



Veiledning om røykeslutt

- en kvalitativ studie om erfaringskunnskapen til pasienter med coronar hjertesykdom og helsepersonell, og deres syn på veiledning om røyking og røykeslutt.

HØGSKOLEN I VESTFOLD

Mastergradsoppgave i Helsefremmende Arbeid

Bente Wahl Sandvold

Innlevert september 2008

Oppgaven består av 58 sider og 20 149 ord

Sammendrag

Røyking og røykeslutt er store temaer, og forskning på området har pågått kontinuerlig siden 1950-årene. Å foreta intervensjoner rettet mot røykeslutt var tidligere ikke regnet som en oppgave for spesialisthelsetjenesten. Innføringen av *Lov om Spesialisthelstjenesten* (2001) skisserer opplæring og informasjon som en av sykehusenes fire viktigste oppgaver. Samtidig er det nasjonale føringer for at tobakksforebygging og røykeslutt også skal være et satsingsområde i spesialisthelsetjenesten (Strategiplanen, 2006 – 2010). Forskningsfeltet om røykeslutt er omfattende, men det er begrenset forskning på området som omhandler pasientens syn på røykeslutt.

Kardinalprinsippet i helsefremmende arbeid er empowerment, ofte omtalt som brukermedvirkning eller myndiggjøring (WHO 1986). Myndiggjøring omhandler det å skape muligheter for at den enkelte kan oppleve mestring og kontroll i eget liv ved å ta utgangspunkt i den enkeltes ressurser og erfaringskompetanse. Empowermentprinsippet har etter hvert blitt et forankret begrep både i beslutningstakende organer og virksomheter i Norge, også innenfor helsetjenesten. Imidlertid tar de fleste røykesluttintervensjoner utgangspunktet i hva fagfeltet og eksperter på området anser som viktig for å få folk til å slutte å røyke.

Masteroppgaven er avgrenset til å omhandle det å motta veiledning om røykeslutt i forbindelse med at man har gjennomgått et hjerteinfarkt. På denne bakgrunn var formålet med masteroppgaven å øke kunnskapen innenfor fagområdet veiledning om røykeslutt, ved å snakke med tidligere pasienter som hadde erfaringskunnskap både som hjerteinfarktpasienter og røykere. Dette ble kombinert med å innhente erfaringskunnskap fra helsepersonell som arbeider ved en hjertepost. Hensikten var å stimulere til prosesser som kan gi en sterkere grad av samarbeid og forståelse mellom helseapparat, helsepersonell og pasient. Videre var formålet å bruke denne erfaringskunnskapen som grunnlag for senere å utvikle et veiledningsprosjekt innenfor sykehus.

Masterstudien er forankret i en fenomenologisk vitenskapstradisjon, med fokus på å innhente erfaringskunnskap og informasjon om pasientenes egne opplevelser og oppfatninger knyttet til veiledning om røykeslutt i sykehus. Det ble benyttet semi-strukturerte intervjuer i samtale med pasientene, og fokusgruppeintervjuer med helsepersonell.

Undersøkelsene viste at helsebudskap oppfattes ulikt blant pasientene, avhengig av pasientenes kontekstuelle utgangspunkt. Videre viste undersøkelsene at det i framtidige røykesluttintervensjoner kan være behov for å differensiere røykesluttintervensjoner ut fra pasientens kontekstuelle utgangspunkt. Undersøkelsene tydet også på at helsepersonell kan ha etiske betenkeligheter med å veilede om røykeslutt, og at det kan være et behov for å øke deres veiledningskompetanse og kunnskapsgrunnlag på området. Undersøkelsene viste også at det er nødvendig å utvikle røykesluttintervensjoner som tilbyr oppfølging over tid.

Erfaringene fra masterstudien oppfattes å kunne ha en overføringsverdi til videre arbeid med et veiledningsprosjekt, og som kan ha betydning for en helsefremmende praksis. Samlet sett gir undersøkelsene støtte til tidligere forskning på feltet, som gjennomgående stadfester at informasjon og hyppig personkontakt og oppfølging over tid er viktige indikatorer for å øke og beholde slutteraten blant røykere.

Nøkkelord: health promotion, social learning theory, coping, sense of coherence, salutogenesis, smoking cessation, smoking prevention, coronary heart disease, low income.

Forord

Masteroppgaven har sitt utspring i en forespørsel fra ansatte ved Hjerteskolens Sykehuset i Vestfold (SiV), og deres engasjement for å øke fokuset på veiledning om røykeslutt innenfor spesialisthelsetjenesten. Min egen erfaring som sykepleier ved ulike sengeposter ved SiV kombinert med masterstudiet i helsefremmende arbeid, har på det personlige plan skapt en overbevisning om betydningen av å øke kunnskapen om pasientens egne ressurser som forutsetning i behandling og pleie. Gjennom arbeidet med utformingen og gjennomføringen av masterstudien har denne overbevisningen blitt ytterligere forankret i teori og empiri.

