



HVORDAN VEILEDE OM RØYKESLUTT?



Foto: Erik M. Sundt



...en mand eller en
...alderen har smukt.
...Et der ikke
...i huse som i nogle
...er smukt og godt.

**RØYKFRIHET
OGHELSE**

— information om røkerisiko
ved aktiv og passiv røking

Hva tilfører artikkelen?

Undersøkelsen viser at fremtidige røykesluttintervensjoner bør tilstrebe at brukeren av tilbudet blir premissleverandør, og tilbys oppfølging over tid.

Mer om forfatterne:

Annett Arntzen er sosiolog, med dr. philos grad i epidemiologi. Hun arbeider som førsteamanuensis på Avdeling for samfunnsfag ved Høgskolen i Vestfold.

Bente Wahl Sandvold er sykepleier,

med mastergrad i Helsefremmende arbeid. Hun arbeider som sykepleier i Stokke kommune i kombinasjon med studier i tverrfaglig samfunnsvitenskap ved Høgskolen i Vestfold. Kontaktperson: annett.arntzen@hive.no



Foto: Erik M. Sundt

Bakgrunn: Røyking og røykeslutt er store temaer, og forskningsfeltet er omfattende. Røykesluttintervensjoner tar oftest utgangspunktet i hva fagfeltet og ekspertene anser som viktig for røykeslutt, mens få studier omhandler pasientens syn på dette.

Hensikt: Studien presenterer pasienters og helsepersonells erfaringer med og opplevelse av røykesluttveiledning i sykehus, og diskuterer hvordan denne erfaringskunnskapen kan benyttes videre i arbeid med røykesluttveiledning.

Metode: Studien benytter et kvalitativt forskningsdesign med strate-

gisk utvelgning av informanter. Det ble gjennomført elleve semistrukturerte pasientintervjuer og tre fokusgruppeintervjuer med ti ansatte på en hjertepost. Intervjuene ble kodet, utarbeidet i tematiske matriser, kategorisert, meningsfortettet og fortolket.

Resultater: Røykesluttveiledningen foregikk samtidig med andre gjøremål, og ble oppfattet som tilfeldig og lite konkret for både pasienter og helsepersonell. Pasientene ønsket tydeligere, mer formalisert og faktabasert veiledning samt oppfølging over tid. Helsepersonellet var ambivalente, de ønsket å gi veiledning, men ville ta hensyn til pasien-

tenes autonomi og var redde for å virke moraliserende. Helsebudskap oppfattes ulikt blant pasientene avhengig av deres kontekstuelle utgangspunkt.

Konklusjon: Rammevilkårene rundt veiledningssituasjonen bør bedres. Det er behov for å differensiere røykesluttintervensjoner ut fra pasientens livssituasjon, og tilby pasientene oppfølging over tid. Det er behov for å øke helsepersonellens veiledningskompetanse og faglige kunnskap på området. Erfaringskunnskapen har overføringsverdi i arbeidet med veiledningsintervensjoner om røykeslutt og en helsefremmende praksis.

» Hvordan veilede om røykeslutt?

Forfattere: Annett Arntzen
og Bente Wahl Sandvold

NØKKELORD

- Kvalitativ studie
- Helsefremmende arbeid
- Røykeavvenning
- Hjerteinfarkt

Røyking er en kjent risikofaktor for utvikling av hjertesykdom. Årlig dør over 3000 nordmenn av en hjerte- og karsykdom de har utviklet grunnet røyking (1-2).

På 1970-tallet røykte over halvparten av den mannlige befolkningen, omlag 30 prosent av kvinnene, og røyking var like utbredt i alle sosiale lag. Utover 1990-tallet sank andelen daglig-røykere. I 2008 var 21 prosent av den voksne befolkningen daglig-røykere og 9 prosent røykte av og til. I dag er røyking kjønnsmessig likt fordelt, de fleste er i aldersgruppe 35–64 år, og lavt utdannede personer er overrepresentert blant dagligrøykerne (1-2).

Nedgangen i dagligrøykere og at færre unge begynner å røyke sees i sammenheng med forebyggende tiltak: lovgivning, regler, prisøkning på tobakksprodukter, forbud mot tobakksreklame, røykfrie arbeidsplasser og offentlige rom, markante helseadvarsler, utvikling og tilbud av

røykesluttprogrammer, informasjon og holdningskampanjer.

