

8. Benowitz NL, Kuyt F, Jacob P 3rd et al. Cotinine disposition and effects. *Clin Pharmacol Ther* 1983;34:604-11.
9. Etzel RA. A review of the use of saliva cotinine as a marker of tobacco smoke exposure. *Prev Med* 1990;19:190-7.
10. Olsson P, Kuylenstierna F, Johansson C-J et al. Pharmacokinetics of nicotine after intranasal administration. I: Adlkofer F, Thurau K eds. *Effects of nicotine on biological systems. Advances in pharmacological sciences*. Basel: Birkhäuser, 1991:57-61.
11. Concentration of cotinine in human saliva samples from study: Nic-060-97 Helsingborg: Pharmacia & Upjohn, Bioanalytical section, 1999.
12. Jarvis MJ, Tunstall PH, Feyerband C et al. Comparison of tests used to distinguish the smokers from nonsmokers. *Am J Public Health* 1987;7:1435-8.
13. IARC Monographs (vol 83). Tobacco Smoke and involuntary smoking. <http://193.51.164.11/monoeval/monolist.html> /juni 2002.
14. Kristensen TS. Cardiovascular diseases and the work environment. *Scand J Work Environ Health* 1989;15:245-64.
15. Lov om røgfri miljøer i offentlige lokaler, transportmidler og lignende. Lov nr. 436 af 14. juni 1995.

Skal læger rådgive om rygestop?

Hvad synes patienterne og baggrundsbefolkningen?

Reservelæge Tina Lund Mortensen,
klinisk assistent Ann Dorrit Guassora &
afdelingschef Lars Iversen

H:S Bispebjerg Hospital, Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse,
WHO Collaborating Centre for Evidence Based Health Promotion
in Hospitals

Resumé

Introduktion: Hovedparten af befolkningen er positive over for, at lægen rådgiver om rygestop. Det ønskes undersøgt, om det gør en forskel, hvorvidt man er i et aktivt behandlingsforløb eller er »rask« baggrundsbefolkning, altså om patienter ser anderledes på, at lægen rådgiver om rygestop end baggrundsbefolkningen gør.

Materiale og metoder: I alt 238 patienter fra tre ambulatorier på Bispebjerg Hospital udfyldte et selvadministreret spørgeskema. Af en matchet baggrundsbefolkning udtrukket fra Det Centrale Personregister i København Kommune indgik der 440 personer. Spørgeskemaets seks spørgsmål vedrørende lægens arbejde med rygestop var udarbejdet på baggrund af indholdet i den motiverende samtale.

Resultater: Spørgsmålene om tobaksanamnese, rådgivning om rygestop, oplysning om rygerelaterede symptomer og nikotinsubstitution samt henvisning til rygestopkurser er 56-84% af patienterne og 67-89% af baggrundsbefolkningen positivt indstillede over for. Med hensyn til tobaksanamnese, rådgivning om rygestop og oplysning om nikotinsubstitution var der ikke signifikant forskel på patientgruppen og baggrundsbefolkningen.

Diskussion: Generelt var både patienter og baggrundsbefolkningen positive over for lægen som sundhedsformidler inden for tobaksområdet. Det at være patient synes ikke at have betydende indflydelse herpå.

Forebyggelse af livsstilsrelaterede sygdomme, bl.a. i form af rygestopintervention, fylder stadig mere i lægens daglige arbejde. I de praktiserende lægers overenskomst er der indført honorering af forebyggende samtaler, ligesom der er fokus på sekundærsektorens muligheder med hensyn til forebyggelse

af livsstilsrelaterede sygdomme [1, 2]. Både i udenlandske og i danske retningslinjer anbefaler man, at alle patienter i enhver kontakt udspørges om rygevaner og rådgives om rygestop [3-5].