Proessen som har resultert i denne masteroppgaven har vært krevende, utfordrende, og ikke minst lærerik. Det er mange som må takkes for at jeg fikk anledning til å gjennomføre undersøkelsene som ligger til grunn for masteroppgaven.

Først og fremst rettes en stor takk til kardiologisk sykepleier ved Hjerteskolens Toril Liodden, som hadde den grunnleggende ideen til studien, og som bidro til å skape vilje og engasjement i resten av prosjektgruppen og hos ledelsen ved Hjerteseksjonen SiV. Videre må prosjektgruppen ved SiV; forskningssykepleier Inger Marie Flakstad, avdelingssykepleier ved Hjerteposten Anita Elmer, leder for Hjerteskolens SiV Tønsberg Kari Peersen, og sykepleier ved Hjerteskolens SiV Sandefjord Anita H. Berg Olsen takkes for tilrettelegging og rekruttering av Hjerteskoleinformanter til studien. Anita Elmer takkes spesielt for velvillighet og frigjøring av nødvendig tid for informantene blant de ansatte ved Hjerteposten. Takk også til samtlige informanter, som delte av sin tid og ga viktige bidrag til studien.

Videre rettes en stor takk til Annett Arntzen, førsteamanuensis ved Høgskolen i Vestfold (HVE) for veiledning i arbeidet med masteroppgaven, og ikke minst som faglig inspirator gjennom arbeidsprosessen.

Til slutt må jeg takke min ektemann og våre tre gutter for lang tids overbærenhet. Som yngstemann oppgitt uttalte det: *Hvem er egentlig masteren, mamma?*

Sem, september 2008

Bente Wahl Sandvold

Innholdsfortegnelse

1 Innledning	10
1.1 Bakgrunn	10
1.2 Formål	11
1.3 Oppgavens problemstilling	13
1.4 Oppgavens struktur	14
2 Teoretisk referanseramme	15
2.1 Forskning om røykeslutt	15
2.2 Forsking om tobakksbruk	19
2.3 Teorier og sosiale ulikheter	21
2.3.1 Sosioøkonomiske helseulikheter og helsedeterminanter	22
2.3.2 Bandura (1992): Social learning theory	23
2.3.3 Antonovsky (1991): Salutogeneseperspektivet	24
2.4 Veiledning som helsefremmende aktivitet	27
3 Metode	29
3.1 Organisering og planlegging av studien	29
3.1.1 Rekruttering av utvalget	30
3.2 Forskningsetiske forhold	31
3.3 Vitenskapsteoretisk forankring	32
3.4 Datainnsamling	33
3.4.1 Semi – strukturerte intervju	34
3.4.2 Fokusgruppeintervju	35

4 Resultater	37
4.1 Beskrivelse av utvalget	37
4.2 Hjerterepasientenes erfaringskunnskap om røyking og røykeslutt	37
4.2.1 Om røyking og røykevaner før hendelsen	38
4.2.2 Om å bli konfrontert med røykingen	40
4.2.3 Om røykeslutt	41
4.2.4 Veiledning om røykeslutt	42
4.2.5 Positive og negative aspekter ved en røykesluttsamtale	43
4.3 Helsepersonellens erfaringskunnskap om veiledning og røykeslutt	44
4.3.1 Hva bør en røykesluttsamtale forutsette?	44
4.3.2 Rammevilkår og deres betydning for røykesluttsamtalen	44
4.3.3 Holdninger til veiledning om røykeslutt	45
4.3.4 Etske betraktninger	46
4.3.5 Hva vektlegger helsepersonell i en røykesluttsamtale?	47
4.3.6 Om bruk av nikotinerstatning og annen røykesluttoppfølgning	48
4.4 Oppsummering	48
5 Diskusjon	50
5.1 Resultater	50
5.1.1 Er det en sammenheng mellom mestringsopplevelse og røykeslutt?	54
5.2 Hva kan resultatene tyde på?	55
5.3 Har studien undersøkt det den skulle undersøke?	56
5.3.1 Pragmatisme, makt og sannhet	58