Det tobakksforebyggende arbeidet har kommet langt, men har et forbedringspotensial knyttet til hjelp til røykeslutt (3). Røykesluttveiledning er et forsømt tema innen fagfeltet kardiologi (4). Røykesluttintervensjoner var tidligere ikke ansett som spesialisthelsetjenestens oppgave, det var ikke et krav og dermed ingen plikt.

Innføringen av Lov om Spesialisthelsetjenesten (2001) fremmer opplæring og informasjon som en av sykehusets viktigste oppgaver (5). Nasjonale føringer vektlegger tobakksforebygging og røykeslutt som satsingsområder i spesialisthelsetjenesten (3). Pasienter og pårørendes behov for informasjon og hjelp til røykeslutt er viktig sett fra individuelle, helsefaglige, etiske og helsejuridiske synspunkter.

Forskningsfeltet om røykeslutt er omfattende og mange studier omhandler røykeavvenning (6-7). Studier med utgangspunkt i pasientens syn på røykeslutt er imidlertid begrenset. Forskning viser at systematisk intervensjon under innleggelse og oppfølging over tid øker sluttraten (8-10). Helsepersonell kan oppleve pasientsamtaler om røykeslutt vanskelig, grunnet temaets føl-

somme karakter og manglende veiledningskompetanse (11-12).

HELSEFREMMEDE ARBEID

Helsefremmende arbeid defineres som prosesser der mennesker gjennom myndiggjøring blir i stand til å bedre og bevare egen helse (13-14). Personlig og sosial utvikling styrkes gjennom informasjon, helseopplysning og kunnskap om mestringsteknikker. Individets perspektiv, oppfatninger og erfaringskompetanse utgjør en viktig forutsetning for myndiggjøring. Skal helsetjenestens rolle, utover ansvaret for kliniske og kurative tjenester, bevege seg i en helsefremmende retning må fagkompetansen tilpasses individet og ikke motsatt (14).

Denne studien tar utgangspunkt i et helsefremmende perspektiv. Vi spør: Hvordan opplever pasienter og helsepersonell veiledning om røykeslutt i sykehus?

Hensikten er å presentere pasienter og helsepersonells erfaringskunnskap om røykesluttveiledning i sykehus, og diskutere hvordan dette kan benyttes for å videreutvikle røykesluttveiledning.

METODE OG UTVALG

Studien benyttet et kvalitativt forskningsdesign med strategisk

utvelgning av informanter med erfaringskompetanse om røykesluttveiledning i sykehus (15). Pasientene hadde vært innlagt i forbindelse med hjerteinfarkt. Helsepersonellet arbeidet ved den hjerteposten pasientene hadde ligget på.

Pasientintervjuer

Pasientene ble rekruttert fra Hjerteskolens pasientene tilbys etter innleggelsen. De som ønsker tilbudet, starter et par uker etter utskrivelse. Hjerteskolene er rulle-ende, så informasjon om studien ble gitt skriftlig og muntlig flere ganger i forbindelse med ordinær undervisning (16).

Etter elleve intervjuer nådde informasjonen som kom fram under intervjuene en grenseverdi (15). Antallet tilfredsstilte vanlig utvalgsstørrelse og sammenfalt med planlagt tidsperspektiv.

Ut fra et epistemologisk synspunkt krever studier av komplekse sosiale fenomener kvalitative dybdeintervjuer for å frembringe viktige nyanser. Semistrukturerte intervjuer ble valgt ut fra studiens ontologiske perspektiv (16). Fortolkning av erfaringskunnskap og oppfatninger om røykeslutt stod sentralt. Intervjuene fant sted i Hjerteskolens lokaler etter Hjerteskolundervisningen.

Ni menn og to kvinner mellom 50–70 år ble intervjuet. Fire var skilt og sju var gift. Fem menn, hvorav fire var gift, hadde sluttet å røyke etter infarkt. Alle hadde røkt siden ungdomsårene, flesteparten mer enn 25 sigaretter daglig før hendelsen, kvinnene noe mindre. Ni informanter hadde tidligere forsøkt å slutte.

Fokusgruppeintervjuer

Helsepersonellet ble informert om studien på fagdager og ved vaktskifter. Fokusgruppeinte-

rvjuene foregikk på sykehuset mellom vaktskifter. Hjertepostens avdelingssykepleier fristilte informantene for å kunne delta i ordinær arbeidstid.

