Alder (år), gjennomsnitt (SD)	47 (10)	40 (9)
Tid siden ferdig utdannet lege (år) gjennomsnitt (SD)	20 (10)	13 (8)
Røykevaner (%)		
Aldrirøykere	59	74
Eksrøykere	23	14
Dagligrøykere	8	4
Røykere som røyker sjeldnere enn daglig	10	7
Spesialitet (%)		
Indremedisin, revmatologi	23	25
Kirurgi	22	8
Nevrologi	4	3
Øre-nese-hals, øye, hud, venerea	5	3
Gynekologi	5	10
Psykatri	10	18

Variabel	• Menn • n = 482	• Kvinner • n = 212
Røntgen, laboratoriefag	4	4
Pediatri	5	8
Andre	17	17
Ukjent	5	0

Dersom pasienten har en røykerelatert sykdom, angav 98 % av legene at de spør pasienten om hans/hennes røykevaner. Legene oppgav å gjøre det i gjennomsnittlig 92 % (SD 19 %) av tilfellene (tab 3). Dersom pasienten ikke har en røykerelatert sykdom, angav 73 % av legene at de spør etter røykevanene. Gjennomsnittlig 66 % (SD 29 %) av disse pasientene blir spurt. Dersom pasienten ikke har en røykerelatert sykdom, angav signifikant flere kvinnelige leger at de spør om røyking sett i forhold til mannlige leger (tab 3).

Tabell

Variabel	N	• Spør om røyking ved røykerelatert sykdom • (%)	• Spør om røyking ved ikke-røykerelatert sykdom • (%)	• Informerer om fordelene å slutte • (%)
<i>Kjønn</i>				
Menn	482	95	69	91
Kvinner	212	92	83	89
<i>Alder (år)</i>				
25 – 39	207	98	81	93
40 – 54	266	93	69	91
≥ 55	107	91	69	87
<i>Tid siden ferdig utdannet (år)</i>				
< 15	274	96	80	90
15 – 29	263	94	69	91
≥ 55	119	92	68	87
<i>Røykevaner</i>				
Aldrirøyker	439	95	74	90
Eksrøyker	139	94	70	90

Variabel	N	• Spør om røyking ved røykerelatert sykdom	• Spør om røyking ved ikke-røyke-relatert sykdom	• Informerer om fordeler ved å slutte
		• (%)	• (%)	• (%)
Dagligrøyker	47	98	74	89
<i>Spesialitet (%)</i>				
Indremedisin, revmatologi	164	99	88	98
Kirurgi	125	100	66	95
Nevrologi	27	100	81	95
Øre-nese-hals, øye, hud, venerea	33	97	39	94
Gynekologi	41	100	85	100
Psykatri	87	90	71	82
Røntgen, laboratoriefag	28	71	25	64
Pediatri	38	96	52	71
Andre	118	97	83	89

Blant de legene som angav at de spurte om pasientens røykevaner ved ikke-røykerelatert sykdom, svarte kvinner at de gjør det i større andel av tilfellene enn menn og eldre at de gjør det i større grad enn yngre kolleger (tab 4). En motsatt tendens ble observert for de legene som angav at de informerte om helsefordeler ved å slutte å røyke. Her opplyste mannlige sykehusleger at de gjorde dette oftere enn kvinnelige sykehusleger, og yngre oftere enn eldre (tab 4).

Tabell

Variabel	Spør om røyking ved røykerelatert sykdom		Spør om røyking ved ikke-røyke-relatert sykdom		Informerer om fordeler ved å slutte	
	rho	P-verdi	rho	P-verdi	rho	P-verdi
Kjønn						
Menn versus kvinner	0,03	0,446	0,133	0,003	-0,081	0,051
Alder	0,052	0,233	0,106	0,03	-0,188	0,01
År siden utdannet	0,024	0,559	0,089	0,054	-0,195	0,01

