

- young people. Washington D.C. : U.S. Department of Health and Human Services, 1994.
- Lund KE, Rise J. En gennemgang av forskningslitteraturen om tiltak for å redusere røyking blant ungdom. Oslo: Social- og helsedirektoratet, 2002.
 - Rooney BL, Murray DM. A meta-analysis of smoking prevention programs after adjustment for errors in the unit of analysis. Health Edu Q 1996;23:48-64.
 - Sundhedsstyrelsen. Forebyggelsestiltag. Sundhedsstyrelsens hjemmeside. www.SST.dk/forebyggelse.aspx /august 2004
 - Tobler NS, Roona MR, Ochshorn P et al. School-based adolescent drug prevention programs. J Prim Prev 2000;20:275-336.
 - US DHHS. Reducing tobacco use: a report of the Surgeon General – 2000. www.cdc.gov/tobacco/sgr_tobacco_use.htm / maj 2004.
 - Bruvold WH. A meta-analysis of adolescent smoking prevention programs. AJPH 1993;83:872-80.
 - Backinger CL, Fagan P, Matthews E et al. Adolescent and young adult tobacco prevention and cessation: current status and future directions. Tob Control 2003;12(suppl IV):iv46-iv53.

Prævalensen af passiv rygning blandt gravide ved første jordemoderbesøg i Danmark

Jordemoder Hanne K. Hegaard, jordemoder Hanne Kjærgaard, læge Lars F. Møller, statistiker Henrik Wachmann & professor Bent S. Ottesen

H:S Hvidovre Hospital, Gynækologisk-Obstetrisk Afdeling, og H:S Rigshospitalet, Juliane Marie Centret

Resumé

Introduktion: Gravide ikkerygeres udsættelse for passiv rygning giver en let reduktion i fødselsvægten. Prævalensen af passiv rygning hos danske gravide kendes ikke. I dette studie beskrives gravidens udsættelse for passiv rygning i og uden for hjemmet. For ikkerygere belyses sammenhængen med sociodemografiske faktorer og livsstilsfaktorer.

Materiale og metoder: På Hvidovre Hospital blev der gennemført en spørgeskemaundersøgelse blandt gravide i perioden 1996-1998.

Resultater: I denne population af gravide (n=2.843) var 39% udsat for passiv rygning i hjemmet og 80% uden for hjemmet (66% ≤5 timer og 14% >5 timer om dagen). Gravide rygere var mere udsat for passiv rygning end gravide ikkerygere og gravide, der var stoppet med at ryge tidligt i graviditeten. Gravide ikkerygere, som havde højt body mass index (BMI), højt koffeinforbrug, alder <25 år, havde født tidligere og havde en rygende partner var oftere udsat for passiv rygning i hjemmet. Gravide ikkerygere, som var i arbejde, havde højt BMI, alder <25 år, var førstegangs-fødende, havde højt koffeinforbrug og havde en rygende partner var oftere udsat for passiv rygning uden for hjemmet.

Diskussion: En meget stor andel af de gravide kvinder i vores studie var i 1996-1998 fortsat udsat for passiv rygning trods en lov fra 1995 om røgfri miljøer i offentlige lokaler, transportmidler og lignende. Vi fandt, at de fleste gravide var udsat for passiv rygning uden for hjemmet, og for gravide ikkerygere skete det ofte i forbindelse med arbejde, hvilket indikerer, at der er behov for et regelsæt om røgfrie miljøer på samtlige arbejdspladser. Gravide kvinder udgør en særlig gruppe, der bør beskyttes.

Det er velkendt, at rygning i graviditeten øger risikoen for graviditets- og fødselskomplikationer, og den gennemsnitlige fostervægt reduceres [1]. På baggrund af dette har man i flere studier undersøgt, om passiv rygning blandt gravide ikkerygere har en effekt på fødsels udfald [2-6]. *Windham* beskriver dels et retrospektivt studie om sammenhænge mellem udsættelse for passiv rygning og fødselsvægt og dels resultater af metaanalyser om samme emne [2]. I en af metaanalyserne indgår der ti studier, og i denne metaanalyse ses en ændring i den gennemsnitlige fødselsvægt på -28 gram (95% konfidensinterval (CI): - 41, -16), når ikkerygere udsættes for passiv rygning.

