

Røykeavvenning

etter gjennomgått hjerteinfarkt



Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin

Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultet.

KLOK-oppgave – 12. semester, kull V-03, gruppe 6

Bjarne Alexander Berntsen, Erik Sole Haugsbø, Espen Norvard, Josefin Gerdevåg,

Marte Tranheim Kase og Trygve Berge

Oktober 2008

Innholdsfortegnelse

INNHOLDSFORTEGNELSE	2
SAMMENDRAG	3
INTRODUKSJON	5
KUNNSKAPSGRUNNLAGET	7
FORBEDRINGSARBEIDET	9
OBSERVASJONER OG PRAKSIS	9
INDIKATORVALG	11
BEGRUNNET TILTAK	12
PROSESS OG ORGANISERING FOR BEDRE PRAKSIS	13
ORGANISERING AV SELVE FORBEDRINGSARBEIDET	13
LEDELSESASPEKTER	14
TILTAK OG EVALUERING	15
DISKUSJON	18
REFERANSELISTE	20

Sammendrag

Bakgrunn/emne

Røyking er en risikofaktor for mange sykdommer, inkludert hjerte- og karsykdom. Hvert år dør over 3000 nordmenn av hjerte- og karsykdom grunnet røyking. Vi har valgt å se på røykeslutt som tiltak etter gjennomgått akutt hjerteinfarkt, en kostnadseffektiv intervensjon for å øke livslengde og redusere risikoen for nytt infarkt.

Vi har gjennom studiet observert at røyking vektlegges under anamneseopptak, men at det sjelden følges opp med konkrete tiltak i behandlingsfasen. Dette er også dokumentert i litteraturen. Det er godt dokumentert at det finnes strategier for røykeslutt som er systematiske, kostnadseffektive og overkommelige å innføre i en travel hverdag i klinikken.

Kunnskapsgrunnlag

Kunnskapsgrunnlaget for at røyking øker risikoen for alvorlig sykdom er overveldende, og har vært ansett som en vitenskapelig sannhet siden 1950-tallet. Framinghamstudien fra 1969 slo for første gang fast at det er en sammenheng mellom røyking og kardiovaskulær sykdom(1).

Nyere forskning viser også at røykeslutt er det enkelttiltaket som gir best kost/nytte-effekt hos pasienter med gjennomgått hjerteinfarkt.

En Cochrane-studie fra 2007 fastslo at en systematisk samtale under sykehusoppholdet med mer enn én måneds oppfølging var det tiltaket som ga best resultat, med 65 % større sjans for at pasientene sluttet å røyke sammenlignet med de som bare får vanlig råd om røykeslutt (2).

Begrunnet tiltak og metode

Vårt tiltak innebærer å øke sykehusavdelingenes oppmerksomhet rundt hvordan røykesluttsamtaler og oppfølging kan organiseres. Vi ønsker å få utarbeidet en sjekkliste for alle pasienter som legges inn med akutt hjerteinfarkt, hvor røykesluttsamtale og oppfølging vil være et spesifisert punkt. Denne sjekklisten skal

følge journalen, og stikkprøver av aktuelle journaler utføres jevnlig for å kontrollere compliance.

Med bakgrunn i litteraturen vil vi belyse at en samtale på 5-10 minutter med over én måneds oppfølging er nok for signifikant å øke andelen av de som slutter å røyke etter innleggelse for akutt hjerteinfarkt. Vi har valgt to indikatorer; ett prosessmål og ett resultatmål. Prosessmålet er hvor stor andel av pasientene som får den ønskede intervensjonen. Resultatmålet er andel av pasientene som er røykfrie 12 måneder etter utskrivelse fra sykehus.

Organisering

Kvalitetsforbedringsarbeidet organiseres på avdelingsnivå ved at den enkelte sykehusavdeling har en egen kvalitetsgruppe hvor avdelingens rutiner gjennomgås. Her vil avdelingsoverlegen fungere som leder. Denne gruppen har ansvar for regelmessig faglig oppdatering.

Det er dokumentert at det ikke nødvendigvis må være en lege som tar opp røykeslutt med pasienten for å få gode resultater. Vi foreslår dermed at enkelte interesserte sykepleiere i avdelingen får et bestemt ansvar for å gjennomføre intervensjonen. Det påløper ekstra arbeid i avdelingen forbundet med dette, og det kan bli aktuelt å opprette for eksempel ½ ekstra stilling for å kompensere for ekstraarbeidet. Vi mener likevel at dette totalt sett er billigere og bedre for folkehelsen, da det vil føre til færre reinnleggelser og bedre de enkelte pasientenes helse.

Resultater/vurdering

Vi har to mål under kvalitetsforbedringsarbeidet. Disse må følges opp på forskjellig måte. Prosessmålet vil være i hvor stor andel av journalene det foreligger korrekt utfylt sjekklister. Dersom listen ikke er utfylt eller ikke er å finne, er dette å anse som et avvik. Dette kan gjøres ved at det månedlig tas stikkprøver av ti journaler hos røykere som har vært innlagt med hjerteinfarkt.

Resultatmålet er hvor stor andel av pasientene som er røykfrie etter 12 måneder. Vi ser for oss at det kan gjøres et telefonintervju 12 måneder etter innleggelse for å

kontrollere resultatmålet. Det vil også være motiverende for de ansvarlige i sykehusavdelingen å vite at deres intervensjon virkelig gir helsegevinst.

Introduksjon

At røyking er risikofaktor for en rekke sykdommer er noe vi som studenter har blitt godt kjent med gjennom studiet. Det er også relativt stort fokus på at vi skal kartlegge hvorvidt pasienten røyker eller ikke. Dette begrenser seg ofte imidlertid svært ofte til å bli en del av anamnesen, og undervisning om røykeslutt og hvordan man skal ta dette opp med pasienten, er det svært lite fokus på.