Tre fokusgruppeintervjuer med ti kvinnelige sykepleiere og hjelpepleiere ble gjennomført. Tre var nyansatte, fire hadde jobbet over fem år og tre hadde over femten års arbeidserfaring i sykehus. Dette sikret variasjon og bredde. Gruppene var homogene i den forstand at deltakerne arbeidet ved samme avdeling (17-18). Den sosiale interaksjonen er av betydning for kunnskapsproduksjon. Kjennskapet til hverandre skapte trygge rammer og dynamiske gruppediskusjoner.

Intervjuguidene

For å balansere standardisering og fleksibilitet i intervjusituasjonen, besto pasientintervjuguiden av tre sekvenser med ulike temaer som belyste forskningsspørsmålet. Første sekvens gir informasjon om studien, spørsmål om bakgrunnsinformasjon, røykehistorikk og erfaringer. Deretter følger spørsmål om erfaringer med røykesluttveiledning, om de hadde fått veiledning, på hvilken måte den foregikk og hvordan den opplevdes. Informantene som ikke hadde fått veiledning ble spurt om de hadde synspunkter på dette. Siste sekvens omhandlet oppfatninger om å motta røykeveiledning etter infarkt. Avslutningsvis ble det åpnet for andre innspill.

Intervjuguiden til helsepersonell var utarbeidet før intervjuene og besto av sekvensene; kartlegging av veiledningserfaringer, rammevilkår, holdninger til røyking og etikk (16). Innledningsvis ble det utdelt refleksjonsspørsmål om røykesluttveiledning og avsatt tid til egenrefleksjon og notatskriving

(16-17). Notatene ble benyttet aktivt under intervjuene.

Intervjuene ble tatt opp på diktafon, transkribert, anonymisert, kodet og utarbeidet i matriser. Svarene ble tematisk organisert og ga oversikt over representasjonen i de ulike sekvensene, deretter ble de inndelt i kategorier. Pasientmatrisen ble eksempelvis inndelt i en «sluttgruppe» og «røykergruppe» for å dekke kjennetegn, mønstre, fellestrekk og forskjeller, og vurdert i lys av eksisterende forskning og teorier. Sitater ble utvalgt for å illustrere meningen under ulike kodeord.

Informantene var tidligere pasienter under rehabilitering og selvvalgte deltakere på Hjerteskolene. Studien var i tråd med forskningsetiske retningslinjer (19). Regional etisk komité (REK) region sør, Personvernombudene for forskning ved Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) og sykehuset godkjente studien.

RESULTATER

Kjennetegn

De som hadde sluttet å røyke hadde høyere utdanning og arbeidet i næringslivet eller utdanningssektoren. De hadde stabil økonomi, nære familierelasjoner, et godt sosialt nettverk og opplevde støtte i røykesluttprosessen. Hovedbegrunnelsen for røykeslutt var at de opplevde hjerteinfarkt som «en siste advarsel». Motivasjonen ble forsterket gjennom advarsler og informasjon om røykens negative helsekonsekvenser. Familiære hensyn styrket viljen til å forbli røykfrie. «Slutterne» opplevde at de påvirket helsen positivt ved å slutte: «Det er ingen som slutter for meg, jeg må gjøre det selv. Det er jo skadelig! Jeg fokuserer på gevinstene. Uten røyken har jeg fått et helt nytt liv».

Flertallet blant de som fortsatt røykte var yrkesutdannet, industriarbeidere eller uten arbeid før infarkt. De brukte mest rulle- tobakk, som regnes som farligere enn ferdigsigaretter (20). Problemer i livssituasjonen påvirket motivasjonen og tiltro til røykeslutt negativt. Å bo alene ble fremhevet som vanskelig. Usikkerhet rundt røykens skadevirkninger og manglende kunnskap om bakenforliggende årsaker til hjertesykdommen gjenspeilet røykernes utsagn: «Jeg vet ikke hvorfor jeg fikk hjerteinfarkt. Kanskje andre ting i livet mitt som er årsaken? Jeg får høre hva legene sier, og røyker fram til jeg vet noe helt sikkert». Flere «røykere» hadde tidligere vært innlagt på sykehus med hjertesykdom, men de hadde likevel ikke forsøkt eller klart å slutte å røyke.

SAMTALER OM RØYKESLUTT

De fleste pasientene hadde snakket om røyking under legevisitten første sykehusdøgn. Noen mente temaet var uberørt eller kun nevnt overflattisk ved utskriving: «Røyker du? spurte legen. Ja, sa jeg. Det får du slutte med, sa han. Ikke noe mer! Ingen hjelp akkurat, å høre det». Helsepersonellet hadde snakket om kosthold og mosjon, men ikke røykeslutt: «Det var tilstanden generelt, hva som skjedde, hvordan pillene virker og sånne ting. Røyking var ikke noe spesielt tema».

