

6. Dukes MNG, Aronson JK. Meyler's side effects of drugs. 14th ed. Amsterdam: Elsevier, 2000.
7. Annegers JF, Hauser WA, Coan SP, Rocca WA. A population-based study of seizures after traumatic brain injuries. *N Engl J Med* 1998; 338: 20-4.
8. Schuld A, Kuhn M, Haack M, Kraus T, Hinze-Selch D, Lechner C et al. A comparison of the effects of clozapine and olanzapine on the EEG in patients with schizophrenia. *Pharmacopsychiatry* 2000; 33: 109-11.
9. Van Sweden B. Neuroleptic neurotoxicity: electro-clinical aspects. *Acta Neurol Scand* 1984; 69: 137-46.
10. Devinsky O, Honigfeld G, Patin J. Clozapine-related seizures. *Neurology* 1991; 41: 369-71.
11. Peck AW, Stern WC, Watkinson C. Incidence of seizures during treatment with tricyclic antidepressant drugs and bupropion. *J Clin Psychiatry* 1983; 44: 197-201.
12. Dunner DL, Zisook S, Billow AA, Batey SR, Johnston JA, Ascher JA. A prospective safety surveillance study for bupropion sustained-release in the treatment of depression. *J Clin Psychiatry* 1998; 59: 366-73.
13. Spigset O. Adverse reactions of selective serotonin reuptake inhibitors: reports from a spontaneous reporting system. *Drug Saf* 1999; 20: 277-87.
14. Micro Medex 2001. [www.smi.dk/sept](http://www.smi.dk/sept). 2001.
15. Shorvon S. Handbook of epilepsy. London: Blackwell Science, 2000.
16. Morbidity and toxic effects associated with ganciclovir or foscarnet therapy in a randomized cytomegalovirus retinitis trial. Studies of ocular complications of AIDS Research Group, in collaboration with the AIDS Clinical Trials Group. *Arch Intern Med* 1995; 155: 65-74.
17. Luijckx GJ, de Krom MC, Takx-Kohlen BC. Does chloroquine cause seizures? Presentation of three new cases and a review of the literature. *Seizure* 1992; 1: 183-5.
18. Weinke T, Trautmann M, Held T, Weber G, Eichenlaub D, Fleischer K et al. Neuropsychiatric side effects after the use of mefloquine. *Am J Trop Med Hyg* 1991; 45: 86-91.
19. Barrett PJ, Emmins PD, Clarke PD, Bradley DJ. Comparison of adverse events associated with use of mefloquine and combination of chloroquine and proguanil as antimalarial prophylaxis: postal and telephone survey of travellers. *BMJ* 1996; 313: 525-8.
20. Nguyen TH, Day NP, Ly VC, Waller D, Nguyen HP, Bethell DB et al. Post-malaria neurological syndrome. *Lancet* 1996; 348: 917-21.
21. Gasse C, Derby L, Vasilakis-Scaramozza C, Jick H. Incidence of first-time idiopathic seizures in users of tramadol. *Pharmacotherapy* 2000; 20: 629-34.
22. Jick H, Derby LE, Vasilakis C, Fife D. The risk of seizures associated with tramadol. *Pharmacotherapy* 1998; 18: 607-11.
23. Manninen PH. Opioids and seizures. *Can J Anaesth* 1997; 44: 463-6.
24. McHugh GJ. Norpethidine accumulation and generalized seizure during pethidine patient-controlled analgesia. *Anaesth Intensive Care* 1999; 27: 289-91.
25. The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. The Diabetes Control and Complication Trial Research Group. *N Engl J Med* 1993; 329: 977-86.

## Rygeafvænningsstilbud til sundhedspersonale – nytter det?

### ORIGINAL MEDDELELSE

*Ann Dorthe Olsen Zwisler,  
cand.stat. Henrik Brønnum-Hansen,  
sygeplejerske Helle Shiønning,  
sygeplejerske Bente Munkholm Nelbom & Vibeke Backer*

### Resumé

**Introduktion:** Som et vigtigt element i processen frem mod det røgfrie sygehus blev der etableret et tilbud om rygeafvænningsstilbud til sundhedspersonalet på Bispebjerg Hospital. Formålet med denne undersøgelse var at evaluere langtidseffekten af rygeafvænningsstilbuddet og beskrive faktorer af betydning for 12-måneders-ophørsraten.

**Materiale og metoder:** Alle som deltog i tilbud om rygeafvænningsstilbud i perioden fra oktober 1998 til og med marts 1999 modtog et postmodt spørgeskema med spørgsmål om rygestatus 12 måneder efter tilmelding til tilbuddet. I alt 70% deltog i undersøgelsen (241/345). Der var forholdsvis flere med lang og mellemlang uddannelse blandt deltagerne i 12-måneders-ophølgingsundersøgelsen ( $p=0,004$ ). Der var ingen forskel mht. rygevaner i oktober 1998 blandt deltagere og ikkedeltagere i 12-måneders-ophølgingsundersøgelsen. Den gennemsnitlige opfølgningstid var 389 dage.