Vi opplever at det er et manglende fokus på røykeavvenning i store deler av helsevesenet. En rekke studier viser at røykeavvenningstilnærming, uansett metode, er et enkelt tiltak som gir stor gevinst, både for pasienten selv og i et samfunnsøkonomisk perspektiv. Flere studier har vist at et enkelt strukturert råd om røykeslutt fra lege dobler sjansen fra 3 % til 6 % for at pasientene er røykfrie etter 12 måneder (3). Mer omfattende tiltak, som vi omtaler senere, har enda bedre effekt. Vi ønsker i vår oppgave å finne fram til et konkret og lett gjennomførbart tiltak som kan innføres ved en norsk sykehusavdeling.

Røyking er et stort samfunnsproblem, og den største enkeltårsak til både sykdom og for tidlig død i den vestlige verden. Samtidig medfører det store kostnader både for det offentlige, arbeidslivet og for røykeren selv. På verdensbasis dør ca. fem millioner mennesker årlig av sykdommer direkte forårsaket av røyking, og tallet forventes å stige kraftig de neste tiårene (4).

De største tobakksrelaterte sykdomsgruppene er hjerte- og karsykdommer, luftveissykdommer og kreftsykdommer. Hjerte- og karsykdom er viktigste dødsårsak blant røykerne. Hvert år dør over 3000 nordmenn av hjerte- og karsykdom de har utviklet på grunn av røyking (5). 1–9 sigaretter om dagen er nok til å doble risikoen for hjerteinfarkt (6).

Alle former for røykeavvenning er vist å være kostnadseffektive. Kostnaden per vunnet leveår ligger betydelig under de fleste andre intervensjoner som gjøres for å forbedre folkehelsen og forlenge forventet levealder (4). Ser man på de største sykdomsårsakene til tapt helse i vestlige land, målt i DALY (DALY = Disability Adjusted Life Years), utgjør kreft og hjerte- og karsykdom de to største gruppene. En studie (7) som tok for seg 26 ulike risikofaktorer for sykdom, fant at røyking var den enkeltfaktor som bidro til størst reduksjon av DALY, totalt 12 %. Høyt blodtrykk bidro med 11 %, høye kolesterolverdier med 8 % og overvekt med 7 %.

Røykeslutt gir omfattende helsegevinst for individet i form av redusert risiko for en rekke sykdommer. For eksempel er risikoen for å dø av hjerteinfarkt 5 år etter røykeslutt redusert til den samme som for individer som aldri har røkt (6). Dessuten medfører det bedre kondisjon, økonomi og redusert passiv røyking for familie og kollegaer (4).

De samfunnsmessige kostnadene ved røyking er svært store, bl.a. i form av økte kostnader for helsevesenet og ikke minst redusert produktivitet av varer og tjenester i samfunnet. En studie fra Sverige viser at røyking koster det svenske samfunnet minst 26 milliarder SEK per år (3 ganger mer enn de samlede inntekter fra tobakksavgifter).

Helse- og omsorgsdepartementets strategiplan (8), påpeker viktigheten av fokus på røykesluttintervensjon, og gode rutiner for det forebyggende arbeidet. Planen fokuserer også på viktigheten av økt fokus på tobakksrelaterte sykdommer og metoder for røykeavvenning i de helsefaglige utdanningene.

Helsepersonell kjenner godt til både de helsemessige og samfunnsøkonomiske konsekvensene ved røyking. Studier viser likevel at mange vegrer seg for å ta opp temaet røyking med pasientene (9). Hovedårsakene som blir oppgitt, er mangel på tid, ubehag ved å ta opp temaet, en opplevelse av å invadere privatsfæren, samt mangel på kunnskap om kommunikasjonsteknikker. Mange synes dessuten det kan være et krevende og lite stimulerende arbeid fordi de mener det sjelden fører til de ønskede resultatene og er fastlegens oppgave.

Myte: Man har for lite tid til å ta opp spørsmål angående røyking.

Fakta: Bare en enkel rådgivning på 5 minutter eller mindre er tilstrekkelig for å fordoble antallet som slutter å røyke (10).

Myte: Pasienter liker *ikke* at man tar opp spørsmål om røyking og livsstil.

Fakta: Studier viser at tilfredsstillelsen med besøket øker om pasienten får spørsmål om røyking, og eventuelt røykeavvenning (11).

Kunnskapsgrunnet

Kunnskapsgrunnet for at røyking er helseskadelig er overveldende og har vært ansett som en vitenskapelig sannhet siden 1950-tallet. Vi har derfor ikke utført noe søk med en spesifikk strategi på dette, men noen av de viktigste milepælene nevnes kort. Den økte helserisikoen ble først fastslått for lungekreft i 1954 (12). Senere er det også fastslått at røyking er en svært viktig risikofaktor for bl.a. øvrige lungesykdommer, hjerte- og karsykdommer og tidlig død. Spesifikt kan det nevnes at Framingham-studien fra 1969 slo fast sammenhengen mellom røyking og kardiovaskulær sykdom (1).

Av nyere forskning på feltet er det i sammenheng med denne oppgaven spesielt interessant at røykeslutt er det enkelttiltaket som gir best kost/nytte-effekt hos pasienter med gjennomgått hjerteinfarkt (5).

Vi vurderer det som opplagt at det er omtrent samme sykdomsrisiko forbundet med å røyke i Norge som i andre land – vi har derfor ikke utført noe spesifikt søk for å vise dette. En undersøkelse utført av Statistisk Sentralbyrå i 2007 viste at 22 % av nordmenn mellom 16 og 74 år er dagligrøykere og årlig dør 7500 mennesker av røykerelatert sykdom (13).