6	Veiledning som helsefremmende aktivitet	62
6.1	Kan veiledning oppleves myndiggjørende og anvendes helsefremmende?	63
6.1.1	Helsebudskap oppfattes ulikt	63
6.1.2	Endring i rammevilkår og settingstilnærming	64
6.1.3	Utvikling av kunnskapsgrunnlaget om røykeslutt	65
6.2	Kan veiledning om røykeslutt bidra til opplevelse av medvirkning, innflytelse og egenkontroll?	66
	Litteraturliste	69
	Vedlegg	77
	Vedlegg 1 Informasjonsskriv til pasientgruppen	77
	Vedlegg 2 Informasjonsskriv til helsepersonellet	80
	Vedlegg 3 Intervjuguide pasientgruppen	85
	Vedlegg 4 Intervjuguide helsepersonellet	89
	Vedlegg 5 Refleksjonsark: spørsmål som grunnlag for diskusjon	92

1 Innledning

1.1. Bakgrunn

Røyking utgjør en av de tre viktigste risikofaktorene for utvikling av hjertesykdom (Rigotti, 1996). Samtidig er røykeslutt et forsømt tema innen fagfeltet kardiologi. Å foreta intervensjoner rettet mot røykeslutt var tidligere ikke regnet som en oppgave for spesialisthelsetjenesten. Dette var ikke et krav, og dermed ingen plikt for sykehusene.

Studier har vist at selv kortvarig rådgivning om røykeslutt er en av de mest kostnadseffektive metodene for å redusere røykeandelen blant befolkningen (Quist-Paulsen, 2007). I denne forbindelse har jeg fått tillatelse til å foreta en studie blant tidligere pasienter ved Hjerteseksjonen, Sentralsykehuset i Vestfold (SiV). Resultatene av studien er det som presenteres i mastergradsoppgaven i Helsefremmende Arbeid ved Høgskolen i Vestfold (HVE). Studien og mastergradsoppgaven har videre til hensikt å danne grunnlaget for utformingen av et veiledningsprosjekt ved Hjerteseksjonen, SiV.

Innføringen av *Lov om Spesialisthelstjenesten* (2001) skisserer opplæring og informasjon som en av sykehusenes fire viktigste oppgaver. Samtidig er det nasjonale føringer for at tobakksforebygging og røykeslutt også skal være et satsingsområde i spesialisthelsetjenesten (Strategiplanen, 2006 – 2010).

European Network for Smoking Prevention (ENSP, 2004) har i en rapport sammenliknet tobakksforebyggende arbeid i 28 land, herunder også hjelp til røykeslutt, hvor Norge fikk bare 3 av 10 oppnåelige poeng og er under gjennomsnittet på røykesluttområdet.

Videre viser forskning at samtaler med pasienter om røykeslutt har vært vanskelig sett fra helsepersonellens ståsted, og er ofte unngått ut fra begrunnelser om temaets følsomme karakter. Like ofte er temaet unngått med begrunnelser om manglende kompetanse til å gjennomføre slike samtaler (Sagbakken et. al., 2005). Samtidig vet de fleste nå at røyking er skadelig og kan bidra til utviklingen av en rekke alvorlige sykdommer, deriblant hjertesykdom. Årlig dør 3000 nordmenn av en hjerte- karsykdom som er utviklet grunnet røyking. 1 til 9 sigaretter daglig er nok til å doble risikoen for hjerteinfarkt (Strategiplan, 2006-2010). Pasienten og pårørendes behov for informasjon om hjelp til røykeslutt er derfor viktig sett ut fra både etiske, helsejuridiske og helsefaglige synspunkt.

1.2 Formål

Tobakksforebygging og hjelp til røykeslutt er store temaer. I masteroppgaven er fokuset avgrenset til å omhandle det å motta veiledning om røykeslutt i forbindelse med at man har gjennomgått et hjerteinfarkt. Utgangspunktet er pasientenes egen erfaringskunnskap. Masteroppgaven har til hensikt å videreutvikle kunnskap innenfor fagområdet veiledning om røykeslutt.

Studien har samtidig som formål å skape en større forståelse blant helsepersonell om hvilken betydning medvirkning og tidlig veiledning om røykeslutt kan ha for om pasienten klarer å slutte å røyke. For å belyse dette, bidrar helsepersonell som arbeider med temaet daglig med sine synspunkt og erfaringer om det å veilede om røykeslutt i en sykehusavdeling.

Helsefremmende arbeid omhandler prosesser som bidrar til at mennesker blir i stand til å bedre og bevare sin helse, med et særskilt fokus på empowerment eller myndiggjøring (WHO 1986; Sørensen 2006). Den enkeltes ressurser og erfaringskompetanse anses som en viktig arena innenfor helsefremmende arbeid (Hauge et al., 2003). Nærmiljø og lokalsamfunn er viktige arenaer fordi helsefremmende arbeid forstås ut fra en sosialøkologisk forståelse av at helse skapes i et gjensidig avhengighetsforhold mellom mennesker og i ulike settinger (WHO 1986; Green et al., 2000). Strategiplan (2006 – 2010) trekker paralleller herfra og vektlegger at de tiltakene som skal iverksettes skal ha en lokal forankring for å nå fram til folk flest. Videre skisseres det at en av de største utfordringene som gjenstår er å gi faglig hjelp til røykeslutt der folk bor, ved å sikre et tilbud først og fremst gjennom helsetjenesten (ibid.).