**Resultater:** Sandsynligheden for at være røgfri efter 12 må-

neder var 22% blandt alle deltagere i rygeafvænningsstilbuddet og 33% blandt deltagere i 12-måneders-ophølgingsundersøgelsen. Der var ingen forskel i ophørsraten mellem mænd og kvinder. Tidlig rygedebut øgede risikoen for tilbagefald efter rygeophør, og der var en tendens til, at stigende tobaksforbrug og lavt uddannelsesniveau øgede risikoen for tilbagefald. Der var ligeledes en tendens til, at personer, som tidligere har gjort ophørsforsøg, havde større chance for at forblive røgfrie et år efter end personer med få eller ingen tidligere ophørsforsøg, men tendenserne var ikke statistisk signifikante.

**Diskussion:** Undersøgelsen viste sammenlignet med lignende studier og den spontane ophørsrate i befolkningen, at det er muligt at etablere et succesfuldt tilbud om rygeafvænningsstilbud med højt fremmøde og høj ophørsrate til personalet på et sygehus. Rygeafvænningsstilbud til rygende personale bør være et højt prioriteret og centralt element på landets sygehuse i arbejdet frem mod røgfrihed af hensyn til patienterne, arbejdsmiljøet og personalets eget helbred på langt sigt.

Sundhedspersonalets holdning til rygeophør blandt patienterne kan relateres til personalets egne rygevaner (1, 2), og det er vist, at holdningen ændres positivt, når personalets rygevaner ændres (3). Sygehuspersonalets rygevaner og ændringer af samme er således væsentlige set ud fra et sundhedspædagogisk perspektiv. Herudover har persona-

lets rygevaner betydning for arbejdsmiljøet og de ansattes helbred.

Som led i Bispebjerg Hospitals arbejde frem mod det røgfrie hospital år 2000 har det været helt centralt at fremme det røgfrie miljø via støtte fra behandlere til patienter og støtte til det rygende personale med henblik på rygeophør. I efteråret 1998 blev der således iværksat et tilbud om støtte til rygeophør til personalet i form af rådgivning og nikotinsubstitution. En korttidsvaluering af tilbuddet viste, at mange medarbejdere tog imod det, og indsatsen havde effekt på kort sigt i form af en høj seksugerssuccesrate (4). På baggrund af denne foreløbige evaluering blev tilbuddet gjort permanent.

Formålet med denne artikel var at evaluere langtidseffekten af det iværksatte rygeafvænningsstilbud og analysere, hvilke faktorer der har betydning for vedvarende rygeophør.

### Metode

På baggrund af to tværsnitsundersøgelser om rygevaner blandt sundhedspersonalet på Bispebjerg Hospital i henholdsvis 1997 og 1999 skønnedes antallet af rygere i 1998 at være 1.155 personer (33% af 3.500 ansatte) (5). Samtlige rygere fik tilbud om at deltage i et rygeafvænningsstilbud for personalet. Lancering af rygeafvænningsstilbuddet blev knyttet til de nationale stopdage (24. oktober 1998 og 1. januar 1999) og gennemført i henholdsvis uge 43-44, 1998 og uge 1-2, 1999. Tilbuddet blev annonceret ved opslag af mere end 200 plakater på sygehuset og ved udsendelse af pjecer med septemberlønsedlen til alle ansatte.

Rygeafvænningsstilbuddet var sammensat ud fra den daværende viden om indsatsformer med positiv indflydelse på ophørsraten: 1) individuel rådgivning eller stopgrupper (6) og 2) individuelt doseret nikotinsubstitution (7). Der blev etableret et rygeafvænningsambulatorium for personalet i lungemedicinsk regi med to fuldtidsansatte rygeafvænningspsykiatere. Rygeafvænningsstilbuddet omfattede halvanden times lynkursus i arbejdstiden med auditorieundervisning om rygeophørsprocessen, individuel rådgivning og rygestopgrupper for særlige grupper, eksempelvis overvægtige. Alle fik tilbud om gratis individuelt doseret nikotinsubstitution til seks ugers forbrug i form af henholdsvis plaster, tyggegummi, inhalation og resoribletter efter eget ønske. Individuel rådgivning og nikotindelivery blev gennemført i arbejdstiden ved fire kontakter med ambulatoriet. Tilbuddet er mere detaljeret beskrevet i en tidligere publicerede artikel om korttidseffekten af tilbuddet (4).