I arbeidet med denne oppgaven ønsket vi å se på kunnskapsgrunnet for ulike metoder for røykeslutt hos pasienter som har vært innlagt i sykehus. Vi søkte i

Cochrane med søkeordene "smoking cessation" AND hospital. Søket ga 69 treff, hvorav det mest relevante var (2). Denne studien er en meta-analyse fra juli 2007 av 33 randomiserte studier fra flere land, inkl. USA, Storbritannia og Norge, som så på fire ulike typer røykesluttprogrammer hos pasienter som røyket på det tidspunktet de ble innlagt i sykehus og hvor intervensjonen ble initiert mens pasienten var inneliggende. Disse fire programtypene bestod av følgende intervensjon:

- 1) Kun samtaleintervensjon mens pasienten var innlagt på sykehuset.
- 2) Samtale under sykehusoppholdet men ingen oppfølging.
- 3) Samtale under sykehusoppholdet og inntil én måneds oppfølging.
- 4) Samtale undersykehusoppholdet med mer enn én måneds oppfølging.

Studien konkluderer med at tiltakene 1-3 ikke hadde statistisk signifikant effekt, men at det er overbevisende evidens for at pasientene som fikk intervensjonen i gruppe 4 hadde statistisk signifikant større sjanse for å slutte å røyke enn pasienter som får bare får vanlig råd om røykeslutt. Odds/ratio var 1,65, 95 %, konfidensintervall 1,44-1,90.

Vi har ikke funnet noen nyere studier som går imot denne meta-analysen, og har vurdert denne studien solid nok at den beskrevne type intervensjon har sikker effekt.

Vi har også gjort et søk i artikler publisert i Tidsskriftet for den norske legeforening på søkeordene "røykeslutt" AND "sykehus" for å finne norske, relevante treff for vårt prosjekt. Resultatene viser at det er gjennomført svært få slike studier i Norge. Av større studier er det kun én som er sammenlignbar med hva vi tenker å gjennomføre; dette er en studie ved Sørlandet sykehus (14) som er inkludert i Cochrane-studien beskrevet ovenfor.

En annen studie fra 2000 (13) utført på mer enn 1000 norske sykehusleger viser at 98 % spør pasientene om røykevaner, mens kun 7 % iverksatte spesifikke røykesluttiltak.

Forbedringsarbeidet

Observasjoner og praksis

Som nevnt ovenfor, er kunnskapsgrunnlaget overbevisende for at røykeavvenning, nærmest uansett metode, har effekt. Vi ønsker i dette arbeidet å se på en gitt røykende pasientkategori, og innføre tiltak i forhold til denne. Vi har også observert fra vår utplassering og undervisning, både i allmennpraksis og i sykehus, at det finnes lite systematisk tenkning samt lite opplegg rundt røykeavvenning. Vår opplevelse er at dette er svært mye opp til den enkelte lege hvorvidt og i hvilken grad han/hun tar dette opp med pasienten. Røykeslutt defineres ved mange sykdommer som et viktig element i behandlingsregimet, men vi savner konkret og praktisk informasjon som kan hjelpe klinikerne å gripe fatt i denne risikofaktoren, som for en rekke sykdommer er den største av alle livsstilsrelaterte risikofaktorer.

Det er klart både fra studier og vår egen praksiserfaring at det er et stort forbedringspotensiale hva angår røykeslutt, både i primær- og spesialisthelsetjenesten. Det har i flere år vært et økende fokus på røykeavvenning i allmennpraksis. Det er imidlertid vist å ha god effekt at sykehusleger setter inn tiltak hos inneliggende pasienter, da disse på grunn av den aktuelle hendelsen og det røykfrie sykehusmiljøet, er mer mottakelige for råd om røykeslutt. Flere norske studier samt våre egne personlige erfaringer tyder på at røykeavvenning ikke er prioritert i norske sykehus.

I de tilfellene der røykeslutt faktisk prioriteres, er det i større grad rettet mot lungepasienter enn andre pasientgrupper. Røykeslutt hos hjerte-/karpasienter er imidlertid like viktig. Flere studier viser at røykesluttsintervensjon har bedre effekt hos pasienter som nylig har gjennomgått hjerteinfarkt eller nylig fått diagnostisert koronarsykdom, sammenlignet med både andre pasientgrupper og populasjonen generelt (2; 14). For å begrense omfanget av oppgaven og se på en gruppe der vi mener røykeslutt ikke blir prioritert, velger vi å se spesifikt på tiltak overfor inneliggende pasienter med hjerteinfarkt.

Vi bygger oppgaven vår på en antakelse om at det er lite fokus på røykeavvenning ved utskrivelse fra norske sykehus. For å verifisere våre antakelser, kunne vi ideelt

sett forestilt oss at vi gjorde en gjennomgang av pasienter innlagt i norske sykehus, for eksempel ved telefonoppringning, for å dokumentere manglende fokus på råd om røykeavvenning. Vi kunne f.eks. ringt 100 pasienter nylig innlagt i sykehus, og spurt et utvalg spørsmål, f.eks. ”røyker du?” og om ja, ”fikk du konkret tilbud om en eller annen form for røykeavvenning?”. Vi anser ikke dette som nødvendig, da både studier og egne erfaringer viser at røykeavvenning er et underprioritert område. En større studie fra Hordaland viste f.eks. at bare 30 % av røykerne i den generelle befolkningen var blitt rådet til å slutte sist gang de var i kontakt med lege (13).

For å innhente bakgrunnskunnskap om eksisterende praksis i norske sykehus, har vi valgt å intervju et utvalg leger ved hjerte- og lungeavdelinger her i Oslo. Vi tok kontakt med Lars Gullestad, avdelingsoverlege ved hjertemedisinsk avdeling ved Rikshospitalet, som viste stor interesse for temaet. Han kunne bekrefte at verken røykeslutt eller annen livsstilsintervensjon er et prioritert felt overfor pasienter med hjerteinfarkt innlagt ved avdelingen. Han påpekte imidlertid at størstedelen pasientene ved avdelingen er inneliggende svært kort tid; PCI/stenting, før tilbakeføring til sektorsykehus.

