

Meðferð við tóbaksfíkn

Meðferðarvenjur heilsugæslulækna á Íslandi

Ágrip

Ásgeir R. Helgason¹,

Pétur Heimisson²,

Karl E. Lund³

Tilgangur: Að kanna meðferðarvenjur heilsugæslulækna við meðhöndlun á tóbaksfíkn og greina helstu þröskulda (hindranir) sem standa í vegi fyrir því að heilsugæslulæknar á Íslandi sinni tóbaksvörnum.

Efniviður og aðferðir: Spurningalisti var sendur heim til allra 167 starfandi heilsugæslulækna á Íslandi vorið 1999. Spurt var um tóbaksvarnastarf, hindranir fyrir að sinna tóbaksvörnum og eigin tóbaksneyslu heilsugæslulækna.

Niðurstöður: Svarshlutfall var 77%. Af þeim sem svöruðu reyktu 7% daglega og 14% af og til. Fáir heilsugæslulæknar höfðu það sem reglu að spyrja sjúklinga sín hvort þeir reyktu ef þeir höfðu engin einkenni sem líklegt er að rekja megi til reykinga. Fáir buðu sjúklingum sínum upp á stuðning við að hætta að reykja. Flestir töldu tóbaksvarnir þó vera innan síns verksviðs. Aðalástæðan fyrir að sinna ekki tóbaksvörnum var tímaskortur og sú tilfinning að fáir hætti að reykja þrátt fyrir stuðning. Mikill meirihluti taldi æskilegt að geta vísað reykingamönnum til sérfræðinga í reykbindindi.

Ályktanir: Auka þarf aðgengi sjúklinga og heilsugæslulækna að sérfræðingum í reykbindindi.

Inngangur

Erlendar rannsóknir benda til þess að læknar tali ekki um reykingar við sjúklinga sína í þeim mæli sem umfang sjúkdóma vegna reykinga gefur tilefni til (1,2). Tilraunir til að auka tíðni samtala um tóbak milli lækna og sjúklinga með námskeiðum af ýmsum toga, hafa leitt til takmarkaðra breytinga á klínísku starfi (3-5). Nokkrar rannsóknir hafa leitt í ljós að læknar eru af ýmsum ástæðum tregir til að fylgja ráðleggingum um bestu meðferð (clinical practice guidelines) (6-9). Nýleg úttekt á ástæðum þessa benda til að „þröskuldarnir“ séu ólíkir fyrir hin ýmsu sérsvið læknisfræðinnar og að gera þurfi úttekt á hverju sviði fyrir sig (10).

Meginmarkmið þessarar rannsóknar var að kanna meðferðarvenjur heilsugæslulækna við meðhöndlun á tóbaksfíkn og greina helstu þröskulda (hindranir) sem standa í vegi fyrir því að heilsugæslulæknar sinni tóbaksvörnum. Rannsóknin var gerð samtímis á Íslandi, í Noregi, Finnlandi og Svíþjóð og er hluti af átaki norrænu krabbameinsfélaganna (NCU) til að aðstoða heilsugæslulækna í tóbaksvarnastarfi. Í

ENGLISH SUMMARY

Helgason ÁR, Heimisson P, Lund KE

Treating tobacco addiction. Praxis and barriers amongst Icelandic general practitioners

Læknablaðið 2001; 87: 41-5

Objective: To assess praxis and identify the most common barriers for engaging in tobacco prevention in general practice in the Nordic countries.

Material and methods: All 167 practicing general practitioners in Iceland received a questionnaire at home assessing praxis and barriers for systematic involvement in tobacco prevention.

Results: The over all response rate was 77%. Few general practitioners asked patients if they smoked if the patient had no smoking related symptoms. Few supported patients who wanted to stop smoking. However, a big majority agreed that tobacco prevention was a part of their job. The main reasons for not engaging in tobacco prevention was lack of time and the feeling that the time spent may not be worth the effort since few patients quit. A big majority stated that they would prefer to refer smokers to smoking cessation specialist.

Conclusions: Smoking cessation expertise needs to be more accessible to Icelandic patients and doctors.

Keywords: smoking, smoking cessation, general practitioners, physicians, barriers.

Correspondence: Ásgeir R. Helgason. E-mail: asgeir@ce.ks.se

þessari grein verður aðeins fjallað um íslensku niðurstöðurnar. Niðurstöðurnar í heild með samanburði milli landanna verða birtar síðar í alþjóðlegu vísindaritri.