Pasientinformantene mente røykesluttveiledning burde foregå på sykehuset, og oppfattet ikke dette som innblanding. God tid ble imidlertid fremhevet: «Skulle ønske noen hadde tid til ikke å slippe meg! Ikke bare et kvarter der alt skal tas opp, og en røykesluttbrosjyre i handa. Røykinga ble bare en bisak!» Pasientene mente grunnen til at sykehuset ikke praktiserte egne

røykesluttamtaler var helsepersonellens arbeidspress.

Helsepersonellet foretok røykesluttamtaler, men på tilfeldige tidspunkt i forbindelse med andre arbeidsoppgaver: «I en travelt hverdag blir informasjon gitt litt her og der, når vi går med medisiner og sånn. Det blir oftest veldig tilfeldig».

Flere mente røykesluttveiledning var hensiktsmessig i ulike settinger på tilfeldige tidspunkt fordi arbeidsdagen vanskeliggjorde avtaler: «Jeg tilbyr ikke egne røykesamtaler. Jeg har oftest ikke tid og vil ikke bryte avtaler». Mindretallet mente det var vanskelig å veilede tilfeldig om røyking: «Det sies vi kan veilede samtidig med andre pasientoppgaver. Men det går ikke alltid, når vi stiller – opp og ned med armer – å spørre: røyker du?»

Helsepersonellet fremhevet at tidspress vanskeliggjorde veiledningssamtaler: «Jeg gjør de oppgavene jeg må. Informasjon og veiledning blir salderingsposten. Medisineringen er viktigere!» Manglende egnede lokaler bidro også til at krevende pasientamtaler ikke ble gjennomført: «Grupperommet kan brukes, men da må de andre ut. Det krever mye planlegging».

Veiledning og oppfølging

Pasientinformantenes oppfatninger av informasjonsbrosjyrenes nytteverdi varierte. En «slutter» sa: «Ingen snakket om røykeslutt, men jeg fikk brosjyrer. Røykeslutt reduserer sykdomsrisikoen med opptil 50 prosent. Det var nokså selvforklarende og motiverende! «En røyker uttalte: «Jeg ville prøve røykeplaster, men det hadde dem ikke!»

«Slutterne» mente man burde «skremme» pasienten med harde fakta: «Jeg liker ikke jutting! Man må være direkte, uten å

være ufin. Ingen vits å si at røyking er farlig. Heller sånn: 25 prosent av dere dør! De burde være mer oppdragende».

De mannlige røykerne ønsket saklig informasjon, råd om ulike røykesluttmetoder og ikke skremmelsespropaganda og formaninger. Kvinnene fremhevet varsomhet, motivasjon og oppmuntring: «Om en sykepleier, stille og rolig satte seg ned og sa: Åssen tenker og føler du om røykingen? Ikke bare: Det må du slutte med!»

Hvorvidt det var lege eller sykepleier som foretok veiledningssamtalen hadde ingen betydning, men god fagkunnskap om emnet ble fremhevet. Flertallet anså det positivt og betryggende for røykesluttmotivasjonen med oppfølging fra sykehuset etter utskrivelse. «Røykerne» var negative til røyketelefonen som et veiledningsalternativ: «Røykeplaster og tyggegummi hjelper ikke! Har du problemer? Ring røyketelefonen. Nei! De har ikke uttalerett, ikke peiling på åssen røyksuget er!»

Blant helsepersonellet varierte holdningene til røykesluttveiledning. Alle mente faglig oppdatering og profesjonalitet var viktig for gode veiledningssamtaler. De ønsket mer «faglig påfyll». Viktigheten av å ta utgangspunkt i pasientens ståsted i røykesluttprosessen ble fremhevet av flere: «Det må komme innenfra hos pasienten, det med empowerment. Fokuset bør være på helsegevinstene».

Andre påpekte alvoret i sykdomstilstanden og farene ved fortsatt røyking: «Er vi for veike i forhold til alvoret i situasjonen? Dette koster samfunnet masse penger. Jeg irriteres over alle reinnleggelsene. Man har ansvar for egen helse!»