Alle deltagere udfyldte i forbindelse med indgang til tilbuddet et registreringskema om rygevaner og enkelte baggrundsoplysninger. Oplysningerne skulle anvendes i forbindelse med tilrettelæggelse af det individuelle rygeafvænningsforløb og i forbindelse med evaluering af tilbuddet. Deltagerne blev i denne forbindelse ligeledes bedt om tilladelse til indhentning af oplysninger om rygestatus 12 måneder efter tilmelding til tilbuddet (Tabel 1).

### Statistik

Data præsenteres ved hjælp af deskriptiv statistik. Sandsynligheden for at forblive røgfri efter rygestop beskrives ved

Tabel 1. I artiklen anvendes følgende variable:

Baseline-oplysninger	12-måneders-opfølgning
<i>Baggrundsoplysninger</i>	<i>Followuptid</i>
Køn, alder, uddannelse	Dato for udfyldning af skema
Kronisk sygdom	
Alder ved rygedebut	
<i>Rygevaner ved tilmelding til tilbuddet</i>	<i>Rygestatus</i>
Gram tobak daglig	Ryger/eksryger* dato for genoptagelse af rygning
Fagerstrøms score (8)	
Tidligere antal rygeophørsforsøg	
<i>Rygeafvænningsstilbud</i>	
Registreringsdato	
Stopdato	

\*) Spørgsmål: »Har du været røgfri siden rygeafvænningsstilbuddet?«. Svarmuligheder: »ja«, »nej«.

Kaplan-Meier-estimer. I en Cox-regressionsmodel analyseres effekten af de enkelte faktorer under hensyntagen til effekten af andre faktorer. Tredive personer, som var røgfri frem til dag 35, havde ved 12-måneders-opfølgningen angivet, at de var begyndt at ryge igen, men ikke hvilken dato de havde genoptaget rygningen. I analyserne blev der for hver af disse 30 personer valgt et tal mellem 35 og 365 som tidspunkt for tilbagefald. Tallet blev udtrukket tilfældigt fra fordelingen af tid til tilbagefald opgjort blandt de personer, der havde angivet, hvornår de var begyndt at ryge igen.

I undersøgelsen anvendes et signifikansniveau på 0,05.

### Materiale

Over et halvt år (19. oktober 1998 til 31. marts 1999) deltog i alt 359 personer i rygeafvænningsstilbuddet. Alle fik tilsendt et spørgeskema med posten 12 måneder efter datoen for tilmelding, bortset fra 14 ansatte, som havde angivet, at de ikke ønskede at indgå i opfølgningsundersøgelsen (Fig. 1).

Der blev foretaget to rykkerhenvendelser henholdsvis pr. brev og pr. telefon, såfremt spørgeskemaet ikke var returneret efter fire uger og otte uger. I alt 241 af 345 deltagere returnerede 12-måneders-spørgeskemaet.

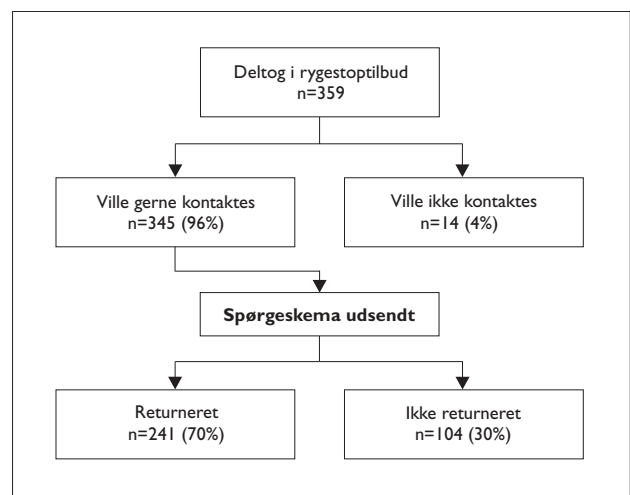


Fig. 1. Udsendelse af og deltagelse i 12-måneders-opfølgningsundersøgelsen. Rygestoptilbud Bispebjerg Hospital, 1998.

Tabel 2. Baggrundsoplysninger og rygevaner blandt 345 ansatte, som deltog i et rygeafvænningsstilbud for sundhedspersonale, samt blandt 241 deltagere og 104 ikkedeltagere i 12-måneders-opfølgningsundersøgelsen. Rygestoptilbud Bispebjerg Hospital, 1998.