Sammenfallende opplysninger får vi fra avdelingsoverlege Johnny Kongerud ved lungemedisinsk avdeling på Rikshospitalet. Pasientgruppen innlagt her er såpass selektert, f.eks. med tanke på lungetransplantasjon eller lungekreftkirurgi, at det forventes at pasientene allerede har sluttet å røyke og har fått hjelp til dette andre steder. De pasientene som fremdeles røyker får naturligvis råd om å slutte, men det finnes ikke noe konkret tiltak rettet mot denne gruppen.

Videre kontaktet vi Sykehuset Asker og Bærum, hvor vi var kjent med at de har et strukturert opplegg for livsstilsintervensjoner hos pasienter innlagt ved hjertemedisinsk sengepost. Informasjonen er hentet fra sykehusets nettsider (16) og samtale med fagsykepleier Kirsti Sandsmark. Hjerteskolene er et gruppetilbud for alle pasienter utskrevet etter hjerteinfarkt, PCI-behandling eller hjerteoperasjon. Tilbudet består av et kurs på 3 x 6 timer, der hovedtemaene er medisiner, sykdomslære, fysisk aktivitet, kosthold, livsstil og risikofaktorer. På spesifikt spørsmål bekreftes det at røykeslutt blir tatt opp under risikofaktorer, men tilbud om røykeavvenningskurs eller annet spesifikt tiltak er *ikke* inkludert i opplegget.

Indikatorvalg

Det mest interessante hadde vært en indikator som måler effekt av vår intervensjon på harde endepunkter som alvorlige kardiovaskulære hendelser og død. Dette anser vi derimot ikke som særlig realistisk å måle på en fornuftig måte i en slik setting som vi har skissert for dette prosjektet. Videre anser vi det som så godt dokumentert at røykeslutt har store positive helseeffekter at det er tilstrekkelig å måle om intervensjonen gjennomføres og i hvilken grad pasienten oppnår røykeslutt.

Vårt indikatorvalg blir dermed todelt, ett prosessmål og ett resultatmål. Den første indikatoren er: Hvor stor andel av de aktuelle pasientene får den ønskede intervensjon? Med andre ord om den foreslåtte intervensjonen faktisk blir gjennomført (prosessmål).

Den andre indikatoren er: Hvor stor andel av de aktuelle pasientene er røykfrie 12 måneder etter intervensjonsstart (resultatmål)?

Den første indikatoren kan måles uten større vanskeligheter ved at den ansvarlige for prosjektgjennomføringen foretar stikkprøver månedlig på sykehusavdelingen hvor man går gjennom et antall epikriser, for eksempel ti, og undersøker hvor stor andel av disse våre foreslåtte tiltak er gjennomført hos under sykehusoppholdet. Siden samme person også er ansvarlig for oppfølgingen av pasienten etter utskrivelse fra avdelingen vil vedkommende vite om dette er utført.

Den andre indikatoren ser vi for oss kan måles ved at pasientene rutinemessig ringes opp 12 måneder etter intervensjonsstart av personen ansvarlig for prosjektgjennomføringen. Ved å gjennomføre dette etter 12 måneder i stedet for rett etter intervensjonsslutt får man målt hvor mange som faktisk har oppnådd varig røykeslutt og ikke bare stoppet en svært kort periode rett etter hospitaliseringen – denne indikatoren blir derfor svært representativ for hva vi ønsker å oppnå. Det kan derimot settes spørsmåltegn ved målbarheten/reliabiliteten – hvordan kan vi være sikre på at pasientene ikke lyver om røykeslutt? Forhåpentligvis kan denne

usikkerhetsfaktoren minimeres ved at pasientene får god informasjon om hvorfor de spørres om dette, men vi ser det som urealistisk å gjennomføre en undersøkelse som helt sikkert viser om pasienten faktisk har sluttet å røyke (f.eks. ved blodprøvetaking).

Begrunnet tiltak

Forbedringspotensialet med tanke på røykeslutt er stort. Vi tror dette blir dårlig prioritert i norske sykehusavdelinger fordi det mangler klare retningslinjer på hvordan det skal gjennomføres, og svært få ser dette som sitt ansvar. For å lykkes med vårt prosessmål ser vi nødvendigheten av å systematisk dokumentere gjennomførte røykesluttsamtaler i pasientens journal.

I en travel sykehushverdag ser vi for oss at vi kan møte en del motstand mot økte krav til dokumentasjon. Det er mulig å se for seg at tiltaket kan gjennomføres med eksisterende personale. En annen og sannsynligvis bedre mulighet vil være å ansette en sykepleier i en deltidsstilling, og at denne personen får opplæring og hovedansvar for å gjennomføre røykesluttsamtaler med pasienter i målgruppen.

Når det gjelder ansvar for oppfølging etter utskrivelse har vi diskutert hvorvidt dette best kan ivaretas av fastlegen eller sykehusavdelingen. Fastlegen bør naturligvis via epikrisen få en klar oppfordring om å følge opp pasienter som har ytret ønske om røykeslutt. Om det lar seg gjøre å ansette en egen person som tar seg av røykeslutttiltaket i sykehusavdelingen, vil vi foreslå at denne og følger opp pasientene minst én gang telefonisk, ca. en måned etter utskrivelse. Et slikt tiltak har ifølge vårt kunnskapsgrunnlag god effekt. Det kan innvendes at dette går noe utover det som normalt er sett på som sykehusets ansvarsfelt, da fastlegen har hovedansvar for pasienten etter utskrivelse.

I tillegg ser vi for oss muligheten at samme person ringer pasienten etter 12 måneder for å spørre om pasienten har sluttet å røyke. Dette er ikke nødvendig for øke effekten av tiltaket, men er vist å være den beste måten å måle resultatet (resultatmål).