Helsepersonellet ønsket mer veiledningskompetanse. Nyan-

satte fremhevet trygghet som en forutsetning for god formidling og for å bli tatt på alvor: «Det er vanskelig. Lille meg skal advare mot røyking. Jeg røyker ikke og er så ung i forhold til dem!»

I dialogen som fulgte uttalte en annen: «Det er bedre at vi snakker om røyking enn at pårørende gjør det. Med veiledningskompetanse finner man en balanse mellom ikke å moralisere og det å møte pasientens på deres eget ståsted». Flere var imidlertid usikre på nytten av veiledningen. En som unngikk veiledning til avvisende pasienter repliserte: «Vi kan ikke bruke tid på dem som ikke vil slutte. Vi har ikke tid til å bearbeide dem!» Mindretallet mente veiledningssamtaler burde bli en rutine i behandlingsopplegget.

Helsepersonellet mente substituttbehandling burde inngå i pasientoppfølgingen, men: «Vi kjenner ikke alle substitutter og bruker det lite – avdelingen har ikke engang røykeplaster liggende!»

Replikkvekslingen fortsatte: «Har vi ikke røykeplaster på Hjerte-posten?» «En pasient spurte om røyketyggis, men jeg fant det ikke. Apoteket var stengt, ingen hadde det.» «Men, kan vi tilby det uten legens underskrift i journalen? Det virker jo også begrensende!»

Enkelte informerte om røyke-telefonen, men helsepersonellet kjente lite til hvordan den fungerer. Tilbudet om å ta kontakt med avdelingen etter utskrivelse for spørsmål om røykeslutt benyttet få pasienter seg av. Hvorvidt avdelingen burde kontakte utskrevne pasienter ble diskutert: «Hvor mye skal vi gripe inn i pasientens privatliv? Er det overgrep, eller ikke? Ikke alle synes det er greit at vi ringer dem privat!»

ETISKE DILEMMA

Helsepersonellet mente det var

riktig å konfrontere pasienten med røykens skadevirkninger og sykdomsrisiko, men samtidig hadde de etiske betenkeligheter. De delte som oftest heller ut brosjyremateriell, enten fordi pasientene var avvisende, eller på grunn av selvbestemmelsesretten: «Ikke lett å spørre om røyking når man merker irritasjonen. Da fortsetter du ikke! Kan ikke påtvinge pasienten noe og stadig minne om at de egentlig kan takke seg sjøl».

Enkelte mente at veiledning om røykeslutt var en sykepleiefaglig oppgave: «Det burde bli som med blodtrykkmåling, en innarbeidet rutine». Det var uklart hvorvidt informasjonsplikten var viktigere enn selvbestemmelsesretten, men flertallet mente selvbestemmelsesretten gikk foran. Begrepene «pekefinger» og «moraliserende» ble negativt betont og relatert til røykesluttveiledning. Fokusgruppene diskuterte om det var etisk forsvarlig med røykesluttveiledning på pasientværelsene, med andre pasienter til stede: «Vi trækker over etiske grenser i mange sammenhenger, hvorfor skal vi være så forsiktige med røykesluttveiledning? Uansett er det få muligheter for pasientsamtaler uten at andre lytter».

DISKUSJON

Kjennetegn og kontekst

Flertallet av pasientene røkte fortsatt og mente hjertesykdommen skyldtes andre forhold enn tobakksbruken. Flere hadde lav sosial status, en vanskelig livssituasjon og følte seg ensomme. «Slutterne» derimot hadde høy sosial status, kunnskap om sammenhengen mellom røykens skadevirkninger og hjerteinfarkt, og bidro aktivt til bedret helse. Familiens støtte, forventninger til økt livskvalitet og redusert risiko for nye infarkt motiverte dem til å forbli røykfrie.

Forskning viser at utdanning og sosial status har sammenheng med befolkningens varierende røykeadferd (21). De med lav utdanning og lav sosial status er overrepresentert blant røykere. I tillegg har de en høyere røykeintensitet, bruker de farligste røykeproduktene og er ofte feilinformert om helsefarene ved ulike tobakkstyper (22). Det er interessant at tilsvarende kjennetegn avdekket i et lite utvalg som dette. Mye tydet på en sammenheng mellom pasientinformantenes sosiale situasjon, selvopplevde mestringsressurser og røykeslutt.