Baggrundsoplysninger	Alle (n=345)	Ikke-deltagere (n=104)	Deltagere (n=241)	p-værdi
Kvinder (%)	73,9	70,2	75,5	NS
Alder (år)	41,9 (18-63)	40,0	42,8	
Uddannelse (%):				0,004
lang	5,8	3,9	6,7	
mellemlang	46,8	36,5	51,3	
kort	20,6	20,2	20,8	
ingen	26,7	39,4	21,3	
Kronisk sygdom (%)	13,3	13,7	13,1	NS
Alder ved rygedebut (år)	16,4 (10-57)	16,5	16,4	NS
Tidligere ophørsforsøg (antal)	2,5 (0-20)	2,4	2,5	NS
0 (%)	12,5	11,7	12,9	
1-3 (%)	66,2	71,8	63,6	
≥4 (%)	21,3	16,5	23,6	
<i>Rygevaner</i>				
Tobaksforbrug (g/dag)	20,8 (6-56)	20,4	20,9	NS
1-15 (%)	29,9	33,7	28,2	
16-30 (%)	35,4	29,8	37,8	
≥31 (%)	34,8	36,5	34,0	
Fagerstrøms score (point)	5,2 (0-10)	5,3	5,2	NS

NS = nonsignifikant.

Den gennemsnitlige opfølgningstid for de 241 deltagere var 389 dage (347-511 dage). Der var ingen forskel på deltagere og ikkedeltagere med hensyn til køn og alder (Tabel 2). Der var forholdsvis flere med lang og mellemlang uddannelse, som indgik i evalueringsundersøgelsen, end deltagere uden uddannelse ( $p=0,004$ ). Bortfaldsanalyserne viste, at der ikke var forskel på de to grupper mht. rygevaner inden deltagelse i rygestoptilbuddet.

### Resultater

I alt 79 personer angav, at de fortsat var røgfri efter et år, hvilket giver en succesrate på 22% blandt alle 359 ansatte, der deltog i rygeafvænningsstilbuddet.

I Fig. 2 vises sandsynlighederne for at forblive røgfri efter rygeophør for de ansatte, som tog imod rygeafvænningsstilbuddet og deltog i 12-måneders-opfølgningen. Tolv blandt disse gjorde dog aldrig et forsøg, hvilket afspejles i, at kurven starter med et lodret fald. Efter fem måneder er sandsynligheden for stadig at være røgfri 50%, og efter et år er sandsynligheden 33%.

I Fig. 3 ses en tendens til, at personer, som tidligere har gjort ophørsforsøg, har større chance for at forblive røgfri 12 måneder efter rygeophør end personer, som ikke tidligere har forsøgt at stoppe ( $p=0,11$ , Tabel 3).

Af Tabel 3 fremgår det, at Fagerstrøms score ikke i dette materiale har statistisk signifikant betydning for succesraten ( $p=0,29$ ). I tabellen vises også, at personer med kronisk sygdom har vanskeligere ved at forblive røgfri end personer uden kronisk sygdom ( $p=0,02$ ). Materialet omfattede kun fire mænd med kronisk sygdom, disse var alle begyndt at ryge igen efter 100 dage. Blandt kvinderne var der 26 med

kronisk sygdom. Materialet var for lille til, at man kunne påvise statistisk signifikante interaktioner mellem variablene.

### Diskussion

Et af målene med at iværksætte rygeafvænningsstilbud til personalet er, at andelen af rygere blandt de ansatte falder.

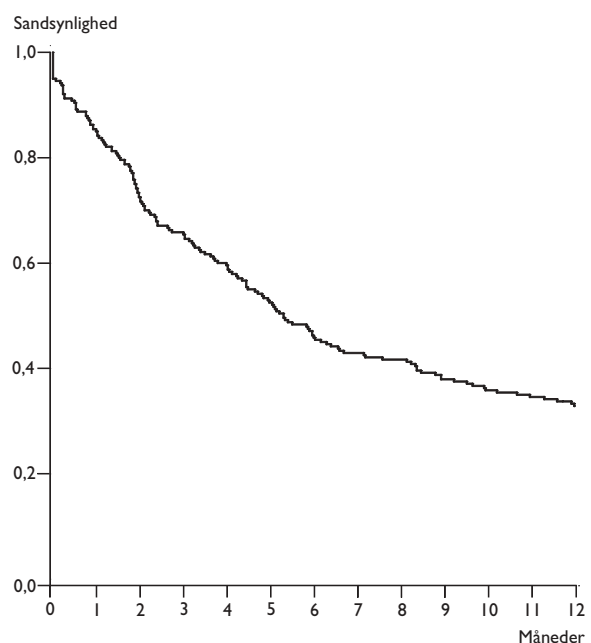


Fig. 2. Sandsynlighederne for at forblive røgfri efter rygeophør inden for 12 måneder blandt deltagere i opfølgningsundersøgelsen. Rygestoptilbud Bispebjerg Hospital, 1998 (n=241).

