

# Røykeintervensjon og hindringer for dette blant fastleger i Vest-Agder

**Bakgrunn.** Målet med denne studien var å vurdere grad av røykeintervensjon blant fastleger i Vest-Agder (N = 147) og hindringer for slik røykeintervensjon. Det ble gjort ved en spørreskjemaundersøkelse høsten 2001.

**Materiale og metode.** Spørreskjemaet var identisk med det som ble brukt i en landsomfattende undersøkelse i 1999.

**Resultater.** Svarprosenten var 72. Hvis en røyker ikke hadde røykerelaterte symptomer, spurte fastlegene i Vest-Agder om røykevaner i gjennomsnittlig bare 30 % av tilfellene. Hvis pasientene hadde røykerelaterte symptomer, spurte de i gjennomsnittlig 95 % av tilfellene. Hvis fastlegene i Vest-Agder visste at pasienten røykte, informerte de om fordelene ved å slutte i gjennomsnittlig 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. Om trent to tredeler av fastlegene sa at de tok opp røyking med sine pasienter hyppigere nå enn to år tidligere.

**Fortolkning.** Forutsatt at Vest-Agder var et gjennomsnittsfylke når det gjelder røykeintervensjon blant allmennleger i 1999, var intervensjonsraten overfor røykere uendret de siste to årene, men de opplevde hindringene i arbeidet syntes å være mindre. Det er en klar trend at disse hindringene opplevdes som mindre i 2001 enn i 1999 jo nærmere man kom praktisk arbeid med røykeslutt.

I det tobakksforebyggende arbeidet har man i Norge vært gode på prispolitikk og lovgivning, men har ellers ikke markert seg på noen spesiell måte når det gjelder opplysningsvirksomhet og røykeavvenning. Dette er i ferd med å endre seg. I 2000 ble det innført en egen takst for røykeavvenning i allmennpraksis. Samtidig lanserte Legeforeningen et eget program for individuell røykeavvenning i allmennpraksis.

I 1999, før innføring av takst og røykeavvenningsprogram, foretok Helgason & Lund (1) en spørreundersøkelse blant ca. 1 000 norske allmennleger hvor nettopp dette ble

---

**Frode Gallefoss**

*frode.gallefoss@vas.no*  
Lungeseksjonen, Medisinsk avdeling,  
Vest-Agder Sykehus  
4604 Kristiansand

**Kjetil Drangsholt**

Vest-Agder råd for folkehelse  
Vestre Strandgate 23  
4601 Kristiansand

---

Gallefoss F, Drangsholt K.

## Smoking enquiry rate and barriers for tobacco prevention among general practitioners in Vest-Agder county

*Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2608–11*

**Background.** The aim of this study was to evaluate enquiry about smoking and to identify the barriers to engaging in tobacco prevention among general practitioners (n = 147) in Vest-Agder county, Norway in 2001.

**Material and methods.** The questionnaire was basically the same as used in a national survey in 1999.

**Results.** If the patient did not have smoking related symptoms, GPs enquired about smoking in only 30 % (mean) of cases. If the patient had such symptoms, the enquiry rate was 95 %. If GPs were aware of their patients' smoking habits, they informed about the advantages of quitting smoking in approximately 2/3 (mean) of cases. Few engaged in smoking cessation support. The main experienced barrier to engage in smoking cessation was that it was time consuming. Half of the GPs would have preferred to refer those who wanted to quit to experts in smoking cessation. Approximately two thirds answered that they enquired more frequently about smoking habits in 2001 than in 1999, but survey data from 1999 suggests that enquiry rates remained unchanged from 1999 to 2001.

**Interpretation.** GPs enquired possibly more frequently about smoking habits in 2001 than in 1999. The main barriers to engaging in tobacco prevention were considered smaller the more the GPs approached practical smoking cessation work.

---

vurdert. Vest-Agder råd for folkehelse ønsket å gjøre en liknende undersøkelse i fylket høsten 2001 for å vurdere status og avdekke problemer i røykeavenningsarbeidet. Hovedspørsmålene i denne undersøkelsen er de samme som ble benyttet i en landsomfattende studie i 1999 av henholdsvis allmennleger (1) og sykehusleger (2). Forutsatt at Vest-Agder var et gjennomsnittsfylke når det gjelder røykeintervensjon blant allmennleger i 1999, kan man også anse forskjeller mellom resultatene fra 1999 og fra 2001 som endringer over tid.