Efniviður og aðferðir

Spurningalisti var sendur heim til 167 starfandi heilsugæslulækna á Íslandi vorið 1999. Vísindanefnd á vegum norrænu krabbameinsfélaganna hafði umsjón með rannsókninni og þróaði spurningalistann. Listinn var þróaður í samvinnu við heilsugæslulækna í Noregi, Svíþjóð og á Íslandi. Forþrófanir á réttmæti listans voru gerðar á úrtaki heilsugæslulækna í Noregi og Svíþjóð. Krabbameinsfélögin í hverju

¹Samhällsmedicine, Stokkhólmi,

²Heilbrigðisstofnun Austurlands, ³Statens institut for folkehelse, Osló.

Fyrirspurnir, bréfaskipti: Ásgeir R. Helgason, Samhällsmedicine – CTP, Box 17533, 118 91 Stockholm, Sverige. Netfang: asgeir@ce.ks.se

Lykilord: reykingar, meðferð við tóbaksfíkn, heilsugæslulæknar, læknar.

Tafla I: Tóbaksneysla heilsugæslulækna á Íslandi.

Spurning: Hefur þú einhvern tímann reykt (af og til eða daglega) í eitt ár samfellt?	46% (68/127)*
Spurning: Reykir þú í dag?	
Reykja daglega	7% (9/127)
Reykja sjaldnar	8% (10/127)
Allar núverandi reykingar	15% (19/127)
Spurning: Notar þú neftóbak eða munntóbak í dag?	2% (2/127)
Öll núverandi tóbaksnotkun	17% (21/127)

* Tveir svöruðu ekki spurningunum um eigin tóbaksneyslu.

Tafla II: Í hvaða mæli grennslast heilsugæslulæknar fyrir um reykingavenjur sjúklinga? Meðferðarvenjur og þröskuldar.

Spurning: Gerum ráð fyrir að þú hittir fullorðinn sjúkling sem hefur/ hefur ekki nein einkenni sem tengd hafa verið reykingum, spyrðu þá sjúklinginn hvort hann/hún reyki?

Hlutfall sjúklinga sem eru spurðir (meðaltal):

Af sjúklingum sem ekki hafa nein einkenni sem líklegt er að rekja megi til reykinga % (staðalfrávik)	25% (27,12)
Af sjúklingum sem hafa einkenni sem líklegt er að rekja megi til reykinga % (staðalfrávik)	93% (9,49)

Þröskuldar: Hlutfall þeirra sem eru að einhverju leyti sammála fullyrðingunni (það er, eru ekki algerlega ósammála):

Umræður um reykingar taka oft of langan tíma % (hlutfall)	50% (63/126)*
Mér finnst ég ekki vera nógu vel að mér í efninu % (hlutfall)	33% (42/126)
Það er ekki innan míns verksviðs að ræða við fólk um reykingavenjur þess % (hlutfall)	12% (15/126)
Ég er ekki fullkomlega sannfærð(-ur) um að reykingar séu stórt heilsufarsvandamál % (hlutfall)	4% (5/126)
Mér finnst óþægilegt að spyrja fólk út í reykingavenjur þess % (hlutfall)	30% (38/126)

* Þrír svöruðu ekki spurningunni.

landi voru ábyrg fyrir gagnasöfnun í samvinnu við félög heilsugæslulækna. Í Noregi, Svíþjóð og Finnlandi var valið slembiúrtak 1000 heilsugæslulækna en á Íslandi voru allir starfandi heilsugæslulæknar, sem voru félagar í Félagi íslenskra heimilislækna, með í úrtakinu.

Eftirfarandi spurningar mældu hve oft heilsugæslulæknar taka upp reykingar í klínísku viðtali: A) Gerum ráð fyrir að þú hittir fullorðinn sjúkling sem ekki hefur nein einkenni sem tengd hafa verið reykingum, spyrðu þá sjúklinginn hvort hann/hún reyki? B) Gerum ráð fyrir að þú hittir fullorðinn sjúkling sem hefur einkenni sem tengd hafa verið reykingum, spyrðu þá sjúklinginn hvort hann/hún reyki? C) Ef þú veist að sjúklingurinn reykir, ræðir þú þá við hann/hana um gildi þess að hætta að reykja? Svareismöguleikarnir voru: „nei aldrei“ og „já í um það bil ___% tilfella“.