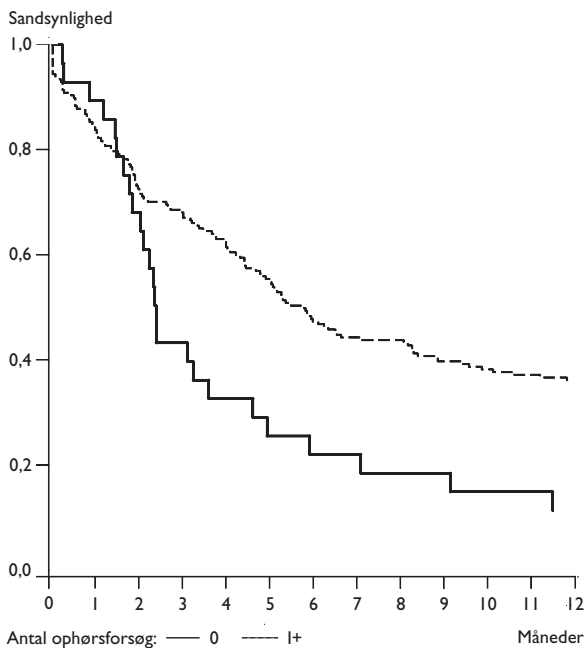


Fig. 3. Sandsynlighederne for at forblive røgfri efter rygeophør inden for 12 måneder blandt personer som aldrig tidligere har gjort ophørsforsøg sammenlignet med personer som har et eller flere tidligere ophørsforsøg bag sig. Rygestoptilbud Bispebjerg Hospital, 1998 ( $n = 241$ ).

Det er således afgørende, at de tilbud, der tilrettelægges, har en høj succesrate, samtidig med at tilbuddet når ud til så mange rygere som muligt.

Fremmødet til det iværksatte rygeafvænningstilbud, hvor 359 ansatte rygere mødte op, viste således, at tilbuddet var i stand til at nå mange af hospitalets rygere – idet disse 359, som faktisk mødte frem, udgjorde omkring 30% af rygerne på Bispebjerg Hospital.

Ophørsraten ved 12 måneder er i dette studie vurderet på baggrund af selvoplyst rygestatus via et postomdelt spørgeskema, men svaret er ikke valideret. Studier om rygeophør har imidlertid vist acceptabel overensstemmelse mellem selvrapporeret rygeophør og biologiske markører for rygning (carbonmonoxid i udåndingsluft, cotinin i spyt, serum og urin) (9, 10). Spørgeskemaerne var anonymiserede, idet rygestopskemaerne og 12-måneders-followup-skemaerne blev registreret ved nummer og ikke ved cpr-nummer. Followup-skemaerne blev løbende pakket i forbindelse med inklusionen, og de blev udsendt af en sygeplejerske, som ikke havde haft direkte kontakt med deltagerne i forbindelse med tilbuddet. Data i forbindelse med de seks ugers tilbud blev løbende indtastet af de behandlende sygeplejersker, mens svarene fra 12-måneders-followup blev indtastet af et indtastningsbureau. Det antages således, at besvarelserne om rygestatus i dette studie er rimelig valide.

Ved tilrettelæggelsen af tilbuddet blev der lagt vægt på, at tilbuddet skulle evalueres. Forskellige evalueringsmetoder blev diskuteret, herunder gennemførelse af et klinisk randomiseret studie, som den optimale evalueringsmetode til vurdering af effekten af en intervention. Da der imidlertid var enighed om, at effekten af interventionen var veldokumenteret, og personalet ikke skulle indgå i et forsøg, blev evalue-

Tabel 3. Rygetilbagefaldsrationer estimeret i en Cox-regressionsmodel blandt 241 ansatte, som deltog i 12-måneders-opfølgingsundersøgelsen. Rygestoptilbud Bispebjerg Hospital, 1998.

Variabel	Rateratio (95% CI)
<b>Køn (<math>p=0,27</math>)</b>	
kvinder	1,27 (0,83; 1,94)
mænd	1
<b>Alder, år (<math>p=0,13</math>)</b>	
<40	1,35 (0,87; 2,12)
40-49	0,92 (0,58; 1,45)
>49	1
<b>Alder ved rygedebut, år (<math>p=0,06</math>)</b>	
<16	1,40 (0,98; 2,01)
>15	1
<b>Tobaksforbrug (<math>p=0,84</math>)</b>	
<16	1
16-20	1,09 (0,70; 1,71)
>20	1,16 (0,71; 1,92)
<b>Fagerstrøms score (<math>p=0,29</math>)</b>	
0-4	1
5-10	1,25 (0,83; 1,89)
<b>Kronisk sygdom (<math>p=0,02</math>)</b>	
nej	1
ja	1,79 (1,11; 2,89)
<b>Antal ophørsforsøg (<math>p=0,11</math>)</b>	
0	1,49 (0,92; 2,43)
>1	1
<b>Uddannelsesniveau (<math>p=0,30</math>)</b>	
lang eller mellemlang	1
kort eller ingen	1,21 (0,84; 1,75)

ringen tilrettelagt som en followupundersøgelse uden kontrolgruppe med henblik på kvalitetssikring af tilbuddet.