Fokus på *brukermedvirkning*, også kalt empowerment eller myndiggjøring, har kommet sterkere frem som beslutningsprinsipp i utformingen av velferdspolitikken i de senere årene. Myndiggjøring omhandler det å kunne oppleve mestring og kontroll ved å skape prosesser som gir individer mulighet til selv å ta del i beslutninger som påvirker eget liv, gjennom å ta i bruk den enkeltes ressurser og erfaringskompetanse (Stang, 1998). Samtidig forutsetter myndiggjøring at både den enkelte og samfunnet tar ansvar (ibid.). Studien er gjennomført med utgangspunkt i et helsefremmende perspektiv.

Erfaringskompetanse som en viktig forutsetning for myndiggjøring innebærer at individets perspektiv og oppfatning kommer i første rekke. Fagkompetansen må derfor tilpasses individet, og ikke motsatt (Stang, 1998).

Dersom enkeltmenneskets ressurser og erfaringskompetanse anerkjennes og ivaretas i samhandlings- og beslutningsprosesser, kan dette bidra til å stimulere til en sterkere grad av samarbeid og forståelse mellom helseapparat, helsepersonell og pasient. NOU 1998:18 definerer *folkehelsearbeid* som *samfunnets totale innsats for å opprettholde og fremme helse*. Dersom myndiggjøringsprinsippet skal tas på alvor gir dette konsekvenser også innenfor feltet veiledning om røykeslutt.

Studien byr dermed på mange utfordringer. Helsepersonell stilles overfor økte krav om å ivareta pasientenes behov for informasjon og medvirkning. Samtidig er arbeidsoppgavene tilknyttet pasientenes sykdomstilstander blitt mer omfattende både i kompleksitet og omfang, med den konsekvens at *rammevilkårene* for å gi veiledning og informasjon begrenses. Stort belegg og turnover gjør at man må fordele sin arbeidskapasitet på mange. Som sykepleier gjennom flere år i sykehus har jeg selv erfart dette, og vet hvilke utfordringer og dilemmaer helsepersonell daglig stilles overfor.

Datamaterialet i denne oppgaven er erfaringskunnskap fra både pasientgrupper og helsepersonell. Denne informasjonen vil være det som danner grunnlaget for et eventuelt veiledningsprosjekt, selv om utvikling av et veiledningsprosjekt er utenfor rammene av denne masteroppgaven. Oppgavens formål kan imidlertid på sikt bidra til helsefremmende prosesser basert på demokratisk medvirkning. Opplevelse av livskvalitet og mestring gjennom aktiv deltakelse kan utvikles både blant pasienter og helsepersonell: Myndiggjøring er ikke bare viktig for brukerne av helsevesenet. Dette gjelder i høy grad også menneskene som arbeider i helsevesenet. Forskning på arbeidshelse viser at høye krav, eller ubalanse mellom krav og kontroll kan gi redusert helse, i form av stress og stressrelaterte sykdommer. Kontroll innebærer dermed flere aspekter, som medvirkning eller innflytelse, og autonomi. Med dette menes i hvilken grad arbeidstakeren selv har mulighet for å påvirke strukturer og kontroll med rammevilkårene i arbeidet (Dallner, 1997).

Å ha kontroll med egen arbeidssituasjon gir forutsigbarhet. Høy grad av forutsigbarhet fremmer samtidig følelsen av, og evne til mestring (Antonovsky, 1991). Dette kan igjen ha direkte og indirekte innvirkning på arbeidshelsen og virke stressreducerende (Ganster, 1989). Helsepersonellens erfaringskunnskap som bidrag i utviklingen av et veiledningsprosjekt kan gi positive effekter for deres opplevelse av mestring og kontroll i pasientrelaterte situasjoner, og for kvaliteten på behandlingstilbudet.