Det finnes ulike forklaringsmodeller på hvilke mekanismer som bidrar til å opprettholde et røykemønster eller røykeslutt. Psykososiale teorier fremhever betydningen av menneskets kontekstuelle rammevilkår, særlig sosiale og kulturelle forhold påvirker evnen til å mestre sykdom og fremme egen helse (23-24). Ulike stressorer i omgivelsene kan utløse psykiske plager, manglende livsmot og forsterke helseskadelig atferd (25-26). Ulik stresstoleranse og motstandsressurser påvirker håndteringen av livsutfordringer. Om vi tror det er mulig å påvirke nye situasjoner, hvorvidt de er logiske og forutsigbare, og i hvilken grad vi anser det som kreves i situasjonen som overkommelig, påvirker mestringsressursene (27-28). Forskning viser at forekomsten av uheldige stressorer øker jo lavere man er i det sosioøkonomiske hierarkiet, og opplevelse av kontroll over egne livsvilkår og mestringsressursene reduseres i takt med økonomien (23). Psykososiale forklaringsmodeller har stor oppslutning innen forskning på sosioøkonomiske helseulikheter (24).

Flere kjennetegn ved røykerne kan tolkes som stressorer som

påvirket motivasjonen og tiltroen til framtidig røykeslutt. Forstått slik kan røykingen være en adaptiv respons på ulike belastende eller negative stressorer i hverdagen (26,29). Hvorvidt stressorene uttrykker et reelt motstandsunderskudd blant pasientene blir et tolknings spørsmål, men det kan synes som om sammenhengene er plausible. Kunnskap om hvordan ulike stressorer påvirker menneskers livsinnstilling og opplevelse av sammenheng, vil uansett være viktige bidrag for utviklingen av fremtidige strategier og røykesluttintervensjoner (22).

Rammevilkår

Helsepersonellet mente de veiledet om røykeslutt, men rammevilkår og tidspres medførte at veiledningen foregikk på tilfældige tidspunkter og ofte i tilknytning til andre arbeidsoppgaver. Pasientgruppen mente at røykesluttveiledning ikke ble vektlagt og antok at det skyldtes helsepersonellens arbeidspress. Dette kan ha sammenheng med at røykesamtalene foregikk usystematisk, i forbindelse med annen informasjon eller andre arbeidsoppgaver helsepersonellet utførte.

Mennesker i krisesituasjoner har begrenset evne til å motta informasjon (30-31). Helsepersonellens og pasientenes ulike oppfatninger om røykesluttveiledningen kan skyldes settingstilnærmingen og forklare hvorfor tilfældige tidspunkt for røykesamtaler ikke oppfattes som røykesluttveiledning av pasientgruppen. En formalisert røykesluttveiledning, med definerte tidspunkt og egnede steder for samtaler vil kunne bidra til å forsterke budskapet og synliggjøre tilbudet om røykesluttveiledning.

Faglig kompetanse

Pasientene ønsket tydelig faktaba-

sert informasjon, prioritert tid til røykesluttveiledning og var positive til oppfølging etter utskriving. Helsepersonellet ønsket veiledningskompetanse og faglig oppdatering. Forskning viser at røykere i lavere sosiale lag mangler tiltro til effekten av nikotinerstatningsprodukter (21). Studien viste at helsepersonellet hadde lite kunnskap om nikotinerstatningsprodukter og effektene av dem, i tillegg var tilgjengeligheten til produktene begrenset. Muligheter for faglig oppdatering av helsepersonell, samt økt veiledningskompetanse er hensiktsmessig for framtidig røykesluttarbeid.

Etiske dilemma

Helsepersonellet ønsket å veilede om røykens skadevirkninger, men ville ikke virke moraliserende. Respekt for pasientens autonomi medførte varsomhet og selvpålagte etiske begrensninger. Veiledning ble utelatt hvis pasienten virket negativ eller uinteressert. Røykesluttveiledning ble oppfattet som vanskelig.

Det er rimelig å anta at kunnskap om etiske og helsejuridiske rammer kan bidra til å fremme faglig trygghet og forutsigbarhet i veiledningssituasjoner. Økt mestringsopplevelse blant helsepersonellet vil kunne påvirke hvordan helsebudskapet formidles, og forsterke budskapets innhold (32).

Helsefremmende veiledning

Veiledning er et pedagogisk virkemiddel som forutsetter kunnskap og formidlingsevne. Hovedhensikten er å videreutvikle kompetanse (33-34). Dagens standardiserte røykesluttintervensjoner tar ofte utgangspunkt i en naturvitenskapelig forståelse av helse og sykdom med fokus på individuell adferdsendring, og gir lik helseopplysning til alle (7-8). En helsefremmende veiledningsmodell vektlegger salu-

togenese mer enn patogenese, har et helhetssyn på mennesket og læring, og vektlegger individuelle tilpasninger (34-35).