Ophørsraten i dette studie var 33% blandt deltagerne i 12-måneders-opfølgingsundersøgelsen. Af de deltagere, som fik tilsendt et spørgeskema 12 måneder efter rygeafvænnings tilbuddet, returnerede 104 ikke spørgeskemaet, hvilket giver et relativt stort bortfald på 30%. Bortfaldet i denne undersøgelse er imidlertid ikke større, end hvad der sædvanligvis opnås ved postomdelte spørgeskemaundersøgelser. Det er kendt fra tidligere undersøgelser, at ikkedeltagerne i evalueringsundersøgelser om rygning har en højere rygeprævalens end deltagerne (11). På denne baggrund er en antagelse om, at alle ikkedeltagerne har genoptaget rygningen ved 12-måneders-undersøgelsen den mest vidtgående. Udregnes succesraten således blandt alle deltagere i opfølgingsundersøgelsen, og ikke kun blandt dem, der returnerede 12-måneders-followup-spørgeskemaerne, får man en succesrate på 22% efter 12 måneder (79/359). Ud fra ovenstående antagelse har vi analyseret sammenhængen mellem tilbagefald og de faktorer, som indgik i Cox-regressionsmodellen, hvor tid til tilbagefald blandt ikkedeltagerne er fordelt som blandt deltagerne. Ved denne analyse findes en tendens til svagere sammenhænge.

Resultater fra internationale randomiserede undersøgelser om rygeafvænnings tilbud i sundhedsvæsenet med rådgivning og nikotinsubstitution har vist variation i 12-måne-

ders-ophørsraten fra 9% til 26% verificeret med CO-målinger (12-15). I en metaanalyse fra 1990 af 20 kontrollerede studier om rygeafvænning på arbejdspladser fandt man en 12-måneders-ophørsrate på 13% med en variation fra 0% til 33% med højeste ophørsrate på mindre arbejdspladser (16). Sammenlignet med disse resultater var 12-måneders-ophørsraten på 22% i dette studie høj taget i betragtning, at studiet er gennemført som et åbent tilbud til en stor gruppe af medarbejdere på en stor arbejdsplads (3.500 ansatte).

Rygeafvænningsstilbuddet var en del af en større indsats frem mod et røgfrit sygehus år 2000. Den relativt høje succesrate i dette tilbud kan muligvis tilskrives de organisatoriske og tobakspolitiske forhold på Bispebjerg Hospital i perioden.

Spontanophørsraten i den danske befolkning ligger i dag mellem 2% og 4% pr. år. En ophørsrate på 22% ligger således væsentligt højere end den forventede spontane ophørsrate. Antages det, at de 79 personer, som fortsat var eksrygere efter et år, var de eneste blandt de ansatte, som var holdt op med at ryge det pågældende år, ville ophørsraten på Bispebjerg Hospital således være 6,8% ( $100 \times 79$  eksrygere/1.155 rygere), hvilket stadig ligger over den forventede spontane ophørsrate.

I dette studie fandt vi en tendens til, at personer, som tidligere havde gjort ophørsforsøg, havde en større chance for at forblive røgfri et år efter end personer, som ikke havde forsøgt at holde op med at ryge før. Dette fund understøtter den adfærdsændringsteori, der er udviklet af *Prochaska* og *Di Clemente*, som blandt andet beskriver, at tidligere erfaringer med adfærdsændringer inddrages i evt. yderligere forsøg frem mod en varig adfærdsændring. Et tilbagefald efter et forsøg på adfærdsændring skal ud fra denne teori betragtes som et skridt på vejen mod en varig adfærdsændring (17). Derfor har man også besluttet at fortsætte tilbuddet til hospitalets ansatte for dermed at sikre, at ansatte, som skulle ønske yderligere adfærdsændringer og denne gang rygestop, også har mulighed for at få støtte.

Sammenfattende viste undersøgelsen, at det er muligt at etablere et succesfuldt tilbud om rygeafvænning med høj fremmøde og høj ophørsrate til personalet på et sygehus. Rygeafvænningsstilbud til rygende personale bør være et højt prioriteret og centralt element på landets sygehuse i arbejdet frem mod røgfrihed af hensyn til patienterne, arbejdsmiljøet og personalets eget helbred på langt sigt.