Graden av gjennomførbarhet hviler naturligvis på hvorvidt det enkelte sykehus er villig til å prioritere et slikt tiltak, dvs. å ansette en egen person i en deltidsstilling samt å undervise eget personale og prioritere røykeslutt som et av avdelingens satsningsområder. I den praktiske gjennomføringen av prosjektet kan man forestille seg at det av ressursmessige årsaker vil være vanskelig å få ansatt eget personale til denne jobben. Bevisstgjøring og undervisning av eksisterende personale vil i så tilfelle, ifølge de studiene vi viser til, og ha god effekt. Man kan forestille seg en modell der oppfølgingen utelukkende blir utført innen primærhelsetjenesten, etter at pasienten har blitt motivert og fått gjennomført røykesluttsamtale under innleggelsen, men et slikt tiltak ligger utenfor omfanget av denne prosjektbeskrivelsen.

Den største barrieren vil nok være å overbevise norske sykehusavdelinger om at kostnad/nytte-effekten av vårt tiltak er stor. Det vil være vanskelig å vise at tiltaket vil ha en umiddelbar kostnadsbesparende effekt på den enkelte avdeling, men det er liten tvil om at tiltaket vil ha god effekt både på makroplan og på individplan. Av denne grunn er det viktig å poengtere at tiltaket kan gjennomføres med svært lite ekstra kostnader for avdelingen, og at pasientenes hverdag og rehabilitering blir signifikant bedre (16).

Prosess og organisering for bedre praksis

Organisering av selve forbedringsarbeidet

Hos alle pasienter som legges inn på avdelingen med mistanke om hjerteinfarkt må det taes opp en grundig røykeanamnese, inkludert kartlegging av pasientens motivasjon for røykeavvenning. Vi ser for oss at en sykepleier på avdelingen har daglig ansvar for kvalitetsforbedringstiltaket. Denne bør ha registrert manglende oppfølging av røykevaner hos pasienter som har gjennomgått infarkt, samt være motivert for å forandre på denne praksisen. Vedkommende kan kjøpes fri for å jobbe med tiltaket i en del av sin stilling. Før utskrivelse skal den ansvarlige sykepleieren gjennomføre et systematisk intervju med pasientene som var røykere ved innleggelse.

Momenter tatt opp, informasjon gitt under intervjuet samt pasientens motivasjon for røykeslutt dokumenteres regelmessig og systematisk i journalen. Ved utskrivningssamtalen tar lege også opp røykeslutt og tilbyr evt. medikamentell behandling i dette øyemed. I epikrisen dokumenteres all informasjon gitt og pasientens motivasjon for røykeslutt. Det informeres også om at pasienten følges opp med telefonsamtale fra sykepleier ca. en mnd etter utskrivelse. Om pasienten er lite motivert for røykeslutt ved utskrivelse dokumenteres dette spesielt i journal, og det anbefales at fastlege snarest tar tak i dette.

Ledelsesaspekter

For at røykeavvenningstiltaket skal følges opp, vurderes og korrigeres kontinuerlig må det settes sammen en kvalitetsgruppe. Denne må inneholde interesserte representanter for alle yrkesgrupper i avdelingen samt representanter fra avdelingsledelsen. Om det allerede finnes en kvalitetsgruppe i avdelingen, som tar seg av andre kvalitetsforbedringstiltak, kan tiltaket organiseres og følges opp gjennom denne. Røykeavvenningssykepleier må da inkluderes i denne gruppen.

Leder for kvalitetsgruppen bør være avdelingsleder, og gruppen bør videre inneholde interesserte representanter fra ulike yrkesgrupper innen avdelingen. Et tverrfaglig samarbeid og en bred enighet vil gjøre det lettere å gjennomføre forandringene; de ulike yrkesgruppene kjenner best sine egne arbeidsrutiner, og gjennomslagskraft for forandringer i rutiner er nok best tjent med å bli formidlet, i vesentlig grad, gjennom en av yrkesgruppens egne.

Røykeavvenningssykepleier bør kurses i teknikker og framgangsmåter for røykeavvenning. Videre er det et poeng at alle i avdelingen får ta del i denne kunnskapen; dette kan organiseres gjennom tverrfaglig postundervisning evt. morgenmøter hos de ulike yrkesgruppene. Undervisningen skjer i regi av røykeavvenningssykepleier og kvalitetsgruppen. Dette vil skape forståelse for nødvendigheten av kvalitetsforbedringen og letter gjennomførelsen av denne.

For å prøve ut/inkludere senere potensielle forbedrende aspekter i tiltaket bør det til enhver tid være stående søk i relevante databaser (Cochrane, Medline). Kvalitetsgruppen bør til faste tider gjennomgå ny litteratur. Det kan også etableres en regelmessig relevant dialog med andre avdelinger som gjennomfører lignende kvalitetsforbedringsprosjekter. Når ny informasjon foreligger vurderes og diskuteres den i kvalitetsgruppen under et regelmessig møte i henhold til PDSA-prinsippet (17).

Tiltak og Evaluering

Tiltak for kvalitetsforbedring:

- Utarbeidelse og bruk av en sjekkliste til bruk ved avsluttende røykesluttsamtale
- Utarbeide lommemanual til bruk ved røykesluttsamtale for personalet
- Informasjonsmøte
- Telefonintervju for eventuell vurdering av intervensjon

Tiltak

Det er gjort studier med ulike intervensjoner i forhold til røykeslutt. Den billigste er i dette tilfelle den beste. Ren samtaleintervensjon med varighet 5-10 minutter er vist seg bedre enn alternative metoder for røykeslutt etter hjerteinfarkt som; ren medikamentell behandling og tilfeldig samtale. Systematisk samtaleintervensjon med informasjon til fastlege, samt oppfølging fra sykehusavdeling, gir trygghet og støtte der medikamenter og en mer usystematisk tilnærming overlater pasienten i større grad til seg selv. Samtale og medikamenter i kombinasjon er et dyrere alternativ og bidrar trolig til unødvendig polyfarmasi, men er ifølge Helsedirektoratets strategiplan ikke dokumentert å være et dårligere alternativ. Det legges derfor til grunn fra Helsedirektoratet at veiledning må være basistilbudet ved hjelp til røykeslutt.