Eftirfarandi spurning greindi hve oft lækarnir buðu sjúklingum sínum upp á mismunandi stuðning: Ef þú veist að sjúklingurinn reykir og hefur hug á að hætta að reykja, hve algengt er að þú bjóðir honum/henni eftirfarandi aðstoð?: A) Ég rétti sjúklingnum bækling um reykbindindi. B) Ég býð sjúklingnum upp á að koma aftur með það að markmiði að styðja hann/hana í viðleitninni til að hætta að reykja. C) Ég býð sjúklingnum upp á að taka

þátt í námskeiði í reykbindindi á heilsugæslustöðinni (stofunni). D) Ég vísa sjúklingnum á námskeið í reykbindindi hjá öðrum aðilum. E) Ég ræði við sjúklinginn um hugsanlega dagsetningu fyrir reykbindindið. F) Ég legg upp meðferðaráætlun með nikótínlyfjum. G) Ef þú hjálpar sjúklingum að hætta að reykja á annan hátt en ofan, hvernig? Svareismöguleikarnir voru: „Oft/oftast“, „stundum“, „sjaldan“, „aldrei“.

Auk framangreindra spurninga var spurt um þröskulda sem læknar hafa áður gefið upp sem dragbíta á tóbaksvarnastarf í ýmsum erlendum rannsóknum. Þátttakendur voru beðnir að taka afstöðu til mikilvægis þessara þröskulda með því að svara að hvaða marki þeir væru sammála: „Algjörlega sammála“, „frekar sammála“, „frekar ósammála“ og „algerlega ósammála“.

Þátttakendur tóku afstöðu til eftirfarandi fullyrðinga: „Þetta er alltof tímafrekt“, „mér finnst ég ekki vera nógu vel að mér í efninu“, „það er ekki innan míns verksviðs að ræða við fólk um reykingavenjur þess“, „læknar hafa ekki rétt til að eiga frumkvæðið að því að upplýsa sjúklinga um heilsufarslegar afleiðingar þess lífsstíls sem það hefur valið“, „mér finnst óþægilegt að ræða um efnid“, „ég er ekki fullkomlega sannfærð(-ur) um að reykingar séu stórt heilsufarsvandamál“, „það er ekki erfiðisins virði að standa í svona ráðgjöf þar sem alltof fáir hætta að reykja þrátt fyrir stuðninginn“, „æskilegast væri að geta vísað sjúklingum á aðila sem sérhæfa sig í að aðstoða fólk við að hætta að reykja“ og „ef annað, hvað?“.

Einnig var spurt um það hvort þátttakendur hefðu tekið þátt í námskeiðum eða á annan hátt reynt að auka þekkingu sína með það fyrir augum að vera betur í stakk búin(-n) að hjálpa sjúklingum að hætta að reykja? Hvort þeir hefðu tekið þátt í að aðstoða fólk við að hætta að reykja sem stjórnendur eða fyrirlesarar á námskeiðum í reykbindindi. Hve mikinn tíma þeir hefðu notað síðastliðinn mánuð til samræðna eða fyrirlestra um reykbindindi og að lokum var spurt um eigin tóbaksneyslu. Helstu lykilsurningarnar eru birtar í töflum.

Niðurstöður

Svarshlutfall var 77% (129/167). Af þeim sem svöruðu reyktu 14% (19/127) að minsta kosti af og til, en 7% (9/127) reyktu daglega (tafla I).

Heilsugæslulæknarnir sögðust að jafnaði spyrja rúmlega níu af 10 sjúklingum að því hvort þeir reyktu ef viðkomandi hafði einhver sjúkdómseinkenni sem sýnt hefur verið fram á að tengjast reykingum (tafla II). Hefðu sjúklingar hins vegar engin slík einkenni voru þrír af fjórum aldrei inntit eftir því hvort þeir reyktu (tafla II). Algengasta ástæðan sem gefin var upp fyrir því að grennslast ekki fyrir um reykingar var að slíkar umræður taki oft langan tíma (tafla II).

Aðrir algengir þröskuldar voru þekkingarskortur á efninu og að það væri óþægilegt að spyrja sjúklinga út í reykingavenjur þeirra (tafla II). Fáir töldu þetta þó vera utan síns verkswiðs og enn færri voru ekki fullkomlega sannfærðir um að reykingar væru stórt heilsufarsvandamál (tafla II).