Visse helbredsproblemer ser ud til at være en vigtig faktor for rygeophør [6], ligesom det anføres, at patienter ved indlæggelse er i en situation, der gør dem mere modtagelige for forebyggende intervention [7]. På den anden side vil patienterne i kontakten med sundhedsvæsenet have individuelle behov og forventninger, som kan være i konflikt med lægens forebyggende arbejde. Patienten ønsker behandling for en bestemt lidelse og tilbydes ydermere rådgivning om rygestop.

Vurderingen af patienternes forventninger kan være en barriere i forbindelse med at få læger til at efterleve kliniske retningslinjer [8]. Resultaterne af flere udenlandske undersøgelser tyder på, at der er en diskrepans mellem lægers vurdering af patienternes interesse og den faktiske interesse for forebyggende aktiviteter inden for tobaksområdet [9, 10].

I danske og udenlandske spørgeskemaundersøgelser har man vist, at befolkningen overvejende (60-85%) er positive over for, at den praktiserende læge rådgiver om rygestop [9, 11-15]. Der er ikke tidligere blevet fokuseret på, hvordan dette forholder sig for hospitalspatienter.

Formålet med undersøgelsen var at belyse, om der er forskel på, hvordan patienterne og baggrundsbefolkningen ser på, at lægen rådgiver om rygestop. Desuden ønskede vi at undersøge, om andre variable har indflydelse på besvarelsene (alder, køn, erhvervsuddannelse, civilstand, selvrapporeret langvarig/kronisk sygdom, selv vurderet helbred, oplevelse af egen indflydelse på helbredet, rygevaner og motivation for rygeophør).

Materiale og metoder

Spørgeskemaundersøgelsen er foretaget på to populationer: en gruppe ambulante patienter fra det endokrinologiske, det dermatologiske og det kirurgisk gastroenterologiske ambula-

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

torium på Bispebjerg Hospital samt en baggrundspopulation bosiddende i Københavns Kommune i sommeren 2000. Alle fremmødte patienter (n=416) i tre ambulatorier blev kontaktet af en projektmedarbejder igennem 3-4 undersøgelsesdage. Treoghalvfems patienter blev ekskluderet pga. manglende sprogfærdigheder, dårligt syn, dårlig orienteringsgrad eller alder under 18 år. Af 324 patienter besvarede 238 (73%) helt eller delvist det selvadministrerede spørgeskema. Samlet kom 28% af besvarelsene fra det endokrinologiske ambulatorium, 23% fra det kirurgisk gastroenterologiske ambulatorium og 49% fra det dermatologiske ambulatorium. Baggrundsbefolkningen blev matchet med patientpopulationen på køn og alder og tilfældigt udtrukket fra Det Centrale Personregister i Københavns Kommune. I alt 701 personer fik tilsendt spørgeskemaer, hvoraf 440 returneredes i brugbar stand (svarprocent=63). Mellem 97% og 98% i begge grupper havde besvaret spørgsmålene om lægens arbejde med tobaksintervention. Spørgeskemabesvarelsene var for begge grupper anonyme, og projektet blev anmeldt til Den Videnskabetiske Komité for Københavns og Frederiksberg Kommuner.

Den motiverende samtale [16-17] og forebyggelsessamtalen [5] er instrumenter, der er konstrueret til den individuelle kontakt mellem læge og patient med henblik på adfærdssændringer f.eks. rygestop. Spørgeskemaets spørgsmål om lægens arbejde med rygestop er udarbejdet på baggrund af disse. Som svarmulighed til spørgsmålene er der valgt et »ja, nej, ved ikke«-format. For spørgsmål 1 er der anvendt svarmulighederne »altid«, »ofte«, »af og til«, »sjældent« og »aldrig«. Med enkelte modifikationer er de resterende spørgsmål hentet fra Statens Institut for Folkesundheds undersøgelser [18].

På baggrund af *Prochaskas & DiClementes readiness of change*-teori [19] og *Dijkstra et al's* arbejde [20] er dagligrygerne inddelt i rygere, der er motiveret for rygestop, og rygere, der ikke er motiveret for rygestop.