## Materiale og metode

Forarbeidet til spørreskjemaformingen er tidligere beskrevet i detalj av Helgason & Lund (1) og inkluderer dybdeintervju, pilotundersøkelse og oversettelse. Skjemaene er også tidligere benyttet i liknende undersøkelser blant sykehusleger (2). Store deler av samme skjema ble benyttet i den aktuelle spørreundersøkelsen, med tillegg av enkelte spørsmål vedrørende endring og påvirkning av røykeintervensjon de siste to år.

Spørsmål og svaralternativer som vurderer fastlegens praksis og hindringer i røykeintervensjonen, fremgår av forklaringer i tabellene der svarene presenteres. Først spør man om røykeintervensjonspraksis i eget arbeid, så om hva legen opplever som hindringer i dette arbeidet. Svarene er fremstilt kategorisert etter forklaringer i hver tabell.

Spørreskjemaer ble utsendt med frankert svarkonvolutt av Agderforskning, Kristiansand, til alle allmennleger i Vest-Agder (N = 147) i oktober 2001, og puring ble foretatt tre uker senere. Returnerte svarark ble optisk lest og dataene lagt inn i SPSS 10.0 (SPSS Inc., Chicago, USA) for statistisk bearbeiding.

## Statistikk

Khikvadrattest ble benyttet for kategoriske variabler. Data fra Helgason & Lunds studie (1) ble testet i forhold til våre data med programmet Sample Power, versjon 10 (SPSS Inc, Chicago, USA), forutsatt 80 % teststyrke ( $\beta = 0,2$ ), statistisk signifikans ( $\alpha < 0,05$  med tosidig test og at begge kohorter hadde samme utvalgsstørrelse som i undersøkelsen i Vest-Agder. Forskjell i intervensjonsrate overfor personer med og personer uten røykerelaterte symptomer ble testet med parett-test, og enkelte prosentvise forskjeller mellom forskjellige behandlingsalternativer ble testet med McNemars test.

## Resultater

Svarandelen var 72 % (106/147). Gjennomsnittsalder ( $\pm$  SD) for fastlegene i Vest-Agder er 47 år ( $\pm 9$  år). 10 % er utdannet før 1970, 40 % i perioden 1970–79, 31 % i perioden 1980–89 og 19 % etter 1990. Karakteristika for fastlegene i Vest-Agder i 2001 synes sammenliknbare med landsgjennomsnittet for allmennlegene i Norge i 1999 (1) (tab 1) når det gjelder svarprosent, kjønnsfordeling og røykevaner.

Hvis en voksen pasient ikke hadde røykerelaterte symptomer, spurte fastlegene om røykevaner i underkant av en tredel av tilfel-

lene (fig 1). 13 % av fastlegene spurte i slike tilfeller ikke om røykevaner, mens 88 % av fastlegene spurte om røykevaner i under halvparten av tilfellene. Hvis pasienten hadde røykerelaterte symptomer, svarte alle fastlegene at de spurte om røykevaner og i gjennomsnitt i 95 % av tilfellene (fig 1), hvorav ca. to tredeler i slike tilfeller spurte hver eneste pasient. At samtaler om røyking tar mye tid, syntes å være den største hindring for å spørre (tab 2).

Intervensjonsraten synes å være sammenliknbar i de to utvalgene, men man får et gjennomgående inntrykk av at hindringene for å spørre om røykevaner var noe mindre i Vest-Agder i 2001 enn for landsgjennomsnittet i 1999 (tab 2), men det er statistisk signifikante forskjeller kun når det gjelder legens selvopplevde oppgave i røykeavvenningsarbeidet.

Hvis man så visste at en pasient røykte, svarte fastlegene (tab 3) at de informerte om de helsemessige fordelene ved å slutte å røyke i gjennomsnittlig to tredeler av tilfellene. To tredeler av fastlegene spurte i slike tilfeller i over to tredeler av tilfellene. Når man ber om begrunnelser for mulige hindringer for å informere om helsefordelene ved å slutte å røyke, er det igjen tidsbruken som oppfattes som mest problematisk.