Um það bil þrjár af fjórum sjúklingum heilsugæslulækna voru upplýstir um gildi þess að hætta að reykja ef lækarnir vissu að sjúklingurinn reykti (tafla III). Algengustu ástæðurnar fyrir að upplýsa ekki um gildi þess að hætta voru í megindrattum þær sömu og fyrir að inna sjúklinginn ekki eftir því hvort hann reykti (tafla II). Rúmlega níu af 10 heilsugæslulæknum töldu það þó vera innan síns verkswiðs að eiga frumkvæði að því að upplýsa sjúklinga um afleiðingar þess lífsstíls sem þeir hafa valið (tafla III).

Tiltölulega fáir heilsugæslulækna höfðu það sem reglu að bjóða sjúklingum sínum, sem vilja hætta að reykja, upp á stuðning við að hætta (tafla IV). Um það bil einn af 10 rétti sjúklingum sínum „oft“ bæklinga um reykbindindi og tveir af 10 buðu „oft“ upp á endurkomu með stuðningssamtölum. Ennþá færri buðu „oft“ upp á námskeið í reykbindindi á heilsugæslustöðinni og um það bil einn af 10 vísaði sjúklingum sínum „oft“ á námskeið í reykbindindi hjá öðrum aðilum (tafla IV). Nokkuð fleiri, eða um það bil einn af fjórum ræddi „oft“ um hugsanlega dagsetningu fyrir reykbindindi og lögðu upp meðferðaráætlun með nikótínlyfjum (tafla IV). Um það bil sjö af 10 höfðu aldrei verið fyrirlesarar á hópnámskeiðum í reykbindindi og enn færri höfðu einhvern tímann leitt slík námskeið (tafla IV).

Að meðaltali höfðu íslensku heilsugæslulæknarnir notað tæplega tvær klukkustundir síðastliðinn mánuð til að ræða við sjúklinga um tóbak og reykbindindi (tafla IV). Algengar ástæður fyrir því að sinna ekki ráðgjöf í reykbindindi voru tímaskortur, þekkingarskortur og sú tilfinning að það væri ekki erfiðisins virði að standa í svona ráðgjöf þar sem alltof fáir hætta að reykja þrátt fyrir stuðninginn (tafla IV). Rúmlega níu af 10 heilsugæslulæknum sögðu að æskilegt væri að geta vísað sjúklingum á aðila sem sérhæfa sig í tóbaksvörnum (tafla IV). Tæplega helmingur aðspurðra (48%) hafði tekið þátt í námskeiði eða á annan hátt reynt að auka þekkingu sína á meðferð við tóbaksfíkn með það fyrir augum að vera betur í stakk búinn að hjálpa sjúklingum að hætta að reykja.

Umræða

Heilsugæslulæknarnir inntu sjúklinga sína yfirleitt ekki eftir því hvort þeir reyktu nema þeir hefðu einhver einkenni sem tengd hafa verið reykingum (tafla II). Helstu ástæðurnar voru tímaskortur og sú tilfinning að tíminn sem notaður er í að hjálpa sjúklingum til að hætta að reykja sé ekki erfiðisins virði þar sem fáir hætta að reykja þrátt fyrir hvatningu

Tafla III: Í hvaða mæli upplýsa heilsugæslulækna sjúklinga um gildi þess að hætta að reykja? Meðferðarvenjur og þröskuldar.

Spurning: Ef þú veist að sjúklingurinn reykir, ræðir þú þá við hann/hana um gildi þess að hætta að reykja?

Hlutfall sjúklinga sem eru spurðir (meðaltal): % (staðalfrávik)	74% (24,13)
Þröskuldar: Hlutfall þeirra sem eru að einhverju leyti sammála fullyrðingunni það er, eru ekki algerlega ósammála):	
Umræður um reykingar taka oft of langan tíma % (hlutfall)	53% (66/124)
Mér finnst ég ekki vera nógu vel að mér í efninu % (hlutfall)	35% (43/124)
Það er ekki innan míns verkswiðs að ræða við fólk um reykingavenjur þess % (hlutfall)	9% (11/124)
Lækna hafa ekki rétt til að eiga frumkvæði að því að upplýsa sjúklinga um heilsufarslegar afleiðingar þess lífsstíls sem þeir hafa valið % (hlutfall)	9% (11/124)
Mér finnst óþægilegt að spyrja fólk út í reykingavenjur þess % (hlutfall)	30% (37/124)
Ég er ekki fullkomlega sannfærð(-ur) um að reykingar séu stórt heilsufarsvandamál % (hlutfall)	5% (6/124)

* Fimm svöruðu ekki spurningunni.