Der er foretaget pilottestning af spørgeskemaet for både patientgruppen og baggrundsbefolkningen.

Statistisk metode

Til sammenligning af ambulante patienter og baggrundsbefolkningen blev der anvendt nonparametriske test (Pearsons χ^2 -test). Forskelle i svar på spørgsmål 1-6 er analyseret i en logistisk regressionsmodel, der justeres for matchningsvariable køn og alder og desuden for kovariaterne: erhvervs-

Tabel 1. Alder, køn, erhvervsuddannelse, civilstand og rygevaner i patientpopulationen og baggrundsbefolkningen.

	Patienter	Baggrundsbefolkning	p-værdi
Alder, år (SD)	51,4 (20)	52,6 (20)	NS
Kvinder, % (n)	54 (127)	54 (236)	NS
Mænd, % (n)	46 (110)	46 (202)	NS
≤ kort uddannelse, % (n)	66 (150)	68 (293)	NS
Mellemlang/lang uddannelse, % (n)	34 (78)	32 (135)	NS
Gift/samlevende, % (n)	53 (125)	56 (242)	NS
Enlig, % (n)	47 (110)	44 (187)	NS
Ryger, % (n)	44 (102)	37 (162)	NS
Ikkeryger, % (n)	56 (132)	63 (276)	NS

SD = standarddeviation.
NS = nonsignifikant.

uddannelse, civilstand, selvrapporteret langvarig/kronisk sygdom, selv vurderet helbred, oplevelse af egen indflydelse på helbredet, rygevaner og motivation for rygeophør. Data er analyseret med Stata version 7.0. Som signifikansniveau er der valgt $p < 0,05$. Kategorien »Ved ikke« opfattes som en ikke-positiv besvarelse.

Resultater

De ambulante patienter afviger ikke fra den køns- og aldersmatchede baggrundsbefolkning med hensyn til alder, køn, erhvervsuddannelse, civilstand eller rygevaner (Tabel 1).

Sammenligning af patienterne og baggrundsbefolkningen

56-84% af patienterne og 67-89% af baggrundsbefolkningen svarede »ja« til spørgsmålene om lægens arbejde med rygestopintervention (Tabel 2). I fire ud af seks spørgsmål er der ikke signifikant forskel på patientgruppen og baggrundsbefolkningen. Der er en lille, men signifikant forskel på de to grupper mht., om lægen skal oplyse om rygerelaterede symptomer, idet færre patienter svarer bekræftende på dette spørgsmål. Desuden er andelen af patienter, der svarer »ja« til, at lægen skal henvisse til rygestopkurser eller lignende, mindre end andelen i baggrundsbefolkningen ($p=0,004$).

Sammenligning af rygere og ikkerygere

Af de ambulante patienter var 44% rygere (36% dagligrygere), mens 37% i baggrundsbefolkningen var rygere (28% dagligrygere) (NS). 50-81% af rygerne og 73-91% af ikkerygerne sva-

Tabel 2. Patienter og baggrundsbefolkningens holdning til rådgivning om rygestop. Odds-ratio (OR) for positiv besvarelse blandt patienter i forhold til positiv besvarelse i baggrundsbefolkningen. OR er justeret for køn, alder, erhvervsuddannelse, civilstand, selvrapporteret langvarig/kronisk sygdom, selv vurderet helbred, oplevelse af egen indflydelse på helbredet, rygevaner og motivation for rygeophør.

	Patienter %	Baggrundsbefolkning %	OR	95% konfidens interval	p-værdi
Alltid acceptabelt, at lægen spørger om rygevaner	76	73	1,08	0,71-1,66	NS
Lægen skal spørge nærmere om rygevaner	77	79	0,74	0,47-1,16	NS
Lægen skal give råd om rygestop	77	82	0,63	0,39-1,03	NS
Lægen skal oplyse om rygerelaterede symptomer	84	89	0,54	0,32-0,93	0,028
Lægen skal oplyse om nikotinsubstitution	67	74	0,69	0,46-1,02	NS
Lægen skal henvisse til rygestopkurser e.l.	56	67	0,57	0,39-0,84	0,004

NS = nonsignifikant.