### Summary

**Ann Dorthe Olsen Zwisler, Henrik Brønnum-Hansen, Helle Shionning, Bente Munkholm Nelbom & Vibeke Backer:**  
**Smoking cessation programmes aimed at health professionals – is it worth while?**

Ugeskr Læger 2003;165:1451-6.

**Introduction:** A smoking cessation programme was offered to the staff members at H:S Bispebjerg Hospital as part of the political process toward a smoke-free hospital. The purpose of this study was to evaluate the long-term effect of the programme on smoking cessation and to identify factors influencing the success rate.

**Material and methods:** The study was designed as a 12-month follow-up mailed questionnaire study among 345 staff members, who participated in the smoking cessation programme between October 1998 and March 1999 (approximately 30% of the smokers employed at the hospital). The participation rate in the study was 70%. A higher participation rate was found among higher educated than lower educated staff members ( $p=0.004$ ). No differences in baseline smoking habits were found between participants and non-participants. Mean follow-up time was 389 days.

**Results:** At 12-month follow-up the success-rate was 22% among all 345 participants, and 33% among participants in the 12-month follow-up. No difference was found between men and women. We found that early debut of smoking gave a higher risk of relapse. A similar result was found for higher tobacco-consumption, lower education and earlier quit attempt, none of these findings was statistically significant, though.

**Discussion:** This smoking cessation programme had a high success rate (22%-33%) compared to clinical studies. In addition, we found that the programme could reach a large group of the smokers employed (30%). Based on the results we find it reasonable to conclude that a successful smoking cessation programme aimed at staff members can be established at hospitals as an important part moving towards a smoke-free hospital.

Reprints not available. Correspondence to: *Ann Dorthe Zwisler*, Statens Institut for Folkesundhed, Svanemøllevej 25, DK-2100 København Ø.  
 E-mail: ado@si-folkesundhed.dk

Antaget den 31. januar 2003.

H:S Bispebjerg Hospital, Kardiologisk Klinik Y, Hjerterehabiliteringen og Intern Medicinsk Klinik I, Lungemedicinsk Ambulatorium og Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse, og Statens Institut for Folkesundhed.

### Litteratur

- Lewis CE, Clancy C, Leake B et al. The counselling practices of internist. *Ann Int Med* 1991;114:54-8.
- Becker DM, Myers AH, Sacci M et al. Smoking behaviour and attitudes toward smoking among hospital nurses. *Am J Pulic Health* 1998;76:1449-51.
- Batlle E, Boixet M, Agudo A et al. Tobacco prevention in hospitals: long-term follow-up of a smoking control programme. *Br J Addict* 1991;86:709-17.
- Backer V, Olsen AD, Enevoldsen HK et al. Rygeintervention blandt hospitalspersonale på H:S Bispebjerg Hospital. *Ugeskr Læger* 1999;161:3663-5.
- Olsen AD, Fugleholm AM, Rasmussen S et al. Changes in smoking habits among hospital employees from 1992 until 1997. *Ugeskr Læger* 2000;161:3663-5.
- Law M, Tang JL. An analysis of the effectiveness of interventions intended to help people stop smoking. *Arch Intern Med* 1995;155:1933-41.
- Silagy C, Lancaster T, Stead L et al. Nicotine replacement therapy for smoking cessation (Cochrane Review). I: The Cochrane Library, Issue 4, 2002. Oxford: Update Software.
- Fagerström KO. Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. *Addict Behav* 1987;3:235-41.
- Pokorski TL, Chen WW, Bertholf RL. Use of urine cotinine to validate smoking self reports in U.S. navy recruits. *Addict Behav* 1994;19:451-4.
- Becona E, Vazquez FL. Self-reported smoking and measurement of expired air carbon monoxide in a clinical treatment. *Psychol Rep* 1998; 83:316-8.
- Madsen M, Pedersen JT, Nielsen PE. Rygevaner blandt danske læger, sygeplejersker og jordemødre 1989. *Ugeskr Læger* 1990;152:3336-40.
- Imperial Cancer Research Fund General Practice Research Group.

- Randomised trial of nicotine patches in general practice: results at one year. *BMJ* 1994;308:1476-82.
13. Abelin T, Buerhler A, Müller P et al. Controlled trial of transdermal nicotine patch in tobacco withdrawal. *Lancet* 1989b;1:7-8.
  14. Cambell I, Prescott RJ, Tjeder-bruton SM. Transdermal nicotine plus support in patients attending hospital with smoking related diseases: a placebo-controlled study. *Respir Med* 1996;90:47-51.
  15. Hurt RD, Lauger GG, Offord KP et al. Nicotine-replacement therapy with use of a transdermal nicotine patch – a randomised double-blind placebo-controlled trial. *Mayo Clin Proc* 1990;65:1529-37.
  16. Fisher KJ, Glasgow RE, Terborg JR. Work site smoking cessation: a meta-analysis of long-term quit rates from controlled studies. *J Occup Med* 1990;32:429-49.
  17. Prochaska JO, DiClemente CC. Transtheoretical therapy: towards a more integrative model of changes. *Psychother: Theory, Research Pract* 1982; 19:276-88.