Tafla IV: Í hvaða mæli aðstoða heilsugæslulækna sjúklinga við að hætta að reykja? Meðferðarvenjur og þröskuldar.*

Spurning: Ef þú veist að sjúklingurinn reykir og hefur hug á að hætta að reykja, hve algengt er að þú bjóðir honum/henni eftirfarandi aðstoð?

Hlutfall þeirra sem svara að þeir „oft“ ...	
... rétti sjúklingnum bækling um reykbindindi % (hlutfall)	14% (18/126)
... bjóði upp á endurkomu með það að markmiði að styðja sjúklinginn í viðleitninni til að hætta að reykja % (hlutfall)	18% (23/126)
... bjóði sjúklingnum upp á að taka þátt í námskeiði í reykbindindi á heilsugæslustöðinni (stofunni) % (hlutfall)	6% (7/125)
... vísi sjúklingnum á námskeið hjá öðrum aðilum % (hlutfall)	13% (16/127)
... ræði um dagsetningu fyrir reykbindindi % (hlutfall)	25% (31/126)
... leggi upp meðferðaráætlun með nikótínlyfjum % (hlutfall)	28% (35/126)

Spurning: Tekur þú þátt í, eða hefur þú tekið þátt í, að aðstoða sjúklinga við að hætta að reykja? Merktu við alla möguleika hér að neðan sem eiga við þig.

Hlutfall þeirra sem merkja við hvern möguleika:

Hafa verið fyrirlesarar á námskeiði að minnsta kosti einu sinni % (hlutfall)	29% (37/128)
Hafa leitt hópnámskeið að minnsta kosti einu sinni % (hlutfall)	25% (32/128)
Stutt sjúkling í reykbindindi að minnsta kosti einu sinni % (hlutfall)	75% (96/128)

Heildartími (klukkustundir) notaður til tóbaksvarna

síðastliðinn mánuð. Meðaltal (staðalfrávik) 1,7 (2,16)

Þröskuldar: Hlutfall þeirra sem eru að einhverju leyti sammála fullyrðingunni (það er, eru ekki algerlega ósammála):

Æskilegast væri að geta vísað sjúklingum á aðila sem sérhæfa sig í að aðstoða fólk við að hætta að reykja % (hlutfall)	91% (113/124)
Ráðgjöf í reykbindindi er alltof tímafrek % (hlutfall)	59% (74/125)
Það er ekki erfiðisins virði að standa í svona ráðgjöf þar sem alltof fáir hætta að reykja þrátt fyrir stuðninginn % (hlutfall)	54% (68/126)
Hef ekki næga þekkingu til að geta orðið að liði % (hlutfall)	51% (65/127)
Það er ekki innan míns verkswiðs að aðstoða sjúklinga við að hætta að reykja % (hlutfall)	12% (15/127)

* Nefnari er breytilegur vegna innra brottfalls.

og stuðning (tafla IV). Margir töldu sig einnig ekki hafa nægjanlega þekkingu á því hvernig styðja á sjúklinga í því að hætta að reykja (tafla IV) og fannst óþægilegt að ræða við sjúklinga um reykingavenjur þeirra (töflur II og III). Mikill meirihluti taldi æskilegt að geta vísað sjúklingum sínum á aðila sem eru sérhæfðir í að aðstoða fólk við að hætta að reykja (tafla IV).