Det er et gjennomgående inntrykk også her at fastlegene i Vest-Agder opplever mindre hindringer enn landsgjennomsnittet av allmennleger gjorde i 1999. Spesielt synes fastlegene i Vest-Agder i 2001 å definere sin oppgave i røykeavvenningsarbeidet klarere, og de synes det er mindre ubehagelig å ta opp temaet enn det var for landsgjennomsnittet i 1999.

Når det gjelder praktisk hjelp til røykeslutt til en røyker som er motivert for røykestopp (tab 4), så delte ca. en tredel ut materiell til selvassistanse. Det synes ikke å være sikre forskjeller mellom gruppene i 1999 og 2001. Bupropion (Zyban) ble anbefalt oftere enn nikotinsurrogater av fastlegene i Vest-Agder ( $p < 0,001$ , McNemars test). Når det gjelder mulige hindringer for å tilby hjelp til å slutte å røyke, så var tidsbruken fremdeles en viktig årsak, og nesten halvparten ønsket at de kunne henvist røykere til spesialister innen røykeavvenning. Men det er en gjennomgående statistisk signifikant trend at fastleger i Vest-Agder opplevde færre slike hindringer enn landsgjennomsnittet gjorde i 1999. Over 90 % av fastlegene syntes nå det var deres oppgave å hjelpe folk med å slutte å røyke, mot ca. to tredeler i undersøkelsen fra 1999.

Omtrent to tredeler av fastlegene i Vest-Agder sa at de tok opp røyking med sine pasienter hyppigere nå enn to år tidligere, og omtrent halvparten mente at taksten for røykeavvenning har bidratt til å øke røykeintervensjonen (tab 5). Legemiddelindustriens engasjement i røykeavvenning syntes å være svært verdifullt når det gjelder å øke røykeintervensjonen, og Legeforeningens røy-

**Tabell 1** Karakteristika ved allmennleger i Vest-Agder sammenliknet med landsgjennomsnitt for tilsvarende undersøkelse i 1999

	Vest-Agder 2001 (n = 106) Prosent	Norge 1999 (n = 746) Prosent
Svarprosent	72	74
Andel kvinner	26	28
Aldri-røykere	68	62
Eksrøykere	20	21
Dagligrøykere	3	8
Av-og-til-røykere	10	10

**Tabell 2** Spørsmål om røykevaner: Hva er hindringene for å spørre om røykevaner?

	Vest-Agder 2001 (n = 106) Prosent	Norge 1999 (n = 746) Prosent
Samtaler omkring røyking tar ofte for lang tid	44	60
Jeg føler at jeg mangler kunnskap om emnet	10	25
Det er ikke min oppgave å diskutere folks røykevaner	9	29 <sup>1</sup>
Jeg er ikke overbevist om at røyking er et stort helseproblem	0	7
Jeg synes det er ubehagelig å spørre folk om deres røykevaner	18	33

<sup>1</sup>P < 0,01 (khi-kvadrat)