Sjekkliste

En sjekkliste er et hjelpemiddel for å standardisere intervensjonspakken eks ta med:

- røykeanamnese
- røykesluttsamtale: Motivasjon i forhold til røykeslutt. Positive effekter av røykeslutt diskuteres. Informasjon om eksisterende tilbud (røyketelefonen, kommunale tilbud, nikotinplaster/tyggegummi, Vareniklin - ”Champix”, Bupropion - ”Zyban”) Forespeile oppfølging hos fastlege
- dokumentasjon i epikrise

Alle ender dermed opp med samme kartlegging og tilbud. I tillegg er dette en enkel måte å kartlegge avvik, og hvilke punkter i forbedringsprosjektet det syndes mot. Sjekklisten bør utarbeides i samarbeid med de ulike faggruppene i avdelingen.

Lommemanual

Tar utgangspunkt i svensk lommemanual utarbeidet av *Sveriges läkarförbund* (18). Så langt vi har kunnet se, er det per i dag ikke laget tilsvarende på norsk. Dette er en enkel huskelapp med de viktigste punktene som skal luftes under en røykesluttsamtale. Samtidig vil dette bidra til å standardisere samtalene. I tillegg har vi vært i kontakt med Helsedirektoratet, som i 2006 laget den tidligere nevnte strategiplanen. De kunne bekrefte at det finnes få norske studier, og at det er for lite satsning på røykeavvenning i norske sykehus. Direktoratet har imidlertid laget en omfattende informasjonspakke (hefte, brosjyre, DVD) til helsepersonell som ønsker å ta i bruk enkle metoder for røykeavvenning.

Andre skjemaer for kartlegging og oppfølging i forbindelse med røykeslutt foreligger:

Statens folkhälsoinstitut (Sverige) www.tobaksfakta.org og *Folkehelseinstituttet* www.fhi.no

Informasjonsmøte

Informasjonsmøte for å presentere gjeldende retningslinjer og kunnskapsgrunnlag for aktuelle forbedringsprosjektet, er et ofte brukt virkemiddel. Dette gir økt forståelse for nødvendighet og viktighet av tiltaket. Samtidig gis alle faggrupper muligheten til å

delta i utarbeidelsen av sjekklisten. Dette kan dempe senere motstand mot innføringen og gjennomføring.

Telefonintervju

Oppfølgingen pr. tlf. (1 mnd og 12 mnd etter utskrivelse) ved røykeavvennings-sykepleier gjøres en bestemt dag i uken. I første samtale taes opp problemer som foreligger i forhold til røykeslutt, informasjon om medikamentell behandling eller røykeavvenningskurs informeres om etter behov. Det registreres hvem som er røykfrie. Etter 12 mnd. registreres det om pasienten er røykfri. Andelen av pasienter som er røykfrie etter 12 mnd. registreres (resultatmål).

Evaluering

En effektiv metode å vurdere om prosedyren gjennomføres, er å gjennomføre en systematisk journalgjennomgang i intervensjonsgruppen. Det vil si at leder/daglig ansvarlig, månedlig tar en stikkprøve av for eksempel 10 journaler på pasienter med diagnose hjerteinfarkt og røyker. Dette gir en fortløpende vurdering av personalets "compliance" og kan suppleres av et grundigere journalsøk. For eksempel etter 6 måneder og et år for å kartlegge, henholdsvis, prosedyreavvik underveis og effekt - og dermed verdien, av tiltaket. Dette gir et empirisk grunnlag for fortløpende avvikskorreksjon og endelig vurdering om prosjektet bør videreføres eller avsluttes. Dette er i henhold til PDSA-prinsippet: kontinuerlig problemløsning og justering (17).

Å vurdere effekten av røykeslutt på lengre sikt er vanskelig og ikke tatt høyde for i dette kvalitetsforbedringsdesignet. Dette designet er laget for et mikrosystem i sykehus. Røykesluttprosessen er, for mange, et nedtrappingsprosjekt der motivasjon og støtte fra blant andre fastlegen er et viktig moment. Kunnskapsgrunnlaget gir evidens for at samtaleintervensjon og oppfølging har gode resultater for røykeslutt, og hovedfokus blir i sykehusavdeling å initiere denne prosessen og følge den opp i startfasen (telefonsamtale etter en mnd). Resultatmål registreres ved telefonsamtale etter 12 mnd (8).

Diskusjon

Utgangspunktet for vårt temavalg var observasjoner og erfaring fra egen studiepraksis. I arbeidet med oppgaven har vi, både gjennom litteratur og kontakt med ulike avdelinger, fått bekreftet våre antakelser om at det er et stort forbedringspotensiale når det gjelder fokus på røykeavvenning.

Oppnådd røykeslutt er et av de tiltak som gir størst risikoreduksjon ved en rekke sykdommer, deriblant hjerte- og karsykdommer. I tillegg er det et av de aller billigste tiltakene. Dette regner vi med er velkjent blant norsk helsepersonell. På tross av dette har vi observert at det er lite systematisk fokus på temaet. Et konkret eksempel på dette er, som nevnt, "Hjerteskolene" på Sykehuset Asker og Bærum. Vi har i arbeidet med oppgaven fått bekreftet fra flere professorer at det finnes interesse for og at det er fullt mulig å gjennomføre våre foreslåtte tiltak. Tiltaket er og i tråd med Helsedirektoratets strategiplan for tobakksforebyggende arbeid, som sier at det de neste årene skal være økt fokus på røykeavvenning i spesialisthelsetjenesten.