I *Windhams* retrospektive studie ses der ingen påvirkning af udsættelse for passiv rygning på den gennemsnitlige fødselsvægt og på risikoen for fødsel af børn født *small for gestational age* (SGA). I et andet studie ses der heller ikke en forøget risiko for SGA, når ikkerygere udsættes for passiv rygning [5].

Igennem tiderne er der anvendt forskellige metoder til at måle gravidens udsættelse for passiv rygning. I tidligere studier er faderens rygning anvendt som mål for ekspositionen [2]. I andre undersøgelser er udsættelsen beskrevet som det totale antal timers passiv rygning, som den gravide kvinde udsættes for gennem et døgn [4-5]. Endvidere beskrives udsættelsen i forhold til en lokalitet, det vil sige: på arbejdet, i hjemmet og på offentlige steder [3, 6].

Prævalensen af passiv rygning blandt gravide i Danmark kendes ikke. I vores studie beskrives prævalensen af udsættelse for passiv rygning henholdsvis i hjemmet og uden for hjemmet hos danske gravide, og den sættes i forhold til den gravidens rygerstatus. Blandt gravide ikkerygere belyses sammenhængen mellem udsættelse for passiv rygning og en række sociodemografiske faktorer og livsstilsfaktorer.

Materiale og metoder

Populationen i dette delstudie er gravide, som deltog i et interventionsstudie om rygning og passiv rygning [7]. Studiet

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

foregik på Gynækologisk-Obstetrisk Afdeling, Hvidovre Hospital. De gravide blev ved første jordemoderbesøg i perioden fra november 1996 til april 1998 inviteret til at deltage. Inklusionskriterierne var: dansktalende, 18 år eller mere, gestationslængde mindre end 22 uger, ingen kendte psykiatriske sygdomme, intet kendt alkohol- eller stofmisbrug. Gravide med psykiatriske sygdomme og alkohol og stofmisbrug blev ikke inkluderet, idet det blev vurderet, at disse gravide ikke havde resurser til at følge interventionen. Gravide under 18 år blev ikke inkluderet i studiet, da det ville indebære et samtykke fra den gravides forældre.

Alle deltagerne blev bedt om at udfylde et spørgeskema efter første jordemoderbesøg, spørgeskemaet var til udfyldelse i 12.-18. graviditetsuge. Totalt blev 4.000 gravide kvinder inviteret til at deltage og 3.206 (80%) ønskede at deltage. Ud af de 3.206 gravide afleverede 2.843 (89%) spørgeskemaet med besvarelse af spørgsmål om rygerstatus før graviditeten og i graviditeten samt spørgsmål om udsættelse for passiv rygning i og uden for hjemmet. Fra spørgeskemaet er der endvidere hentet oplysninger om kvindens alder, paritet, højde, vægt før graviditeten, partnerens rygerstatus, koffeinindtagelse, civilstand, erhvervsstatus, fysisk aktivitet og skolegang. Ved besvarelse af spørgeskemaet var de gravide gennemsnitligt i 16. graviditetsuge.

Definition af variable

Gravide rygere er defineret som kvinder, der var rygere en måned før den aktuelle graviditet og ved første jordemoderbesøg. Gravide, som er stoppet med at ryge, er defineret som kvinder, der var rygere en måned før den aktuelle graviditet, men var stoppet med at ryge ved første jordemoderbesøg. Gravide ikkerygere er defineret som kvinder, der var ikke-rygere en måned før den aktuelle graviditet og ved første jordemoderbesøg. I spørgeskemaet var spørgsmålene om passiv rygning følgende: »Hvor mange timer er du dagligt udsat for andres røg (passiv rygning) i hjemmet?« og »Hvor mange timer er du dagligt udsat for andres røg (passiv rygning) uden for hjemmet?« Udsættelse for passiv rygning i hjemmet blev inddelt i tre kategorier: ikke udsat, udsat ≤ 5 timer om dagen og udsat > 5 timer om dagen. Udsættelse for passiv rygning uden for hjemmet blev efter samme princip inddelt i de tre kategorier.