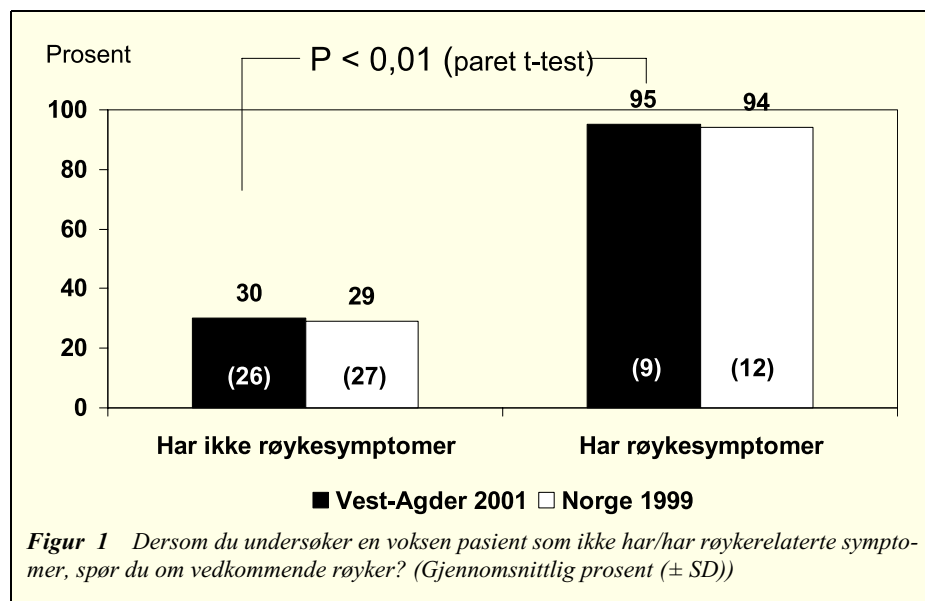
Spørsmål: Følgende begrunnelser er blitt foreslått som mulige hindringer for at leger vil spørre om den voksne pasienten røyker. Svar med utgangspunkt i ditt eget arbeid. Svaralternativene: helt enig, litt enig, litt uenig, helt uenig. Svarene presenteres som prosent som er «helt» eller «litt enig»

keavvenningsprogram ble også verdsatt av mange. Fastlegenes opplevde effekt av nikotinpreparater og bupropion, som gjør at røykere lettere blir røykfrie, kan slik det er fremstilt (tab 5) vurderes som likeverdige. Henholdsvis 81 % og 15 % av fastlegene syntes nikotinpreparater har «litt betydning» eller «stor betydning». De tilsvarende tall for bupropion er 46 % og 47 %, mens 7 %

mente bupropion var av «svært stor betydning». Således mente 54 % av fastlegene at bupropion er av «stor» eller «svært stor betydning» sammenliknet med 15 % for nikotinpreparater ( $p < 0,001$ , McNemars test).

## Diskusjon

Hvis en pasient ikke hadde røykerelaterte symptomer, spurte fastlegene i Vest-Agder



**Tabell 3** Om å informere om fordeler ved å slutte å røyke

	Vest-Agder 2001 (n = 106)	Norge 1999 (n = 746)
<b>Praksis</b>		
Spørsmål: Dersom du vet at pasienten røyker, informerer du vedkommende om de helsemessige fordelene som kan oppnås ved å slutte? Svaralternativene: Nei, ja, i omtrent X % av tilfellene. Gjennomsnittlig prosent ( $\pm$ SD)	68 ( $\pm$ 27)	67 ( $\pm$ 27)
<b>Hindringer</b>		
Spørsmål: Følgende begrunnelser er blitt foreslått som mulige hindringer for at leger vil informere voksne pasienter om helsefordelene ved å slutte å røyke. Svar med utgangspunkt i ditt eget arbeid. Svaralternativene: helt enig, litt enig, litt uenig, helt uenig. Svarene presenteres som prosent som er «helt» eller «litt enig»	Prosent	Prosent
Samtaler omkring røyking tar ofte for lang tid	53	63
Jeg føler at jeg mangler kunnskap om emnet	11	25
Det er ikke min oppgave å diskutere folks røykevaner	7	28 <sup>1</sup>
Jeg synes ikke at leger har rett til å ta initiativ til å informere pasienter om eventuelle positive eller negative konsekvenser av deres livsstil	5	22 <sup>1</sup>
Jeg synes det er ubehagelig å spørre folk om deres røykevaner	17	36 <sup>2</sup>
Jeg er ikke overbevist om at røyking er et stort helseproblem	0	6

<sup>1</sup>P < 0,01 (khikvadrat)<sup>2</sup>P < 0,05 (khikvadrat)

om røykevaner gjennomsnittlig i bare 30 % av tilfellene. Hvis det var røykerelaterte symptomer, spurte de i gjennomsnitt i 95 % av tilfellene. Dersom fastlegene i Vest-Agder visste at pasienten røykte, informerte

de om fordelene ved å slutte i gjennomsnittlig to tredeler av tilfellene. En tredel av fastlegene svarte at de ofte leverte ut materiell til selvassistanse, ca. en tredel at nikotinsurrogater ofte ble anbefalt og 50 % at de ofte an-

befalte bupropion. Den største hindringen for å ta opp røyketemaet var at det tok mye tid. Halvparten ville foretrekke å kunne henvise røykere til spesialister innen røykeslutt.