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

Tabel 3. Rygeres og ikkerygeres holdning til rådgivning om rygestop. Odds-ratio (OR) for positiv besvarelse blandt rygere i forhold til positiv besvarelse blandt ikkerygere. OR er justeret for køn, alder, erhvervsuddannelse, civilstand, selvrapporteret langvarig/kronisk sygdom, selv vurderet helbred, oplevelse af egen indflydelse på helbredet og motivation for rygeophør.

	Rygere %	Ikke-rygere %	OR	95% konfidens interval	p-værdi
Altid acceptabelt, at lægen spørger om rygevaner . . .	69	77	0,69	0,47-1,02	NS
Lægen skal spørge nærmere om rygevaner	71	84	0,50	0,33-0,76	0,001
Lægen skal give råd om rygestop	66	90	0,19	0,11-0,30	<0,001
Lægen skal oplyse om rygerelaterede symptomer	81	91	0,36	0,21-0,62	<0,001
Lægen skal oplyse om nikotinsubstitution	65	77	0,56	0,38-0,82	0,003
Lægen skal henvise til rygestopkurser e.l.	50	73	0,36	0,25-0,52	<0,001

NS = nonsignifikant.

rede »ja« til de i **Tabel 3** viste spørgsmål om lægens arbejde med rygestop. I fem ud af seks spørgsmål var der signifikant forskel på besvarelserne fra rygere og ikkerygere, idet rygere var mindre positive end ikkerygere.

Andre variables betydning for besvarelserne

Alder, køn, erhvervsuddannelse, civilstand, selvrapporteret langvarig/kronisk sygdom, selv vurderet helbred, oplevelse af egen indflydelse på helbredet og motivation for rygeophør har samlet set kun ringe indflydelse på besvarelserne.

Diskussion

Generelt var både patienter og baggrundsbefolkningen positive over for, at lægen rådgiver om rygestop, hvilket er i overensstemmelse med resultaterne i tidligere danske spørgeskemaundersøgelser [11].

Der er ikke observeret signifikante forskelle på de ambulante patienter og baggrundsbefolkningen på spørgsmålene om tobaksanamnese, rådgivning om rygestop eller oplysning om nikotinsubstitution. På disse punkter synes det at være patient således ikke at have indflydelse på, hvordan man ser på, at lægen rådgiver om rygestop. Hvad angår spørgsmålene om oplysning om rygerelaterede symptomer/sygdomme eller henvisning til rygestopkurser eller lignende ser det ud til, at patientsituationen har nogen betydning for besvarelserne. På disse punkter er der færre positive besvarelser blandt patienterne end i baggrundsbefolkningen, specielt hvad angår spørgsmålet om henvisning. Umiddelbart ses der ingen forklaring på denne forskel, men det kan dog have betydning, at patienterne i forvejen har hyppig kontakt med sundhedsvæsenet, og at de derfor ikke har overskud til yderligere kontakt. At denne kontakt for hovedparten af patienterne ikke umiddelbart er rygerelateret, er ligeledes en mulig forklaring.

Resultaterne synes i første omgang at være i modstrid med den gængse opfattelse, at patienter er mere åbne over for rådgivning end raske. En positiv holdning til, at lægen rådgiver om rygestop, er dog ikke ensbetydende med en øget tendens til adfærdsændring, altså rygestop. Vores fund kan hverken be- eller afkræfte, om syge mennesker er mere modtagelige for rygestopintervention end raske.