## Det personlige efteruddannelsesbesøg

### Valg af strategi for mødet med den praktiserende læge

#### ORIGINAL MEDDELELSE

*Kaj Sparle Christensen, Marianne Rosendal,  
Jette Møller Nielsen, Hans E.S. Kallerup & Frede Olesen*

#### Resumé

**Introduktion:** En ændring af praktiserende lægers kliniske adfærd opnås bedst med udgangspunkt i identificerede behov og påvirkelige barrierer. I artiklen beskrives en model for det personlige efteruddannelsesbesøg, hvor målet er at facilitere og evaluere en tilsigtet adfærdsændring. Vi demonstrerer et eksempel på metodens praktiske anvendelighed og dens muligheder for at generere ny viden.

**Materiale og metoder:** Enogfyrre praktiserende læger i Århus og Vejle Amter deltog i foråret 2000 i et kursus i diagnostik og behandling af patienter med funktionelle lidelser. Alle deltagende læger blev tilbudt et opfølgende besøg i deres praksis efter seks måneder. Formålet med besøget var at facilitere og evaluere deres kursusudbytte inklusive deres erfaringer med brug af psykiatriske standardspørgeskemaer. Dialogen med lægerne var struktureret og tematiseret efter en model, som sigtede på systematisk at identificere behov og barrierer, herunder at fremhæve styrker, svagheder, muligheder og trusler forbundet med tilsigtede adfærdsændringer.

**Resultater:** Otteogtredive (93%) af lægerne modtog et efteruddannelsesbesøg. Den valgte model viste sig anvendelig og blev positivt modtaget af de praktiserende læger. Vi identificerede en række forhold af betydning for lægernes motivation og praktiske muligheder for at opnå og vedligeholde de tilsigtede adfærdsændringer.

**Diskussion:** Resultaterne viser, at modellen er brugbar, og at den accepteres af lægerne inden for rammerne af det beskrevne efteruddannelsesstilbud. Metoden kan med fordel indgå i udviklingen og evalueringen af det personlige efteruddannelsesbesøg herhjemme.

Det personlige efteruddannelsesbesøg (PEB) er en metode, der i udenlandske undersøgelser har vist god effekt med hensyn til at påvirke praktiserende lægers kliniske adfærd (1, 2). I flere danske amter er der nu startet forsøg eller etableret faste ordninger med PEB blandt praktiserende læger. Intentionen har primært været at forbedre kvaliteten af lægemiddelordinationer og på det seneste også at implementere kliniske vejledninger i almen praksis (3).

Erfaringer fra udlandet kan imidlertid ikke ukritisk overføres til danske forhold. Det er nødvendigt at dokumentere indholdet, anvendeligheden og effekten af forskellige PEB-strategier. Hvad foregår der i »den sorte boks« i mødet mellem facilitator og den praktiserende læge (3, 4)? Hvad er effekten af dette møde målt på lægens adfærd, og hvad er patientudbyttet? (1).

Der er dokumentation for, at lægens kliniske adfærd bedst påvirkes i forhold til identificerede behov og påvirkelige barrierer (5). Anvendelige metoder til at identificere behov og barrierer hos lægen er interview, spørgeskemaundersøgelser og observationsstudier (5).

Vi har sat os for at deklare indholdet af et PEB efter en model, hvor strategien er baseret på under samtalen at identificere incitament og barrierer for ændringer af lægens kliniske adfærd. Vores afprøvning af den valgte model indgår i en større undersøgelse, der belyser effekten af et forsøg med psykiatrisk efteruddannelse af praktiserende læger – et område, hvor andre forfattere har advokeret for forsøg med etablering af PEB (6).

Vi havde på forhånd en forventning og et ønske om, at vi med et PEB baseret på den valgte strategi ville kunne facilitere lægens adfærdsændring og samtidig generere ny viden om lægernes motivation og praktiske muligheder for at opnå og vedligeholde de tilsigtede adfærdsændringer. Formålet med denne artikel er således dels at beskrive en metode til facilitering og evaluering af et efteruddannelsesstilbud, dels at påvise metodens praktiske anvendelighed og den viden den kan frembringe.

#### Materiale og metoder

Enogfyrre praktiserende læger i Århus og Vejle Amter del-