Skal målsettingen om utjevne tiltak rettet mot tobakksforebygging lykkes i henhold til Strategiplan (2006-2010), peker studien i retning av at veiledningen bør tilpasses de sosiale variasjonene som finnes (22) og i større grad ta hensyn til den enkeltes behov for veiledning. Hvordan kompetansen formidles påvirker hvordan den oppfattes og oppleves (31,33). Tidligere forskning viser også at ulike sosiale lag i befolkningen forstår og opplever helseopplysning ulikt (36). Røykesluttveiledning bør derfor differensieres og tilpasses ulike gruppers behov. Kunnskap om pasientenes sosiale kontekst, tilpasset informasjon og måten helsebudskapet presenteres på, kan ha betydning for vellykket røykeslutt.

Å myndiggjøre pasientene (14), la deres perspektiv og situasjonsforståelse føre an og balansere fagkompetanse og pasientenes behov, kan stimulere til økt samarbeid og forståelse mellom helseapparat, helsepersonell og pasient. Denne samarbeidsrelasjonen kan skape grunnlaget for utviklingen av en konkret kunnskapsbase for endringsprosesser som vil være viktig for røykesluttveiledning.

NOU 1998:18 definerer folkehelsearbeid som et felles samfunnsansvar for å fremme helse, der kollektive investeringer og ulike organiseringer for støttende tiltak skal virke helsefremmende. Denne tilnærmingen kan innebære tettere oppfølging over tid, noe pasientene var positive til. Tidligere forskning har vist at dette også øker røykeslutttraten (36-37).

KONKLUSJON

Erfaringskunnskapen fra studien støtter tidligere forskning og kan benyttes i fremtidig arbeid med helsefremmende røykeluttveiledning.

Sykehuspasienter bør defineres som en målgruppe for individbasert hjelp til røykeslutt. Veiledningskompetansen og kunnskapsgrunnlaget om røykeslutt blant helsepersonell

bør heves. Rammevilkårene rundt veiledningssituasjonen bør bedres. Pasienter og helsepersonells fortolkninger av hverandres situasjon kan bidra til utilsiktede konsekvenser, både for forståelsen av helsebudskapet og selve tilnærmingen til veiledningen. Hvor, når og på hvilken måte veiledning gis bør derfor vurderes nøye. Fremtidige røykesluttintervensjoner bør tilstrebe at

brukeren av tilbudet blir premis-sleverandør, og tilbys oppfølging over tid. Dette kan stimulere til økt samarbeid og forståelse mellom helseapparat, helsepersonell og pasient, og er i tråd med helsefremmende arbeids grunnlagstenkning: Helse skapes i et gjensidig avhengighetsforhold mellom mennesker og i ulike settinger.