Spytprøver til kotininbestemmelse

Deltagere afgav en spytp prøve til kotininbestemmelse ved første jordemoderbesøg. Første jordemoderbesøg var ligeligt fordelt på ugens fem hverdage. Kotinin er en metabolit af nikotin og måles i spyt ved såvel aktiv som passiv rygning, halveringstiden er 20 timer [8, 9]. Analysen af kotinin blev foretaget ved hjælp af gaskromatografisk analyse [10]. Grænsen for at kvantificere kotinin var fastsat til 3,80 ng pr. ml, og grænsen for at determinere kotinin var fastsat til 0,90 ng pr. ml [11].

I denne artikel er det kun relevant at medtage analysesvar

fra ikkerygere, da analysesvar anvendes i en vurdering af, om udsættelse for passiv rygning påvirker koncentrationen af kotinin i spyt. Da det ikke var økonomisk muligt at analysere alle spytp prøver blev prøver fra 347 (20%) af alle 1.777 ikkerygere udvalgt og analyseret. Heraf kunne kun 266 analysesvar anvendes på grund af for lille mængde spyt i de øvrige. Spytp prøverne blev udvalgt således, at grupper af gravide ikkerygere med forskellig eksponeringsgrad var repræsenteret. Blandt de 416 ikkerygere, som var udsat for passiv rygning i hjemmet, var der kotininsvar fra 17,5%, og fra de 1.361, som ikke var udsat i hjemmet, var der kotininsvar fra 14,2%. Blandt de 1.139 ikkerygere, som var udsat for passiv rygning uden for hjemmet, var der kotininsvar fra 13,3%, og fra de 372, som ikke var udsat for passiv rygning uden for hjemmet, var der kotininsvar fra 19,7%. Til at skelne rygere fra ikke-rygere anvendes en spyt kotinin cut off-værdi på 14,2 ng/ml [12].

Statistik

Med henblik på at vurdere om udsættelse for passiv rygning henholdsvis i og uden for hjemmet afhænger af kategoriske variable blev der foretaget χ^2 -test. Med henblik på at vurdere, om koncentrationen af kotinin er højere blandt gravide ikkerygere udsat for passiv rygning end gravide ikkerygere ikke udsat for passiv rygning anvendtes Mann-Whitneys nonparametriske test. Den nonparametriske test blev anvendt, da værdierne ikke var normal fordelt. Statistisk signifikans blev fastsat ved $p < 0,05$. Statistiske analyser blev udført ved brug af SPSS 12.0 og SAS version 8.2.

Studiet er godkendt af Den Videnskabetiske Komité for Københavns og Frederiksberg Kommuner.

Resultater

I denne population af 2.843 gravide var 38,7% ($n=1.099$) udsat for passiv rygning i hjemmet heraf (29,2% ≤ 5 timer og 9,4% > 5 timer om dagen), og 79,6% ($n=2.264$) var udsat for passiv rygning uden for hjemmet (65,9% ≤ 5 timer og 13,8% > 5 timer om dagen) (Tabel 1).

I alt var 76% af rygerne ($n=710$) udsat for passiv rygning i hjemmet mod 23% af ikkerygerne ($n=1.777$), (χ^2 : $p < 0,001$). Uden for hjemmet var 91% af rygerne ($n=710$) udsat for passiv rygning mod 74% af ikkerygerne ($n=1.777$), (χ^2 : $p < 0,001$) (Tabel 1).

Blandt de 1.777 ikkerygere var følgende kategorier af gravide oftest udsat for passiv rygning i hjemmet: gravide < 25 år (χ^2 : $p=0,03$), flergangsfødende (χ^2 : $p=0,04$), gravide med et koffeinforbrug ≥ 400 mg pr. dag (χ^2 : $p=0,02$), gravide med et *body mass index* (BMI) ≥ 25 (χ^2 : $p=0,03$) og gravide med en rygende partner (χ^2 : $p < 0,001$) (Tabel 2).

Blandt de 1.777 ikkerygere var følgende kategorier af gravide oftest udsat for passiv rygning uden for hjemmet: førstegangsfødende (χ^2 : $p < 0,001$), gravide i arbejde (χ^2 : $p < 0,001$), gravide med et koffeinforbrug ≥ 400 mg pr. dag (χ^2 : $p=0,03$),

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

Tabel 1. Prævalensen af udsættelse for passiv rygning i hjemmet/uden for hjemmet i forhold til rygerstatus (n=2.843).