Forutsatt at Vest-Agder var et gjennomsnittsfylke ved undersøkelsen i 1999 (1), syntes intervensjonsraten overfor røykere å være uendret de siste to årene. Samtidig svarte de fleste fastlegene at de tok opp røyking hyppigere med sine pasienter i 2001 enn i 1999. Hindringene i arbeidet syntes å være klart redusert fra 1999 til 2001, og dette var mer uttalt jo nærmere man kom praktisk arbeid med røykeslutt.

I hovedsak kan man si at fastlegene i Vest-Agder i liten grad spurte om røykevaner hos pasienter som ikke hadde røykerelaterte symptomer, mens intervensjonsraten overfor røykere med røykerelaterte symptomer syntes å være god. Således syntes den jevne fastlege å være orientert mot sekundærforebyggende og ikke primærforebyggende røykearbeid. Dette kan ha flere årsaker. For det første kunne røykeavvenningstaksten på dette tidspunkt kun benyttes ved «individuell strukturert røykeavvenning etter anerkjent program som ledd i behandling av sykdom» én gang per pasient per år. Taksten dekket derfor, slik den ble oppfattet, ikke primærforebyggende røykeavvenningsarbeid og kunne sannsynligvis ikke benyttes overfor en røyker som kom til fastlegen med flis i fingeren. Man kan derfor hevde at registrert praksis blant fastlegene var i overensstemmelse med innført takst, og den syntes heller ikke å ha endret seg etter at taksten ble innført.

For det andre kunne det at dette var tidkre-

**Tabell 4** Om å tilby hjelp til røykeslutt

	Vest-Agder 2001 (n = 106) Prosent	Norge 1999 (n = 746) Prosent
<b>Praksis</b>		
Spørsmål: Hvis du vet at pasienten røyker og har et ønske om å slutte, hvor ofte tilbyr du hjelp/assistanse av typen nedenfor? Svaralternativene: ofte, noen ganger, sjelden, aldri. Svarene presenteres som prosent som «ofte» tilbyr		
Jeg deler ut materiell til selvassistanse	32	26
Jeg tilbyr deltakelse i røykeavvenningsgruppe	9	4
Jeg henviser pasienten til eksterne klinikker/eksperter for røykeavvenning	5	4
Jeg forhandler frem en sluttdato sammen med pasienten	9	6
Jeg anbefaler bruk av nikotinsurrogater (plaster/tyggegummi m.m.)	29 <sup>1</sup>	40
Jeg anbefaler bruk av Zyban	52	–
<b>Hindringer</b>		
Følgende begrunnelser er blitt foreslått som mulige hindringer for at leger tilbyr voksne pasienter hjelp til å slutte å røyke. Ta utgangspunkt i ditt eget arbeid. Svaralternativene: helt enig, litt enig, litt uenig, helt uenig. Svarene presenteres som prosent som er «helt» eller «litt enig».		
Denne type arbeid er ikke verdt innsatsen fordi så få pasienter klarer å slutte selv om de skulle få hjelp	39	71 <sup>2</sup>
Samtaler om røykeslutt tar ofte for lang tid	45	68 <sup>2</sup>
Jeg ville foretrekke å kunne henvise røykere til spesialister innen røykeslutt	46	71 <sup>2</sup>
Jeg føler at jeg mangler kunnskap om emnet	14	42 <sup>2</sup>
Jeg anser det ikke som min oppgave å hjelpe folk med å slutte å røyke	7	34 <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Testet mellom andeler som «ofte» anbefaler hhv. nikotinsurrogater og Zyban (p < 0,001, McNemars test)<sup>2</sup> P ≤ 0,01 (khikvadrat)