1.3 Oppgavens problemstilling

Veiledning og informasjon utgjør i lovs form en av spesialisthelsetjenestens viktigste oppgaver. Samtidig viser nasjonale føringer at brukerne ikke lenger skal anses som passive mottakere av hjelp, men som aktive deltakere i påvirkningen av egen livssituasjon (St.meld.nr.16). Slik sett kan det hevdes at nasjonale føringer utgjør to ytterpunkter på en skala, hvor spenningsfeltet mellom dem kompliserer *både* plikten til å informere, *og* retten til å være autonom. Dette blir dermed en hovedutfordring: Oppgaven tar utgangspunkt i et helsefremmende perspektiv, hvor sentrale verdier er autonomi, mestring, kapasitetsbygging og kontroll over eget liv. Samtidig kan systematisk intervensjon og oppfølging påvirke eller redusere opplevelse av autonomi og selvbestemmelse. Oppgavens problemstilling blir derfor:

- **Kan veiledning om røykeslutt bli en helsefremmende og myndiggjørende prosess for pasienten?**

For å besvare problemstillingen er det nødvendig å innhente informasjon om pasientenes røyking, røykevaner og eventuelle røykeslutforsøk før hendelsen. Deres erfaring med hvorvidt de hadde blitt konfrontert med røykingen og det å slutte når de var innlagt er også vesentlig i denne sammenhengen. Videre er erfaringskunnskap om det å motta veiledning om røykeslutt som hjertepasient av betydning. Dette omfatter pasientenes syn og ønsker i forhold til en slik veiledning, hva den skulle inneholde, og på hvilken måte veiledningen om røykeslutt eventuelt burde foregå for at den skulle oppleves som meningsfull i den tidlige sykdomsfasen. På denne måten kan studien frembringe ny innsikt i hvordan brukermedvirkning og myndiggjøring kan utvikles til helsefremmende praksis. Settes disse emneområdene i sammenheng med myndiggjøringsprinsippet i helsefremmende arbeid, blir et viktig delspørsmål til problemstillingen derfor:

- **Er det en sammenheng mellom mestringsopplevelse og røykeslutt?**

Samtidig er det viktig å få vite mer om hva helsepersonell mener om veiledning om røykeslutt. Anerkjennelse av erfaringskompetanse og fagkunnskap som utgangspunkt for endringsprosesser blir derfor sentralt. Helsepersonell møter deler av befolkningen i situasjoner der det er naturlig eller påkrevet å snakke om livstil, og kan ha en sentral rolle i pasientens innsikt og prosess for å endre livsstil. Oppgaven tar utgangspunkt i antakelsen om at mange

helsearbeidere vegrer seg for å ta opp temaet med pasientene. Årsakene kan være flere, men tidligere studier har vist at innvirkende faktorer er respekten for pasientens autonomi og manglende kunnskap om kommunikasjonsteknikker (Sagbakken et al, 2005). Kunnskap om hvorvidt dette kan ha betydning for veiledningsprosessen blir derfor viktig. Neste delspørsmål blir derfor:

- **Opplever pasientene veiledning om røykeslutt som noe negativt og uønsket?**

Å få kjennskap til hva helsepersonellet mener om egne faglige forutsetninger for å veilede er også av betydning. Videre er helsepersonelllets rammevilkår i arbeidet, samt egne holdninger til det å veilede om røykeslutt interessant for problemstillingen.

1.4 Oppgavens struktur

Jeg starter med å presentere den teoretiske referanserammen. Både forskning på feltet, annen relevant faglitteratur og aktuelle begreper som kan knyttes til masteroppgavens tema presenteres i kapittel to.

Kapittel tre beskriver organiseringen av studien. Videre omtales rekruttering av de ulike deltakerne og aktuelle forskningsetiske forhold som knytter seg til dette. Forskningsmetodene som er benyttet beskrives.

Deretter presenteres resultatene av informasjonen som kom fram under intervjuene i kapittel fire, og i kapittel fem diskuteres resultatene relatert til problemstillingen og ulike teorier.

Erfaringene som kan trekkes ut oppsummeres, og innspill til videre arbeid med å utvikle et veiledningsopplegg om røykeslutt gis i kapittel seks.

2 Teoretisk referanseramme

Tema for masteroppgaven, veiledning om røykeslutt, utgjør en del av et stort forskningsfelt som har pågått helt siden tobakksbruk og dens skadevirkninger ble kjent. De første rapportene om tobakkens skadevirkninger var allerede tilgjengelig tidlig på 1950-tallet (Lund, 1996). Selv om forskningsfeltet er stort, er det på bakgrunn av foretatte litteratursøk funnet få tilsvarende gjennomførte undersøkelser eller prosjekter som tar utgangspunkt i *pasientens syn* på det å motta informasjon og veiledning om røykeslutt.

Mestringsbegrepet og hvilken betydning det har for veiledningsprosessen, vil være sentralt i oppgaven. For å utarbeide en teoretisk referanseramme om oppgavens forståelse av mestringsbegrepet, er både Banduras *Sosial kognitive teori* (1977), og Antonovskys *Salutogeneseperspektiv på helse og mestring* (1991) benyttet. Dette, og mer om veiledningsbegrepet beskrives i slutten av kapitlet.