Sú tilfinning margra heilsugæslulækna að tímannum, sem varið er í að aðstoða sjúklinga við að hætta að reykja, sé ekki vel varið, er ef til vill skiljanleg í ljósi þess að rannsóknir sýna að langtímaárangur af slíku starfi er aðeins á bilinu 2-5%, sé öllum reykjandi sjúklingum boðin aðstoð óháð áhuga og vilja til að hætta að reykja (11,12). Hins vegar ber á það að líta að þó hver einstakur læknir nái takmörkuðum árangri með sinn sjúklingahóp er árangurinn vel erfiðisins virði og þjóðfélagslega hagkvæmur þegar á heildina er litið (11,13). Það er því miður ef læknar missa móðinn og velja að gera ekki neitt. Margar rannsóknir benda til þess að auka megi til muna árangur af tóbaksvarnastarfi lækna með því að tengja fleiri aðila við meðferðina og auka þann tíma sem notaður er í ráðgjöfina fyrir hvern og einn (13). Það er því nokkuð ljóst að auka þarf aðgengi lækna og sjúklinga að sérþæðingum í reykbindindi. Æskilegt væri að slíkir aðilar myndu á öllum stærri heilsugæslustöðvum. Önnur ódýrari leið til að gera slíka sérþæðinga aðgengilega fyrir alla, er að opna símaþjónustu (quit-line/help-line) fyrir reykingamenn. Slík starfsemi hefur víða verið í gangi um árabil og sannað gildi sitt (14). Þó símaþjónusta geti hjálpað stórum hópi og sé af mörgum álitin æskilegri kostur en námskeið (13), er ljóst að einhverjir koma til með að þurfa meiri stuðning. Því er æskilegt að geta einnig boðið upp á persónulegri stuðning á sem flestum heilsugæslustöðvum, til dæmis í formi hópnámskeiða.

Um það bil þrjú af fjórum sjúklingum heilsugæslulækna voru upplýstir um gildi þess að hætta að reykja ef læknarnir vissu að sjúklingurinn reykti (tafla III). Þetta kemur í sjálfu sér ekki á óvart þegar tillit er tekið til þess að einungis sjúklingar með sjúkdóms-einkenni, sem tengd hafa verið reykingum, voru inntir eftir því hvort þeir reyktu (tafla II). Íslenskir heilsugæslulæknar eru því með öðrum orðum duglegir í að grennslast fyrir um orsakir sjúkdóms-einkenna, þegar þau hafa komið fram (secondary prevention), þó enn sé langt í land að sjúklingarnir fái þann stuðning sem þeir þurfa til að hætta að reykja. Hins vegar eru þeir mun minna virkir í forvörnum (primary prevention).

Um það bil þriðjungi heilsugæslulækna fannst óþægilegt að ræða við sjúklinga um reykingavenjur þeirra (töflur II og III). Ef til vill má túlka þessar niðurstöður svo að þörf sé á námskeiði fyrir lækna í samtalstækni um lífsstílsbreytingar (16,17). Við vitum hins vegar ekki hvort heilsugæslulæknar myndu mæta á slíkt námskeið væri það í boði.

Það var athyglisvert að mjög fáir heilsugæslulæknar virðast notfæra sér bæklinga um reykbindindi í klínísku starfi. Þó rannsóknir hafi sýnt að gildi slíkra bæklinga sé takmarkað séu þeir notaðir einir sér, hafa þeir sannað gildi sitt sem stuðningsefni í tengslum við aðra meðferð (18). Það er því að öllum

líkindum vafasöm fjárfesting að láta stuðningsefni liggja frammi á öllum heilsugæslustöðvum, sjúkraudildum og apótekum. ef það er ekki tengt persónulegri ráðgjöf af einhverjum toga. Hér þjóna læknar og hjúkrunarfræðingar mikilvægu hlutverki, en nauðsynlegt er að styðja þessa aðila og gera þeim kleift að sinna tóbaksvörnum á markvissan hátt.

Lokaorð og ályktanir

Fljótt á litið kunna niðurstöður þessarar rannsóknar að virðast þversagnakenndar þar sem níu af 10 heilsugæslulæknum telja það vera innan síns verkswiðs að ræða um reykingar við sjúklinga, en álfka margir telja æskilegt að geta vísað á aðra sem eru sérhæfðir í meðferð tóbaksfíknar. Þetta er þó eðlilegt í ljósi þess að í flestum samantektum um hlutverk lækna í tóbaksvörnum er talað um lágmarksmeðferð (minimal intervention) (13). Í sömu ritum er líka lögð áhersla á mikilvægi þess að aðrir sérhæfðir aðilar komi að meðferðinni til að auka árangur (13). Líklega er það óraunhæf krafa að ætlast til þess að læknar taki þann tíma á hvern sjúkling sem þarf til að ná besta mögulega árangri í meðferð við tóbaksfíkn, það er að minnsta kosti fimm klukkustundir (13). Margt bendir hins vegar til að læknar veigri sér við lágmarksmeðferð af ótta við að hafna í endurteknum tímafrekum stuðningsviðtölum. Hér hafa sérhæfðir tilvísunaraðilar á borð við reykstíma (quit-lines) og hópnámskeið á viðurkenndum heilbrigðisstofnunum mikilvægu hlutverki að gegna. Niðurstöðurnar virðast einnig gefa tilefni til að álykta að þörf kunnist að vera á leiðbeiningum um meðferð við tóbaksfíkn fyrir lækna.