**Tabell 5** Om endring i røykeintervensjon de siste 2 år

	Vest-Agder 2001 n = 106 Prosent
	Prosent som svarer «litt» eller «mye hyppigere» <sup>1</sup>
I hvor stor grad tar du opp røyking med dine pasienter nå i forhold til for to år siden?	65
	Prosent som svarer «litt», «stor» eller «svært stor betydning» <sup>2</sup>
I hvilken grad mener du taksten for røykeavvenning har bidratt til å øke din grad av røykeintervensjon som lege?	47
I hvilken grad mener du legemiddelindustriens engasjement i røykeavvenning har bidratt til å øke din grad av røykeintervensjon som lege?	90
I hvilken grad mener du Legeforeningens røykeavvenningsprogram har bidratt til å øke din grad av røykeintervensjon som lege?	66
I hvilken grad mener du at nikotinpreparatene som brukes ved røykeavvenning har en effekt som gjør at røykere lettere blir røykfrie?	96
I hvilken grad mener du at Zyban som brukes ved røykeavvenning har en effekt som gjør at røykere lettere blir røykfrie?	99
I hvilken grad mener du helsemyndighetenes røykeforebyggende arbeid har betydning for din egen praksis?	87

<sup>1</sup> Svaralternativene: «sjeldnere», «uendret», «litt hyppigere», «mye hyppigere»

<sup>2</sup> Svaralternativene: «ingen betydning», «litt betydning», «stor betydning», «svært stor betydning»

vende, gjøre at legen tenderte til å bruke tid på dem som virkelig trengte det, altså de som hadde røykerelaterte symptomer.

Når det gjelder hindringene i arbeidet med røykestopp, syntes tidsfaktoren å være av størst betydning. Men i det praktiske røykestopparbeidet ble hindringen opplevd som noe mindre i vår undersøkelse i 2001 enn i undersøkelsen fra 1999. Samtidig svarte betydelig færre at manglende kunnskap om emnet var et hinder, og langt flere enn i 1999 sa at det er fastlegens oppgave å hjelpe folk med å slutte å røyke. Dette kan bety at fastlegene har fått mer kunnskap om røykeavvenning de siste årene og dermed merker at arbeidet går lettere og raskere. Det virker også som de følte et større ansvar for å drive røykeavvenning. Det er sannsynlig at legemiddelindustriens engasjement og Legeforeningens røykeavvenningsprogram kan ha bidratt. Man bør merke seg at omtrent halvparten av fastlegene mente det ville vært å foretrekke hvis de kunne henvise røykerne til spesialister. Dette kan avspeile at mange

fastleger allikevel mener arbeidet er vanskelig eller krevende eller at andre faggrupper kan gjøre en god jobb i røykeavvenningen.

To tredeler av fastlegene rapporterte at de drev røykeintervensjonsarbeid hyppigere nå enn for to år siden. Den medisinske industriens engasjement i dette arbeidet synes å ha hatt størst betydning, mens Legeforeningens røykeavvenningsprogram også har hatt betydning for ca. to tredeler av fastlegene. Omtrent halvparten av fastlegene rapporterte at taksten for røykeavvenning har bidratt til å øke graden av røykeintervensjon.

### Konklusjon

Fastlegene i Vest-Agder tar opp røyking oftere med pasienter som har røykerelaterte symptomer enn med dem som ikke har det, og driver dermed mer sekundærforebyggen- de enn primærforebyggende røykeavvenning. Det som hindrer legene mest fra å ta opp temaet, er at det er tidkrevende. Innføringen av røykeavvenningstakst, lanseringen av Legeforeningens røykeavvennings-

program eller legemiddelindustriens engasjement i røykeavvenning synes ikke å ha bidratt til å øke intervensjonen, men de fleste fastlegene rapporterer at røykeintervensjonen har økt de siste to årene. Legenes opplevde hindringer i røykeavvenningsarbeidet synes å være mindre i 2001 enn i 1999 jo nærmere man kommer praktisk arbeid med røykeslutt.

Selve spørreundersøkelsen er utført av Agderforskning. Undersøkelsen er støttet økonomisk av Vest-Agder råd for folkehelse.

### Litteratur

1. Helgason AR, Lund KE. General practitioners' perceived barriers to smoking cessation: results from four Nordic countries. *Scand J Public Health* 2002; 30 2: 141–7.
2. Bakke PS, Boker T, Diep TT, Grydeland T, Hansen PR, Brogger JC et al. Norske sykehuslegers praksis ved røykeavvenning. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120 14: 1629–32.

○