Vårt forslag til tiltak er tiltenkt å kunne innføres overfor alle pasienter på en hjertemedisinsk avdeling. Tiltaket innebærer i første rekke undervisning og økt fokus på røykeavvenning overfor personalet, både sykepleiere og leger. Dette innebærer at røykeslutt skal taes opp med alle utskrivningsklare. For å sikre at alle pasienter får et likeverdig tilbud synes det best at én ansatt får spesielt ansvar for å foreta røykesluttsamtaler. Dette vil være et mer kostbart tiltak, og sannsynligvis vanskeligere å få gjennomført, men vil være mer effektivt. Dette fordi en slik person vil kunne forventes å være mer motivert for arbeidet, og vil ha økt kunnskap på feltet. Samme person vil kunne foreta telefonisk oppfølging som foreslått, noe som vil være vanskelig å få eksisterende personale til å utføre. Likevel må det presiseres at hele personalet skal signalisere samme budskap, og det vil være spesielt viktig at røykeslutt også blir nevnt i legens utskrivningssamtale med pasienten.

Vi kan også se for oss at tiltaket blir gjennomført uten å ansette ekstra personale, men ved at både sykepleier og lege tar opp temaet på en systematisk måte ved

utskrivningssamtalen. Ifølge vårt kunnskapsgrunnlag vil dette gi god effekt, men problemet vi ser er at det kan være vanskelig å få særlig legen til å bruke eksempelvis fem minutter av utskrivningssamtalen til røykeslutt.

Vi mener helt klart at prosjektet bør gjennomføres. Med tanke på de store utgiftene helsevesenet bruker både på rehabilitering av hjertepasienter og medikamentelt forebyggende behandling, bør et billig tiltak som dette, eller lignende, helt klart gjennomføres. Men minst like viktig som det samfunnsøkonomiske aspektet er hensynet til den enkelte pasients helsegevinst.

Konklusjonen er at det finnes interesse for vårt tiltak, at det er lett gjennomførbart, kostnadseffektivt og ikke minst, at tiltaket har potensiale for stor helsegevinst.

Referanseliste

1. Hammond EC, Garfinkel L. The Framingham Heart Study: Coronary heart disease, stroke and aortic aneurysm. *Arch Environ Health* 1969; 19(2): 167-182.
2. Rigotti NA, Munafo MR, Stead LF. Interventions for smoking cessation in hospitalised patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 3. Art.
3. Raw M, McNeill A, West R. Smoking cessation guidelines for health professionals. A guide to effective smoking cessation interventions for the health care system. *Thorax* 1998; 3 (suppl 5): 1 - 19
4. Nationalla riktlinjer för hjärtsjukvården.
http://www.socialstyrelsen.se/NR/ronlyres/C30205DC-1B0C-4222-82BC-8470EDDD6D43/10123/20081027_bilaga_4_rev3.pdf (290908)
5. Statistisk Sentralbyrå: <http://www.ssb.no/emner/03/01/royk/ttab-2008-01-31-01.html> (290908).
6. NEL - *Norsk elektronisk legehåndbok*
7. Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, Vander Hoorn S, Murray CJ. The comparative risk assessment collaborating group. Selected major risk factors and global and regional burden of disease. *Lancet* 2002
8. Strategiplan for Helse og sosialdepartementet. Nasjonal strategi for det tobakksforebyggende arbeidet 2006-2010. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2006.
9. Helgason AR, Lund KE. General practitioner's perceived barriers to smoking cessation - results from four Nordic countries. *Scand J Public Health* 2002
10. Metoder for røykavvenning. Rapport 138. Stockholm: SBU, 1998
11. Barzilai DA, Goodwin MA, Zyzanski SJ, Stange KC. Does health habit counselling affect patient satisfaction?. *Prev Med* 2001;33:595-9
12. Doll R, Hill AB. The mortality of doctors in relation to their smoking habits. *Br Med J* 1954;ii:1451-55.
13. Bakke et al. Norske sykehuslegers praksis ved røykeavvenning. *Tidsskrift for Den norske Legeforening* 2000; 120.

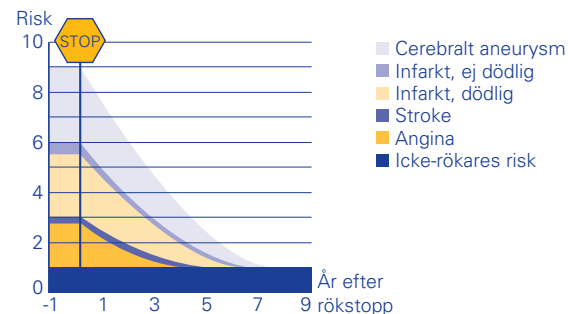
14. Quist-Paulsen et al. Predictors of smoking cessation in patients admitted for acute coronary heart disease. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation* 2005. No.: CD001837. DOI: 10.1002/14651858.CD001837.pub2.
15. http://www.sabhf.no/modules/module_123/proxy.asp?D=2&C=169&I=625
16. Ades, P.A. et al. Cost –effectiveness of cardiac rehabilitation after myocardial infarction. *J. Cardiopulmonary Rehabil* 1997.
17. Den norske Legeforening. Kom i gang, Kvalitetsforbedring i praksis: http://www.legeforeningen.no/asset/23256/1/23256_1.pdf (290908)
18. http://www.orebroll.se/upload/USO/Lungkliniken/Dokument/Samtalsmedtod%20f%C3%B6r%20att%20beh%C3%B6r%C3%B6kare_2004.pdf.
19. Bullen C. Impact of tobacco smoking and smoking cessation on cardiovascular risk and disease. *Expert Review of Cardiovascular Therapy* July 2008; Vol. 6 No. 6: 883-895
20. Amrud E. Hva finnes av metoder og modeller for røykeavvenningstilbud ved norske sykehus i 2006.

EVIDENS FÖR NYTTAN AV RÖKAVVÄNJNING

Tobaksavvänjning hör till det mest evidensbaserade inom medicinen. Ju större insats desto bättre resultat. Avvänjning är mer kostnadseffektiv än allt annat inom vården. Exempel på kostnader (år 2001) för att med olika metoder rädda ett (1) levnadsår:

- 2 500-5 000 kr med Sluta-Röka-Linjen
- 5 000-15 000 kr med det korta samtalet om tobak
- 150 000-250 000 kr med blodtrycksbehandling
- 400 000-1 200 000 kr med lipidsänkare

DIAGRAMMET VISAR hur risken för vissa sjukdomar minskar när en person som röker 20 cigaretter om dagen slutar röka.