Variabel	Spør om røyking ved røykerelatert sykdom		Spør om røyking ved ikke-røyke-relatert sykdom		Informerer om fordeler ved å slutte	
	rho	P-verdi	rho	P-verdi	rho	P-verdi
Røykevaner						
Dagligrøykere versus aldri- og eksrøykere	-0,043	0,281	-0,069	0,12	0,021	0,620

Dersom legene visste at pasienten ønsket å slutte å røyke, angav 6 % eller færre av dem at de ofte delte ut materiell til selvassistanse, henviste pasienten til deltakelse i røykeavvenningsgrupper eller forhandlet frem en sluttdato. En av fire leger angav at de ofte anbefalte bruk av nikotinsurrogater (tab 5). Kombinasjonen av ofte å dele ut materiell til selvassistanse, henviser til røykeavvenningsgrupper, forhandle frem sluttdato og anbefale nikotinsurrogater ble angitt av 1 % av legene.

Tabell

	Ofte (%)	Noen ganger (%)
Tilbyr du materiell til selvassistanse?	6	19
Tilbyr du deltakelse i røykeavvenningskurs?	2	8
Henviser du til eksterne klinikker/spesialister i røykeavvenning?	5	15
Forhandler du frem en sluttdato sammen med pasienten?	4	12
Anbefaler du bruk av nikotinpreparater?	24	41

Mannlige sykehusleger svarte hyppigere enn kvinnelige at de ofte eller noen ganger delte ut materiell til selvassistanse (28 % versus 18 %, $p < 0,05$). Kolleger yngre enn 55 år angav hyppigere enn de 55 år eller eldre at de ofte eller noen ganger anbefalte nikotinsurrogater (68 % versus 53 %, $p < 0,01$). Svarene på hvor ofte ulike typer assistanse ved røykeslutt ble tilbudt, varierte ellers ikke signifikant med legenes kjønn, alder, egne røykevaner eller tid siden de var ferdig utdannet lege.

Diskusjon

Studien viser at sykehuslegene i stor grad spør om røyking hos pasienter med røykerelatert sykdom. Hvis pasienten ikke har røykerelatert sykdom, er legene mindre interessert i pasientens røykevaner. En av fire leger angir da at de aldri

spør om pasienten røyker. Aktive tiltak fra sykehuslegens side overfor pasienter som ønsker å slutte er sparsomme.

Svarene på spørreskjemaene er ikke validert blant sykehusleger. Spørsmålene er forholdsvis ukontroversielle, men vi antar at legene gjerne vil fremstille seg selv i et best mulig lys. Tallene representerer trolig et brukbart estimat for norske sykehuslegers atferd med tanke på å spørre etter pasientens røykevaner og tiltak for å hjelpe dem som ønsker å slutte.

Så langt vi kjenner er dette den første studien der man undersøker sykehuslegers praksis i forbindelse med å få pasientene til å slutte å røyke. Tidligere studier (6) har konsentrert seg om leger i primærhelsetjenesten. Vi mener at også sykehusleger bør delta aktivt i røykeavvenningsarbeid. Sykehusleger utgjør 56 % av legene i Norge. Omtrent 30 % av befolkningen er årlig innlagt i sykehus eller til poliklinisk konsultasjon (E. Mogseth, SINTEF Unimed Norsk pasientregister, personlig meddelelse, 1999). Sykehuslegene representerer således et stort potensial når det gjelder å få befolkningen til å slutte å røyke.

Sykehuslegene er flinke til å spørre om røyking ved røykerelatert sykdom, men potensial for forbedring er til stede hos pasienter som ikke har røykerelatert sykdom. Det å ta opp røyking med pasienten kan bidra til å bevege røykere som er usikre på om de vil slutte, over i gruppen av røykere som ønsker å slutte.

Kvinnelige leger angav hyppigere at de tok opp røykevanene hos pasienter med ikke-røykerelatert sykdom enn det mannlige kolleger gjorde. Dette kan skyldes at kvinner kanskje er mer samvittighetsfulle enn menn. Imidlertid informerte kvinnelige leger om fordeler ved å slutte å røyke hos en mindre andel av pasientene i forhold til mannlige leger.