Det er blitt benyttet følgende referansedatabaser for litteratursøk: Bibsys, OVID.

PRO QUEST, Cochrane Library, The Cochrane Tobacco Addiction Group, OVID Nursing, Idunn, MEDLINE, BMJ og British Nursing Index er alle benyttet via Helsebiblioteket.

Søkeord som er benyttet i ulike kombinasjoner (norsk og engelsk) er: health promotion, social learning theory, coping, sense of coherence, salutogenesis, smoking cessation, smoking prevention, coronary heart disease, low income.

2.1 Forskning om røykeslutt

Undersøkelser viser at effekten av røykeslutt er svært god for personer med hjertesykdom. Sjansen for nytt infarkt og død er redusert med 50 – 60 % etter fem år (Critchley, 2003; Daly, 1983). Til tross for at to tredjedeler av alle røykere ønsker å slutte, har undersøkelser vist at det kun er 2 % som klarer det på egen hånd (West, 2000). Gjennom de siste årtier er det gjennomført en rekke prosjekter, tiltak og kampanjer for å få folk til å slutte å røyke, med mer eller mindre vellykkede resultater. Det er også innført røykelov i flere land i Europa, hvorav Norge var et av de første landene som innførte dette (1.7.1975), og var en av de første som forbød røyking på offentlige steder (1.6.2004).

Både nasjonale og internasjonale studier har dokumentert at systematisk intervensjon mens pasienten er inneliggende, samt oppfølging over tid, har gjort at flere klarer å holde seg røykfrie lenger (Quist–Paulsen, 2007; Stead, 2005; Rigotti, 2007.)

På nasjonalt plan er det foretatt en randomisert kontrollert studie ved Sørlandet Sykehus HF, Kristiansand hvor til sammen 240 hjertepasienter deltok (Quist–Paulsen, 2007). Studien fant at 57 % av pasientene i intervensjonsgruppen klarte å slutte å røyke etter et år, mot 37 % i kontrollgruppen. Studien var basert ut fra to hovedområder: både ved å skremme pasienten med dødsrisikostatistikk for infarktpasienter, samt å gripe fatt i den enkeltes motivasjon for å slutte å røyke. Statistikk har vist at hele 95 % av infarktpasientene er motivert for å slutte å røyke tre dager etter innleggelse, og ved utskrivelse er fortsatt 80 % motivert (ibid.). Studien vektla derfor å bruke virkemidler som gjorde at pasientene som deltok, holdt fast på denne motivasjonen. Dette ble gjort gjennom stadig å informere om fakta, kombinert med å oppmuntre pasientenes pågangsmot og viljestyrke, og ved å ivareta og vektlegge en god dialog. Studien viste at forskjellene mellom intervensjonsgruppen og kontrollgruppen kom fram først etter flere uker, og at hovedeffekten av studien muligens først og fremst kommer av at noen bryr seg om pasientene over en lengre tidsperiode (ibid.).

Internasjonalt er det gjennomført en rekke studier og prosjekter som omhandler ulike metoder og programmer for å få folk til å slutte å røyke. Derfor begrenses dette til å omtale enkelte av de studier som anses som viktige for denne masteroppgaven.

Gruppeterapi har vært en vanlig røykesluttstrategi, og over 100 slike gruppeterapiformer er beskrevet i faglitteraturen (Hajek, 1996). Bakkevig et al (2000) foretok en randomisert kontrollert studie i Norge for å sammenlikne to ulike røykesluttintervensjoner. Studien sammenliknet vanlig røykeslutt uten spesiell oppfølging (GP gruppen) og deltakelse i røykesluttprogrammet SmokEnders (SE gruppen) med endringsfokuset arbeid og tettere oppfølging over tid. 139 deltakere ble fulgt opp inntil 1 år etter avtalt røykeslutt dato. Etter et år var 7 % av GP gruppen ikke-røykere, mens 30 % var ikke-røykere i SE gruppen (ibid.).

Stead & Lancaster (2005) har foretatt en studie hvor de undersøkte om gruppeterapi gir reell ønsket effekt. Resultatene viste at det ikke var bevis for å hevde at gruppeterapi har større effekt på slutteraten enn ved individuell konsultasjon, men viste en begrenset økt effekt dersom man i tillegg tilbød andre former for behandling, som rådgivning fra helsepersonell, nikotinsubstitutter og fokus på livstilsendring. Man fant allikevel at gruppeterapi mer enn

doblet slutteraten enn om man kun fikk selvhjelpsmateriell uten annen rådgivning eller støtte (ibid.).