Snusavvänjning

Samma behandlingsprinciper som vid rökning.

Hjälp och kunskap finns här:

Sluta-Röka-Linjen 020-84 00 00
www.slutarokalinjen.org
www.cancerfonden.se/slutaroka
www.tobaksfakta.se (Att sluta)
www.somt.se
www.fhi.se

(Sök: Motiverande samtal om tobak)

(Sök: Tobak och avvänjning)

Läkarförbundet och Läkaresällskapet anser att:

- Läkarens uppgift är att bistå patienten med kunskap och råd vad avser tobaksbruk
- Patienten ska alltid tillfrågas om eventuellt tobaksbruk. Läkaren ska alltid upplysa om sambandet mellan tobak och sjukdom.
- Läkare ska kunna ge råd och stöd till patienter som vill sluta med tobak.
- Tobaksberoende ska anges som diagnos i syfte att ge en fullständig bild av sjukligheten.



Box 5610, 114 86 Stockholm
Telefon 08-790 33 00
Fax 08-20 57 18
info@sif.se
www.lakarforbundet.se



Box 738, 101 35 Stockholm
Telefon 08-440 88 60
Fax 08-440 88 99
sls@svls.se
www.svls.se

Behandlar du när det diastoliska viloblodtrycket mäter 110 mmHg?

Behandlar du då fasteblodsockret stiger över 10 mmol/l?

Känner du samma **läkaransvar** för patienter som röker 10 cigaretter per dag?

EN SAMTALSMETOD FÖR ATT BEHANDLA RÖKARE



Tre av fyra läkare uppger sig sakna tillräckliga kunskaper om tobaksavvänjning. Denna skrift kan hjälpa den osäkre.

Sveriges läkarförbund
Svenska Läkaresällskapet

EVIDENS FÖR TOBAKENS SKADEVERKNINGAR

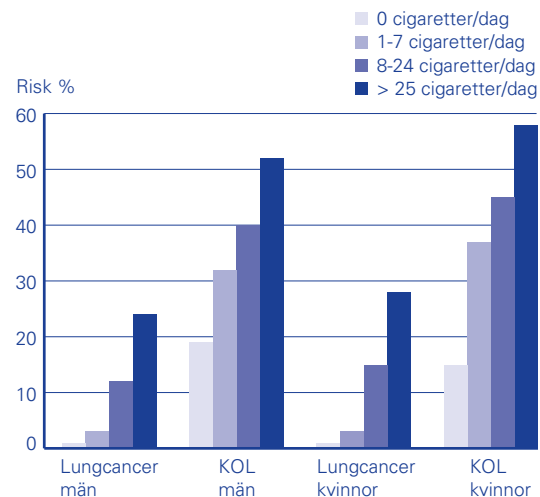
Rökningens samhällsekonomiska kostnader beräknas till 26 miljarder kronor varje år. En rökare kostar samhället 1,2 miljoner kronor mer under sitt liv än vad en rökfri person gör.

Tobak är den största enskilda orsaken till ohälsa och förtida död i Sverige. Tobak dödar varannan dagligrökare – det finns 1,2 miljoner i denna högriskgrupp i Sverige.

En rökare ska räkna med rökingsrelaterade sjukdomar. I genomsnitt får en rökare 5-7 färre friska år och dör 7 år i förtid. Det innebär att en rökfri person får upp till 14 fler friska levnadsår.

Från år 2007 beräknas lungcancer vara en vanligare dödsorsak än bröstcancer hos svenska kvinnor.

DIAGRAMMET VISAR risken att under livet få vissa diagnoser i relation till rökvanor



DIN BEHANDLING AV PATIENTENS TOBAKSBEROENDE

NIVÅ 1

Som du alltid klarar och hinner med (2-3 minuter)

- Fråga varje patient om rök- och snusvanor
- Journalför och diagnosregistrera – F17,2 Tobaksberoende
- Bedöm motivationsgrad: Hur intresserad är du av att sluta röka/snusa på en skala 1-10?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ointresserad			Osäker				Beredd att sluta		
Fokusera på att väcka intresse			Fokusera på att påverka ambivalensen				Fokusera på att stödja beslutet		
<ul style="list-style-type: none"> • Känner du till hur rökning påverkar din hälsa/sjukdom? Får jag berätta? 			<ul style="list-style-type: none"> • Hjälpt patienten att väga fördelar mot nackdelar • Identifiera hinder för att sluta – diskutera lösningar 				<ul style="list-style-type: none"> • Sätt stoppdatum • Ge praktiska råd: Ät och drick ordentligt Rör på dig Använd nikotinläkemedel Rök inte en enda cigarett 		

NIVÅ 2

När du tar dig lite längre tid (5-10-minuter)

- | | | |
|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Vad skulle kunna få dig att överhuvud taget tänka på att sluta? • Kan du se någon fördel med att sluta? • Erbjud ny kontakt vid behov. | <ul style="list-style-type: none"> • Förklara abstinenssymtom och viktökning • Betona alla vinster med rökstoppet <p>Hänvisa till:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lokal rökavvänjare • Sluta-Röka-Linjen telefon 020-84 00 00 | <ul style="list-style-type: none"> • Informera om läkemedel • Skriv recept vid behov • Diskutera återfallsstrategi <p>Hänvisa till:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lokal rökavvänjare • Sluta-Röka-Linjen telefon 020-84 00 00 |
|--|---|---|

NIVÅ 3

Tobaksavvänjningsenhet – kräver särskild utbildning och organisation

- Identifiera redan fungerande enhet som du kan remittera till
- Verka för att din vårdcentral och ditt sjukhus etablerar egen resurs
- Sluta-Röka-Linjen är hela tiden en professionell komplettering på nationell nivå.