	Alle gravide (n=2.843) %	Rygere (n=710) %	Stoppet med at ryge ^a (n=356) %	Ikkerygere (n=1.777) %
<i>Udsat for passiv rygning i hjemmet</i>				
Ikke udsat	61,3	24,4	59,0	76,6
Udsat ≤5 timer om dagen	29,2	51,5	32,6	19,6
Udsat >5 timer om dagen	9,4	24,1	8,4	3,8
<i>Udsat for passiv rygning uden for hjemmet</i>				
Ikke udsat	20,4	9,3	14,0	26,1
Udsat ≤5 timer om dagen	65,9	70,1	69,7	63,4
Udsat >5 timer om dagen	13,8	20,6	16,3	10,5

a) Gravide, som er stoppet med at ryge, er defineret som kvinder, der var rygere en måned før den aktuelle graviditet, men er stoppet med at ryge ved første jordemoderbesøg.

Tabel 2. Sociodemografiske karakteristika og livsstilsfaktorer blandt gravide ikkerygere i forhold til eksponering for passiv rygning i hjemmet ved tidspunktet for første jordemoderbesøg (n=1.777).

	Antal ^a	Ikke udsat		Udsat ≤5 timer om dagen		Udsat >5 timer om dagen		p-værdi
		%	n	%	n	%	n	
Alle gravide ikkerygere	1.777	76,6	1.361	19,6	349	3,8	67	
<i>Alder</i>								
<25 år	192	69,3	133	25,0	48	5,7	11	0,03
≥25 år	1.585	77,5	1.228	19,0	301	3,5	56	
<i>Paritet</i>								
Førstegangsfødende	1.000	78,7	787	18,2	167	3,1	31	0,04
Flergangsfødende	775	73,8	572	21,5	183	4,6	36	
<i>Skolegang i år</i>								
<10	112	72,3	81	22,3	25	5,4	6	0,56
≥10	1.460	76,2	1.113	20,0	292	3,8	55	
<i>Samboende/alene</i>								
Alene	105	74,3	78	19,0	20	6,7	7	0,24
Samboende	1.636	76,9	1.258	19,6	321	3,5	57	
<i>Erhvervsstatus</i>								
I arbejde	1.267	76,7	972	19,4	246	3,9	49	0,70
Ikke i arbejde/studerende	374	77,3	289	19,8	74	2,9	11	
<i>Koffeinindtag^b</i>								
<400 mg koffein pr. dag	1.361	77,3	1.231	19,3	308	3,4	54	0,02
≥400 mg koffein pr. dag	349	70,7	130	22,3	41	7,1	13	
<i>Prægravide body mass index (BMI) (vægt i kg/højde i m²)</i>								
BMI <25	1.364	77,9	1.062	21,5	261	3,0	41	0,03
BMI ≥25	368	72,0	265	19,1	79	6,5	24	
<i>Partnerens rygerstatus</i>								
Ryger	443	28,4	126	56,2	249	15,3	68	<0,001
Ikkeryger eller eksryger	1.327	92,5	1.227	7,5	100	0	0	
<i>Fysisk aktivitet året før graviditeten</i>								
Konkurrenceidræt flere gange om ugen	38	81,6	31	18,4	7	0,0	0	0,06
Motionsidræt/havearbejde mindst 4 timer om ugen	298	79,9	238	17,1	51	3,0	9	
Lettere motion mindst 4 timer om ugen	1.240	76,9	953	19,4	241	3,7	46	
Stillesiddende arbejde	187	67,9	127	25,7	48	6,4	12	
<i>Udsat for passiv rygning uden for hjemmet</i>								
Aldrig/stort set aldrig	463	89,0	412	9,9	46	1,1	5	<0,001
1-5 timer	1.127	73,2	825	23,3	263	3,5	39	
>5 timer	187	66,3	124	21,4	40	12,3	23	

a) Når tallene ikke summerer til total, skyldes det *missing values*.

b) Koffeinindtagelse var udregnet fra daglig indtag af kaffe (en kop = 100 mg), te, chokolade (en kop = 50 mg) og cola (en flaske (0,5 l) = 50 mg).

gravide med et BMI ≥25 (χ^2 : p=0,048) og gravide med en rygende partner (χ^2 : p=0,001) (Tabel 3).