En sykehusinnleggelse kan være en mulighet for mange til å slutte å røyke, både fordi man er i en mer sårbar situasjon, og muligens også fordi man finner det lettere å slutte i omgivelser hvor røyking ikke er tillatt.

En studie foretatt av Rigotti (2007) hvor 33 røykesluttintervensjoner blant hospitaliserte pasienter ble evaluert, viste at ved et økt fokus på atferdsendring og røykeslutt som startet allerede under sykehusoppholdet, og som videre inkluderte minst en måneds støttende kontakt med pasienten etter utskrivelse, økte disse pasientenes slutterate. Denne typen intervensjon viste seg å være effektiv uansett diagnosetype (OR 1.65, 95 % CI 1.44 – 1.90; 17 prosjekter). Intervensjoner foretatt blant hjertepasienter viste en enda større økning i slutteraten (OR 1.81, 95 % CI 1.54 – 2.15; 11 prosjekter). En toårs oppfølgingsperiode viste at denne intervensjonstypen kombinert med konsultasjoner og medikamentterapi ga signifikante reduksjoner i dødelighet og reinnleggelser. Det ble ikke funnet noen signifikant effekt i intervensjoner som innebar en lavere grad av oppfølging og konsultasjoner (ibid.).

Blant andre internasjonale studier har Lancaster (2005) undersøkt effekten av individuell rådgivning om atferdsendring for å slutte å røyke. 21 prosjekter med over 7000 deltakere, viste at individuell rådgivning var mer effektivt for å slutte å røyke (OR 1.56, 95 % CI 1.32 – 1.84) enn ved bare å benytte vanlig kontrollvirksomhet. Studien ekskluderte vanlige rutinekonsultasjoner foretatt av helsepersonell, og konsentrerte seg om de prosjektene hvor spesialiserte rådgivere drev konsultasjonene. Alle prosjektene inkluderte konsultasjoner på mer enn 10 minutter, og inkluderte i de fleste prosjektene også telefonkontakt for ytterligere rådgivning og støtte. Ved tre av prosjektene ble også nikotinsubstitutt benyttet som en del av oppfølgingen, uten at dette ga en signifikant høyere andel på slutteraten (OR 1.34, 95 % CI 0.98 – 1.83).

Telefonkonsultasjoner kan være et viktig supplement for å hjelpe folk å slutte å røyke (Stead, 2006; Brendryen, 2008). Individuelle konsultasjoner har vist seg å være effektivt for å øke slutteraten blant røykere, men det er problemer tilknyttet det å kunne tilby dette til et stort antall mennesker. Telefonkonsultasjoner kan være både proaktive og reaktive (Lichtenstein, 1996). Proaktive tilnærminger innebærer initiering av kontakt gjennom en rådgiver som tilbyr samtaler for å bidra til røykeslutt, eller å hindre at vedkommende begynner å røyke igjen.

Telefonkontakten er vanligvis en del av intervensjoner som også omfatter individuelle konsultasjoner. I reaktive konsultasjoner initierer røykeren selv kontakt via eksempelvis en røyketelefon, som tilbyr informasjon og veiledning om røykeslutt.

Røyketelefonen har både nasjonalt og internasjonalt gradvis blitt et kjent og kostnadsbesparende tilbud om røykeslutt fra helsemyndighetene, og tilbyr støtte til personer som tar kontakt for å slutte å røyke eller som nylig har sluttet.

Stead (2006) foretok en studie av telefonkonsultasjoner for å evaluere effekten av slik røykesluttoppfølging. Resultatene i studien ble målt ut fra at brukerne fortsatt var røykesluttere etter seks måneders oppfølging. Deltakere som uteble i løpet av denne perioden ble ansett som røykere. Slutteraten var høyere blant dem som mottok flere oppfølgingssamtaler. To av undersøkelsene viste signifikant nytte av mer intensiv oppfølging enn mindre oppfølgende intervensjoner. Studien konkluderer med at en proaktiv tilnærming bidrar til at røykere blir mer interessert i å slutte å røyke, og at tre eller flere telefonkontakter øker slutteraten sammenliknet med det som kalles minimal intervensjon. Minimal intervensjon innebærer utdeling av standard selvhjelpsmateriale, kort rådgivning eller kun medikamentell behandling. Videre viste studien at røyketelefoner utgjør en viktig tilleggsressurs og støtte for røykere, og oppringingskonsultasjoner understøtter deres nytteverdi (ibid.).