REFERANSER

1. Statistisk sentralbyrå. Røyking i Norge, 2008. Statistisk sentralbyrå, Oslo, 2008
2. Vollset SE, Selmer R, Tverdal Å, Gjessing HK. Hvor dødelig er røyking? Rapport om dødsfall og tapte leveår som skyldes røyking. Folkehelseinstituttet Rapport 2006:4. Folkehelse, Oslo, 2006
3. Helse og omsorgsdepartementet. Nasjonal strategi for det tobakksforebyggende arbeidet 2006–2010. Helse og omsorgsdepartementet, Oslo, 2006.
4. Jossens L. European Network for smoking prevention. Effective Tobacco Control Policies in 28 European Countries. Brussel, 2004. Tilgjengelig fra: <http://www.ensp.org/files/effectivefinal2.pdf> [Nedlastet 11.01.10].
5. Lovdata. Lov om Spesialisthelsetjeneste (1999) nr. 61, paragraf 3–8. Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no/all/nl-19990702-061.html> [Nedlastet 11.01.10].
6. Rigotti NA, Pasternak RC. Cigarette smoking and coronary heart disease. *Cardiology Clinics* 1996;14:51–68.
7. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change. Applications to additive behaviours. *Am Psychol* 1992;47:1102–14
8. Quist-Paulsen P. The effects of smoking cessation intervention in patients with coronary heart disease: a randomised controlled trial. [Doktoravhandling] Universitetet i Bergen, Bergen, 2007
9. Bakkevig Ø, Steine S, von Hafenbrädl K, Lærum E. Smoking cessation – A comparative, randomised study between management in general practice and the behavioural programme SmokEnders. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 2000;18:247–51
10. Stead LF, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 2. Art. No.: CD001007. DOI: 10.1002/14651858.CD001007.pub2
11. Rigotti NA, Munafa MR, Stead LF. Interventions for smoking cessation in hospitalised patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 3. Art. No.: CD001837 doi: 10.1002/14651858.CD001837.pub2.
12. Sagbakken M., Skattebo S., Wang H. Røykeslutt – er det sykepleierens ansvar? *Sykepleien* 2005;9:
13. WHO. Ottawa-charteret. Genève: World Health Organisation, 1986.
14. Stang I. Makt og bemyndigelse – om å ta pasient og brukermedvirkning på alvor. Gyldendal Norsk Forlag, Oslo, 1998.
15. Johannessen A, Tuft PA, Kristoffersen L. Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode. Abstrakt forlag, Oslo, 2004.
16. Kvale S. Det kvalitative forskningsintervju. Gyldendal Akademisk, Oslo, 2002.
17. Halkier B. Fokusgrupper. Samfundslitteratur & Roskilde Universitetsforlag, Frederiksberg, 2002.
18. Rieper O. Gruppeinterview i praksis: bruk af fokusgruppeinterview i evalueringforskning. AKF-forlaget, København, 1993.
19. NESH. Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi. Oslo, 2006. Tilgjengelig fra: <http://www.etikkom.no/retningslinjer/NESHretningslinjer/06> [Nedlastet 11.01.10].
20. Johannessen LB. Mer kreftisiko for mindre penger ved bruk av rulletobakk. *Tidsskrift for Den norske legeförening* 2001;29:121.
21. Lund KE. Samfunnsskapt endringer i Tobakksbruk i Norge i det 20. århundre. [Doktoravhandling] Oslo: Universitetet i Oslo, 1996.
22. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Tiltak for å redusere røyking, spesielt i grupper med lav sosial status. Rapport fra Kunnskapssenteret 2007; 13 Kunnskapssoppsammerning Oslo, 2007.
23. Lund M, Lund KE, Rise J. Sosiale ulikheter og røykeslutt blant voksne. *Tidsskrift for Den norske legeförening* 2005; (125): 564–8.
24. Elstad J I. Sosioøkonomiske ulikheter i helse. Teorier og forklaringer. Oslo: Sosial- og Helsedirektoratet, 2005.
25. Marmot MG. The Status Syndrome. How your social standing directly affects your health and life expectancy. London: Bloomsbury, 2004.
26. Elstad JI. The Psychosocial perspective on social inequalities in health. *Sociology of Health and Illness* 1998; 20:598–618.
27. Wilkinson R. Unhealthy societies. Routledge, London, 1996.
28. Antonovsky A. Hälsans mysterium. Bokförlaget Natur och Kultur, Köping, 1991.
29. Walseth LT, Malterud K. Salutogenese og empowerment i allmenmedisinsk perspektiv. *Tidsskrift for Den norske legeförening* 2004;124:65–6.
30. Eriksen HR, Ursin H. Social inequalities in health: Biological, cognitive and learning theory perspectives. *Norsk Epidemiologi*; 2002;12:33–8.
31. Weisæth L, Mehlum L, Sundt Mortensen, M. Mennesker, traumer og kriser. Universitetsforlaget, Oslo, 1993.
32. Ganster DC, Fusilier MR. Control in the workplace. I: Cooper C L, Robertson I (red), *International Review of Industrial and Organizational Psychology*. Chichester UK: Wiley, 1989: 236–80.
33. Tveiten S. Veiledning – mer enn ord ... Fagbokforlaget, Bergen, 2005.
34. Gaut DA. Evaluating competencies in nursing practice. *Topics in Clinical Nursing*. 1986; (2):77–83.
35. Sørensen BAA. Å forandre for å forstå. Utkast til hefte i praktisk metodebruk. Høgskolen i Vestfold, Tønsberg, 2006.
36. Aarø LE. Health Behaviour and socioeconomic status. A survey among the adult population in Norway. [Doktoravhandling] Universitetet i Bergen, Bergen, 1986.
37. Tonstad S. Bupropion som hjelpemiddel for røykeavvenning. *Tidsskrift for Den norske legeförening* 2002; (122):2612–5.
38. Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 2. Art. No.: CD001292. DOI: 10.1002/14651858.CD001292.pub2.