Seks (1,9%) ud af 266 spytpøver havde en spytkotininkoncentration på over 14,2 ng pr. ml, hvilket indikerede, at spyt-

prøverne kunne stamme fra gravide, som røg. I Tabel 4 ses kotininkoncentrationen blandt ikkerygere i forhold til eksponering for passiv rygning. Koncentrationen af kotinin var signifikant højere hos gravide, som var udsat for passiv rygning i

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

Tabel 3. Sociodemografiske karakteristika, livsstilsfaktorer blandt gravide ikkerygere i forhold til eksponering for passiv rygning uden for hjemmet ved tidspunktet for første jordemoderbesøg (n=1.777)

	Antal ^a	Ikke udsat		Udsat ≤5 timer om dagen		Udsat >5 timer om dagen		p-værdi
		%	n	%	n	%	n	
Alle gravide ikkerygere	1.777	26,1	463	63,4	1.127	10,5	187	
<i>Alder</i>								
<25 år	192	19,8	38	67,7	130	12,5	24	0,10
≥25 år	1.585	26,8	425	62,9	997	10,3	163	
<i>Paritet</i>								
Førstegangsfødende	1.000	22,4	224	66,5	665	11,1	111	<0,001
Flergangsfødende	775	30,7	238	59,5	461	9,8	76	
<i>Skolegang i år</i>								
<10	112	19,6	22	71,4	80	8,9	10	0,22
≥10	1.460	26,3	384	63,4	925	10,3	151	
<i>Alene/samboende</i>								
Alene	105	23,8	25	61,0	64	15,2	16	0,24
Samboende	1.636	26,4	432	63,5	1.039	10,1	165	
<i>Erhvervsstatus</i>								
I arbejde	1.267	23,1	293	63,6	806	13,3	168	<0,001
Ikke i arbejde/studerende	374	35,8	134	62,6	234	1,6	6	
<i>Koffeinindtag^b</i>								
<400 mg koffein pr. dag	1.593	26,7	37	64,7	119	28	15,2	0,03
≥400 mg koffein pr. dag	184	20,1	426	63,3	1.008	159	10,0	
<i>Prægravide body mass index (BMI) (Vægt i kg/ (højde i m²))</i>								
BMI <25	1.364	26,9	367	63,4	865	9,7	132	0,048
BMI ≥25	368	22,8	84	63,6	234	13,6	50	
<i>Partnerens rygerstatus</i>								
Ryger	442	19,9	88	66,1	292	14,0	62	<0,001
Ikkeryger eller eksryger	1.340	28,0	375	62,6	839	9,4	126	
<i>Fysisk aktivitet året før graviditeten</i>								
Konkurrenceidræt flere gange om ugen	38	18,7	7	65,8	25	15,8	6	0,49
Motionsidræt/havearbejde mindst 4 timer om ugen	298	25,2	75	65,4	195	9,4	28	
Lettere motion mindst 4 timer om ugen	1.240	26,7	331	63,4	786	9,9	123	
Stillesiddende arbejde	187	24,6	46	61,5	115	13,9	26	
<i>Udsat for passiv rygning i hjemmet</i>								
Aldrig/stort set aldrig	1.361	30,3	412	60,6	825	9,1	124	<0,001
1-5 timer	349	13,2	46	75,4	263	11,5	40	
>5 timer	67	7,5	5	58,2	39	34,3	23	

a) Når tallene ikke summerer til total, skyldes det *missing values*.

b) Koffeinindtagelse var udregnet fra daglig indtag af kaffe (en kop = 100 mg), te, chokolade (en kop = 50 mg) og cola (en flaske (0,5 l) = 50 mg).

Tabel 4. Mediane spytkotinin-koncentrationer i forhold til eksponering for passiv rygning (n=266).