Med tanke på alderstrender fant vi motstridende tendenser. Av dem som tok opp røyking ved ikke-røykerelatert sykdom forekom dette oftere med økende alder hos legen, mens yngre kolleger i større grad informerte om fordelene ved å slutte (tab 4). Imidlertid er korrelasjonskoeffisientene små, og resultatene må derfor tolkes forsiktig. Basert på egen erfaring var vår hypotese at yngre kolleger ville være langt mer aktive i røykeavvenning enn eldre. Når vi ikke fant en slik tendens, kan det skyldes flere forhold. For det første kan man tenke seg at eldre kolleger er rollemodeller for yngre, slik at yngre leger raskt etter ankomst i avdelingen slutter å ta opp røykeavvenning med pasientene. For det andre kan det gjenspeile det forhold at dagens medisinske studenter har lite undervisning i røykeavvenning.

Studien viste at legene i liten grad tilbyr hjelp til pasienter som ønsker å slutte. Å forskrive eller anbefale medikamenter i form av nikotinsubstitusjonsmidler er det hyppigste anførte tiltak (tab 5). Flere studier har vist at bruk av nikotinsubstitusjonsbehandling har effekt (7). Effekten er imidlertid størst ved samtidig bruk av annen intervensjon (3). Dette gjøres imidlertid bare i liten grad av norske sykehusleger. At så få leger henviser til røykeavvenningskurs, skyldes sannsynligvis i stor grad at tilbudet ikke eksisterer. Imidlertid vil det være vanskelig å tilby røykeavvenningskurs til alle røykere. Enkle tiltak, som å dele ut materiell til selvassistanse samt forhandle frem en sluttdato, vil være billigere og vil kunne nå flere røykere. At legene gjør dette i så liten grad, kan skyldes manglende kompetanse, manglende følelse av at dette arbeidet er

sykehuslegens ansvar eller manglende tid. Man vet imidlertid at et kort, strukturert råd om røykeavvenning fra legen har effekt (8). Det bør derfor satses på å få sykehusleger til å ta opp røyking med alle pasienter og tilby hjelp til røykere som ønsker å slutte.

Studien ble støttet økonomisk av Landsforeningen for Hjerte- og Lungesyke, Den Norske Kreftforening og Pharmacia & Upjohn.

LITTERATUR

1. Sanner T, red. Helsekonsekvenser av røyking. En rapport fra helseministeren. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 1992.
 2. Statens tobakksskaderåd. Bruk av tobakk i Norge.
www.tobakk.no/statistikk.
 3. Raw M, McNeill A, West R. Smoking cessation guidelines for health professionals. A guide to effective smoking cessation interventions for the health care system. *Thorax* 1998; 3 (suppl 5): 1 – 19.
 4. Statistisk sentralbyrå. Levekårsundersøkelsen 1998.
www.ssb.no/emner/03/01/helseforhold/tab-1999-07-28-02.html.
 5. Bakke P, Gulsvik A, Eide GE, Hanao R. Smoking habits and lifetime occupational exposure to gases or dusts, including asbestos and quartz, in a Norwegian community. *Scand J Work Environ Health* 1990; 16: 195 – 202.
 6. Raw M, McNeill A, West R. Smoking cessation: evidence based recommendations for health care systems. *BMJ* 1999; 318: 182 – 5.
 7. Tonnesen P, Paoletti P, Gustavsson G, Russell MA, Saracci R, Gulsvik A et al. Higher dosage nicotine patches increase one-year smoking cessation rates: results from the European CEASE trial. Collaborative European Anti-Smoking Evaluation. European Respiratory Society. *Eur Respir J* 1999; 13: 238 – 46.
 8. Russel MA, Wilson C, Taylor C, Baker CD. Effect of general practioners' advice against smoking. *BMJ* 1979; 2: 231 – 5.
-

Publisert: 30. mai 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 15. juni 2026.