Heimildir

- Dickinson J, Wiggers J, Leeder S, Sanson-Fisher RW. General practitioners' detection of patients' smoking status. *Med J Aust* 1989; 150: 420-6.
- Heywood A, Sanson-Fisher RW, Ring I, Mudge P. Risk prevalence and screening for cancer by general practitioners. *Prev Med* 1994; 23: 152-9.
- Ward J, Sanson-Fisher R. Does a 3-day workshop for family medicine trainees improve preventive care? A randomized control trial. *Prev Med* 1996; 25: 741-7.
- Silagy C, Lancaster T, Fowler G, Spiers I. Effectiveness of training health professionals to provide smoking cessation interventions: systematic review of randomised controlled trials. In: Lancaster T, Silagy C, Fullerton D, eds. Tobacco addiction module of The Cochrane Library [database on disk and CDROM]. The Cochrane Collaboration; Issue 2. Oxford: Update Software; 1997. Updated quarterly.
- Silagy C, Ketteridge S. The effectiveness of physician advice to aid smoking cessation. In: Lancaster T, Silagy C, Fullerton D. Tobacco addiction module of The Cochrane Database of Systematic Reviews [updated 03 March 1997]. Available in The Cochrane Library [database on disk and CDROM]. The Cochrane Collaboration; Issue 2. Oxford: Update Software; 1997. Updated quarterly.
- Lomas J, Anderson GM, Dominick-Pierre K, Vayda E, Enkin MW, Hannah WJ. Do practice guidelines guide practice? The effect of a consensus statement on the practice of physicians. *N Engl J Med* 1989; 321: 1306-11.
- Kanouse DE, Winkler JD, Kosecoff J. Changing medical practice through technology assessment: an evaluation of the NIH Consensus Development Program. Santa Monica, Calif: RAND; 1989.
- Woolf SH. Practice guidelines; a new reality in medicine, III: impact on patient care. *Arch Intern Med* 1993; 152: 2646-55.

9. Hayward RSA. Clinical practice guidelines on trial. *CMAJ* 1997; 156: 1725-7.
10. Cabana MD, Rand CS, Powe NR, Wu AW, Wilson MH, Abboud P-AC, et al. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. *JAMA* 1999; 282: 1458-65.
11. Law M, Tang JL. An analysis of the effectiveness of interventions intended to help people stop smoking. *Arch Intern Med* 1995; 155: 1933-41.
12. Cummings SR, Coates TJ, Richard RJ, Hansen B, Zahnd EG, VanderMartin R, et al. Training physicians in counselling about smoking cessation: a randomized trial of the „quit for life“ program. *Ann Intern Med* 1989; 110: 640-7.
13. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, Dorfman SF, Goldstein MG, Gritz ER, et al, eds *Treating Tobacco Use and Dependence. Clinical Practice Guideline*. Rockville MD: U.S. Department of Health and Human Service. Public Health Service; June 2000.
14. Zhu S-H, Anderson CM, Johnson CE, Tedeschi G, Roeseler A. A centralised telephone service for tobacco cessation: the California experience. *Tobacco Control* 2000; 9(Suppl II: ii48-ii55).
15. McAfee T, Sofian N, Wilson J, Hindmarsh M. The role of tobacco intervention in population-based health care. *Am J Prev Med* 1988; 14: 46-52.
16. Lund KE, Helgason AR. Hvorfor unnlater helsepersonell å snakke med småbarnsforeldre om passiv røyking. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 1622-6.
17. Aborelius E, Krakau I, Bremberg S. Key factors in health counseling in the consultation. *Fam Pract* 1992; 4: 488-93.
18. Ritvo PG, Irvine J, Lindsay EA, Kraetschmer N, Blair N, Shnek ZM. A critical review of research related to family physician-assisted smoking cessation intervention. *Cancer Prev Contr* 1997; 1: 289-303