	Ikke udsat for passiv rygning i hjemmet, spytkotinin-koncentration ng/ml			Udsat for passiv rygning i hjemmet, spytkotinin-koncentration ng/ml			I alt
	median	spændvidde	n	median	spændvidde	n	
Ikke udsat for passiv rygning uden for hjemmet	0,9	0,9-46	77	4,0	0,9-5	14	91
Udsat for passiv rygning uden for hjemmet	0,9	0,9-405	116	3,8	0,9-164	59	175
I alt	–	–	193	–	–	73	266

hjemmet (Mann-Whitney-test; p=0,03), og hos gravide, som var udsat for passiv rygning både i hjemmet og uden for hjemmet (Mann-Whitney-test; p=0,001), end hos de gravide, som ikke var udsat for passiv rygning overhovedet. Udsættelsen for passiv rygning uden for hjemmet alene gav ikke en klart højere kotinin-koncentration (Mann-Whitney-test; p=0,06).

Diskussion

I denne population af 2.843 gravide var 39% udsat for passiv rygning i hjemmet, 80% var udsat for det uden for hjemmet og 83% enten i hjemmet eller udenfor. Gravide rygere var mere udsat for passiv rygning end ikkerygere. Dette gjaldt både i hjemmet og uden for hjemmet.

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

Blandt gruppen af ikkerygere var 23% udsat for passiv rygning i hjemmet og 74% uden for hjemmet. Den faktor, der er stærkest relateret til udsættelse for passiv rygning i hjemmet hos ikkerygere var partnerens rygerstatus, mens det at være i arbejde i forhold til ikke i arbejde/studerende var en af de faktorer, der var stærkest relateret til udsættelse uden for hjemmet.

De mediane spytkotininkoncentrationer hos ikkerygere præsenteres ved varierende udsættelse for passiv rygning (ved ikke udsat for passiv røg/alene udsat i hjemmet/alene udsat uden for hjemmet/udsat både i hjemmet og uden for hjemmet). Gravide, som alene var udsat for passiv rygning i hjemmet, havde en højere spytkotininkoncentration end de gravide, som ikke var udsat for passiv rygning. Gravide, som var udsat for passiv rygning både i hjemmet og udenfor havde også en højere spytkotininkoncentration end gravide, der ikke var udsat for passiv rygning. Mod forventning havde gravide, som alene var udsat for passiv rygning uden for hjemmet ikke en højere spytkotininkoncentration end ikkeudsatte, i begge grupper var den mediane spytkotininkoncentration på 0,9 ng pr. ml.

Forklaringen på dette kan være, at blandt de gravide, som var udsat for passiv rygning uden for hjemmet, og hvor udsættelsen foregik på arbejdspladsen, har studiet en fejlkilde. Hvis den gravide får foretaget en spytp prøve om mandagen vil kotininkoncentrationen i spyttet være lavere end ellers, fordi koncentrationen er blevet halveret over weekenden, hvor den gravide ikke er blevet eksponeret for passiv rygning på arbejdspladsen. Omkring 20% af samtlige spytp prøver blev indsamlet om mandagen.

Blandt ikkerygere var koncentrationen af kotinin i spyttet høj, fordi de var udsat for passiv rygning, og ikke fordi de opgav en forkert rygerstatus. Kun seks spytp prøver (1,9%) havde så høje kotininværdier, at de kunne stamme fra rygere.

Det er overraskende, at så stor en andel af gravide er udsat for passiv rygning. Det er bekymrende af flere årsager: Udsættelse for passiv rygning giver en øget risiko for at få lungecancer [13] og hjerte-kar-sygdomme [14], og selv om risikoen er lille i forhold til ved aktiv rygning, er det et stort samfundsmedicinsk problem, når så stor en del af kvinderne er eksponeret. Endvidere er det bekymrende, da passiv røg kan have en skadelig effekt på fødselens udfald [2]. Set i dette perspektiv er det uheldigt, at gravide rygere er mest udsat for passiv rygning, idet disse kvinders graviditetsudfald således bliver belastet ved såvel aktiv som passiv røg. I denne undersøgelse blev flere gravide udsat for passiv rygning uden for hjemmet end i hjemmet, dette er også fundet i andre studier [4].