I denne undersøgelse ser rygning ud til at være den faktor, der har størst betydning for besvarelserne. Lidt færre rygere end ikkerygere synes, at lægen skal beskæftige sig med patienternes

rygevaner. En forklaring på dette kunne være, at ryggen er i en konflikt mellem ønsket om at ryge og viden om tobakkens skadelige virkninger. Denne konflikt kan give sig til kende ved, at man blandt andet afviser lægens tiltag. Rygnings betydning er sjældent rapporteret i lignende undersøgelser. Da rygerne er målgruppe for denne type tiltag, er det bemærkelsesværdigt, at deres besvarelser ikke i højere grad er selvstændigt beskrevet.

Når forskellen på patienterne og baggrundsbefolkningen generelt er beskeden, kunne det skyldes selektionsbias. Der kunne således være relativt flere besvarelser fra personer i baggrundsbefolkningen, der er positivt indstillede over for, at lægen arbejder med rygestop. Imod selektionsbias taler svarprocenten på 64 og den gode overensstemmelse mellem demografiske variable i besvarelserne fra patienterne og baggrundsbefolkningen (Tabel 1). Prævalensen af rygere stemmer desuden overens med fundene i store danske undersøgelser [11], og da rygevaner er den parameter, der påvirker besvarelserne i denne undersøgelse mest, taler også dette forhold imod selektionsbias.

Patientgruppen består af ambulante patienter med tre udvalgte diagnosegrupper, og resultaterne kan ikke generaliseres til alle hospitalspatienter. Hvad indlagte patienter og andre patientgrupper synes om lægens arbejde med rygestop, giver undersøgelsen således ikke svar på.

De anvendte spørgsmål er ikke validerede. Formålet med undersøgelsen var at vurdere, hvordan patienter og baggrundsbefolkningen ser på, at lægen arbejder med rygestopintervention. Hvorvidt de seks spørgsmål tegner et reelt billede af dette, lå ikke inden for rammerne af dette studium at undersøge. Resultaterne kan således tages som udtryk for, hvordan en gruppe patienter og en baggrundsbefolkning har svaret på de stillede spørgsmål.

Den kvantitative tilgang giver formentlig ikke noget fyldestgørende billede. I en kvalitativ interviewundersøgelse, som fulgte op på en kvantitativ spørgeskemaundersøgelse om holdning til sundhedsfremme i almen praksis, herunder rygning, viste det sig, at en positiv besvarelse forudsætter visse betingelser [15]. Blandt andet mente over halvdelen af de positivt indstillede, at lægelig interesse kun var acceptabel, hvis årsagen til konsultationen var rygerelateret. Flere respondenter gjorde i foreliggende undersøgelse skriftligt opmærksom på, at deres besvarelse ligeledes var afhængig af den aktuelle

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

læge-patient-situation (f.eks. læge-patient-forholdet eller årsagen til konsultationen).

Hovedparten af de deltagende var positivt indstillede, hvorfor lægen i de fleste tilfælde kan regne med, at patienten anser en samtale om rygevaner for at være en del af dennes arbejde. Patienterne adskiller sig ikke fra baggrundsbefolkningen. Det at være patient synes således ikke at have væsentlig indflydelse på, hvordan man ser på, at lægen rådgiver om rygestop.

Korrespondance: *Tina Lund Mortensen*, Grønnemose Allé 52, DK-2860 Søborg.
E-mail: tinalund@webspeed.dk

Antaget: 17. juni 2004
Interessekonflikter: Ingen angivet

Taksigelser: Sund By, Københavns Kommunes Sundhedsforvaltning takkes for økonomisk støtte. Tak til *Liselotte Petersen* for statistisk bearbejdning.

Ovenstående artikel bygger på en større litteraturgennemgang end litteraturlisten 20 numre. En fuldstændig litteraturliste kan fås ved henvendelse til forfatteren.