I 1995 blev der udsendt en lov om røgfri miljøer i offentlige lokaler, transportmidler og lignende [15]. Formålet med loven er, under hensyntagen til såvel rygere som ikkerygere, at begrænse generne ved passiv rygning i offentlige lokaler, transportmidler og lignende samt at begrænse den sundhedsfare, der er forbundet dermed.

Loven er ikke rettet mod private virksomheder, og vores undersøgelse viser, at det blandt andet er gravide ikkerygere i arbejde, som udsættes for passiv rygning. Ud fra vores undersøgelse ved vi dog ikke, om gravides udsættelse for passiv rygning foregår på offentlige arbejdspladser eller på private arbejdspladser, men vi går ud fra, at loven er implementeret på offentlige arbejdspladser.

Vores undersøgelse viste, at danske gravide ikkerygere var mere udsat for passiv rygning end gravide ikkerygere i amerikanske/italienske og svenske undersøgelser [3-5], hvor mindre end 30% var udsat for passiv rygning.

I vores studie vises endvidere, at mange gravide med rygende partner udsættes for passiv rygning i hjemmet og uden for. Dette kan forklares ved, at danske par enten mangler viden om de sundhedsskadelige konsekvenser af passiv rygning eller ikke vælger at ændre adfærd som følge af denne viden. I svangreomsorgen burde der informeres mere om skadelige påvirkninger ved udsættelse for passiv rygning. I vores undersøgelse er passiv rygning uden for hjemmet relateret til det at være i arbejde og have en rygende partner. Der er udsendt love, som begrænser udsættelsen for passiv rygning på offentlige steder, men ikke på private arbejdspladser. Der er imidlertid behov for en fokusering på dette problem, og loven om passiv rygning er ikke tilstrækkelig til at beskytte ikkerygere og – som det ses i denne undersøgelse – gravide kvinder mod passiv rygning. Det er forfatterens håb, at der kan skabes et arbejdsmiljø enten lovgivningsmæssigt eller ved frivillige aftaler, som sikrer, at ingen mod deres vilje udsættes for passiv rygning på arbejdspladsen.

Korrespondance: *Hanne Kristine Hegaard*, Gynækologisk-Obstetrisk Afdeling, Afsnit 422, H:S Hvidovre Hospital, Kettegård Allé 30, DK-2650 Hvidovre.
E-mail: hkhegaard@hotmail.com

Antaget: 23. juni 2004

Interessekonflikter: Ingen angivet

Taksigelser: Forfatterne takker mag.scient.soc. *Niels Kristian Rasmussen* for råd og vejledning i planlægnings- og projektperioden. Projektet er støttet med midler fra Sundhedsministeriets Sundhedspulje 1400/8-114-1995, 1400/8-237-1996, 1400/10-135-1997, 1400/23-1998, Københavns Kommunes Sund By Projekt, Dansk Lungeforening og Kræftens Bekæmpelse.

Litteratur

1. Hoffhuis W, de Jongste JC, Merkus PJ. Adverse health effects of prenatal and postnatal tobacco smoke exposure on children. *Arch Dis Child* 2003;88:1086-90.
2. Windham GC, Eaton A, Hopkins B. Evidence for an association between environmental tobacco smoke exposure and birthweight: a meta-analysis and new data. *Paediatr Perinat Epidemiol* 1999;13:35-57.
3. Ahlborg G Jr., Bodin L. Tobacco smoke exposure and pregnancy outcome among working women. *Am J Epidemiol* 1991;133:338-47.
4. Lazzaroni F, Bonassi S, Manniello E et al. Effect of passive smoking during pregnancy on selected perinatal parameters. *Int J Epidemiol* 1990;19:960-6.
5. Sadler L, Belanger K, Saftlas A et al. Environmental tobacco smoke exposure and small-for-gestational-age birth. *Am J Epidemiol* 1999;150:695-705.
6. Fortier I, Marcoux S, Brisson J. Passive smoking during pregnancy and the risk of delivering a small-for-gestational-age infant. *Am J Epidemiol* 1994;139:294-301.
7. Hegaard H, Kjærgaard H, Møller L et al. Multimodal intervention raises smoking cessation rate during pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003;82:813-9.

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

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-