Litteratur

1. Snorgaard O, Becker PU, Døssing M et al. Dansk Selskab for Intern Medicin. Forebyggelse i den intern medicinske afdeling. Ugeskr Læger 2003;165(suppl. 2).
2. Fugleholm AM, Tønnesen H. Livsstil og forebyggelse på sygehuse. Ugeskr Læger 2003;165:1121-3.
3. Raw M, McNeil A, West R. Smoking cessation guidelines for health professionals. BMJ 1999;318:182-5.
4. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ et al. Treating tobacco use and dependence. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, 2000.
5. Rygeophør på sygehus. Fakta, metoder og anbefalinger. Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark. København: Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse, 2001.
6. Dornelas EA, Sampson RA, Gray JF et al. A randomized controlled trial of smoking cessation counselling after myocardial infarction. Prev Med 2000;30:261-8.
7. Brull R, Ghali WA, Quan H. Missed opportunities for prevention in general internal medicine. CMAJ 1999;160:1137-40.
8. Cabana MD, Rand CS, Powe NR et al. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? JAMA 1999;282:1458-65.
9. Stanford JB, Solberg LI. Rural patients' interest in preventive medical care. J Am Board Fam Pract 1991;4:11-8.
10. Ogden J, Andrade J, Eisner M et al. To treat? To befriend? To prevent? Patients' and GPs' views of the doctors' role. Scand J Prim Health Care 1997;15:114-7.
11. Københavns Kommunes Sundhedsprofil 2000. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2001.
12. Slama KJ, Redman S, Cockburn J et al. Community views about the role of general practitioners in disease prevention. Fam Pract 1989;6:203-9.
13. Wallace PG, Haines AP. General practitioner and health promotion: what patients think. BMJ 1984; 289: 534-6.
14. Wallace PG, Brennan PJ, Haines AP. Are general practitioners doing enough to promote healthy lifestyle? Findings of the Medical Research Council's general practice research framework study on lifestyle and health. BMJ 1987; 294: 940-2.
15. Stott NCH, Pill RM. "Advice yes, dictate no". Patients' views on health promotion in the consultation. Fam Pract 1990;7:125-31.
16. Rollnick S, Butler CC, Stott N. Helping smokers make decisions: the enhancement and brief intervention for general medical practice. Patient Educ Couns 1997;31:191-203.
17. Dansk selskab for almen medicin. Den motiverende samtale. Klaringsrapport, nr. 1, 2001.
18. Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi. Sundhed og sygelighed i Danmark 1994 - og udviklingen siden 1987. DIKE, 1995.
19. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. J Con Clin Psych 1983; 51: 390-5.
20. Dijkstra A, Roijackers J, De Vries H. Smokers in four stages of readiness to change. Addict Behav 1998; 23:339-50.

Præoperativ rygeintervention: Hvad mener patienterne?

En kvalitativ undersøgelse

Overlæge Ann Merete Møller & sygeplejerske Nete Munk Villebro

Amtssygehuset i Herlev, Anæstesiologisk Afdeling I

Resumé

Introduktion: Præoperativ rygeintervention reducerer effektivt antallet af rygere blandt patienterne og reducerer antallet af postoperative komplikationer. I dette studie undersøgte vi patienternes holdning til, hvilke faktorer i interventionen der var vigtige for at opnå rygestop, og patientrelaterede faktorer, der motiverer til rygestop eller virker som barrierer.

Materiale og metoder: Der blev gennemført fire semistrukturerede fokusgruppeinterview med i alt 18 patienter, der havde deltaget i

et rygeinterventionsprogram forud for hofte- eller knæalloplastik. Effektmål var patienternes holdning til det præoperative rygeinterventionsprogram. Derudover undersøgte vi faktorer hos patienterne og på hospitalet, der virkede henholdsvis motiverende og som barrierer for rygeophør.

Resultater: Der var stor tilfredshed med tilbuddet om præoperativ rygeintervention. Den forestående operation blev vurderet som motiverende, selv om enkelte patienter fandt det lidt overvældende at skulle forholde sig til både operation og rygeophør. En vigtig faktor for interventionens succes var en empatisk, veluddannet rygestopinstruktør. Motiverende faktorer inden for hospitalet var især hyggelige røgfri opholdsrum og mulighed for aktivitetsudøvelse i løbet af dagen.