Bruk av legemidler for røykeavvenning er etter hvert kommet på banen. I Norge er det registrert to typer medikamentell behandling, nikotinerstatning og antidepressivpreparatet bupropion (Zyban). I USA og Storbritannia anbefales begge som førstehåndspreparat for røykeavvenning (Fiore et al, 2000; West, 2000). Det er gjort studier blant røykere som har benyttet preparatet bupropion. En multinasjonal studie har vist til slutterater ved ukentlige kontroller i behandlingsfasen på 43 % i bupropiongruppen mot 19 % i placebogruppen (OR 3.27, 95 % CI 2.24–4.84 ($P<0.001$)) (Tonstad, 2003). I alle studiene møtte deltakerne opp ukentlig de første syv ukene av behandlingen. Slutteratene falt etter behandlingsslutt, men forble signifikant høyere hos bupropiongruppen etter seks og tolv måneder (27 versus 11 %, 22 versus 9 % $P<0.001$) (ibid.). Andre studier har vist til liknende resultater i behandling med preparatet, hvor tiden for tilbakefall ble forlenget i bupropiongruppen enn i placebogruppen (156 versus 65 dager) men det var ingen forskjell mellom gruppene etter ett år (Hays, 2001). Tonstad (2002) hevder at bupropion er et effektivt hjelpemiddel i ulike settinger, fordi

preparatet dobler sjansene for suksess, men anbefaler at deltakerne følges opp regelmessig hvis både effekt og sikkerhet skal sikres.

Stead (2008) analyserte 132 prosjekter registrert i *Cochrane Tobacco Addiction Group trials register* for å finne ut om nikotinerstatningsprodukter sammenliknet med placebo hadde effekt på slutteraten, sett i forhold til om effekten var påvirket av dosering, oppfølging, rådgivning eller annen type behandling. Konklusjonene ble at nytteverdien av nikotinerstatning uansett type produkt er stor, men synes i høy grad å ha sammenheng med tilleggsnivået på rådgivning og støtte tilbudt den enkelte røyker (ibid.).

Studiene som omtales har et gjennomgående fellestrekk: samtlige studier stadfester at informasjon og hyppig personkontakt og oppfølging over tid er viktige indikatorer for å øke og beholde slutteraten blant røykere. Dette gir viktige implikasjoner til kunnskapsgrunnet om røykeavhengighet og mulighetene for vellykket røykeslutt, og viser at også andre aspekter ved røykeavhengighetsproblematikken bør evalueres.

2.2 Forskning om tobakksbruk

"Jeg har prøvd å slutte må jeg si, i fjor en gang, for jeg syntes den røyken styrte litt mye. Hosta mye om morran og sånn forskjellig. Det gikk bra noen måneder, men så begynte det å skjære seg, litt og litt og litt. - Du sitter der aleine, ikke sant? Til slutt så var jeg der igjen. Tilbake. Du går i fella skjønner du."

Kvinnelig hjertepasient 2007

På midten av 90-tallet gjennomførte Lund (1996) en kartlegging av samfunnsskape endringer i tobakksbruk i Norge gjennom det 20. århundre. Synet på røyking har endret seg; røyking ble ansett som udannet og simpelt tidlig på 1900 tallet, til 1930 årene hvor det ansees som et vanlig nytelsesmiddel brukt blant store deler av den voksne befolkningen. Framveksten av effektive produksjonsmetoder, prisnivå, intensiv markedsføring og distribusjonsmuligheter kombinert med et totalt fravær av helseopplysning bidro til dette. Røykingen nådde gradvis epidemiske proporsjoner. Først på begynnelsen av 1950 tallet stilles det begynnende spørsmål rundt tobakksbruk og dens skadevirkninger (ibid.).

I 1964 avga helseminister Karl Evang redegjørelsen *Sigarettrøyking og helse*, som betegnes som den første offisielle autoritative stadfestelse av røykens skadevirkninger fra norske helsemyndigheter. Redegjørelsen dannet etter hvert grunnlaget for det første tobakksforebyggende arbeidet i Norge (ibid.).

Når tobakkens skadevirkninger gradvis ble kjent var røyking allerede dypt sosialt forankret i samfunnet. Å røyke på steder og i sammenhenger som i dag ansees for å være et normativt avvik, var i 1950 – 1960 årene naturlig. Røyking var en sosialt akseptert atferd som kunne utøves overalt inntil skadevirkningene av tobakksbruk i økende grad ble rapportert. Dette medførte et økt fokus på opplysningsarbeid fra ulike organisasjoner som iverksatte opplysning og undervisning i alle norske skoler om røykens skadevirkninger. Informasjonen medførte at andelen av befolkningen som trodde at røyking var skadelig økte kontinuerlig fra 1960 til 1980 tallet (ibid.).

Opplysningsarbeidet om skadevirkningene medførte tobakksindustriens motoffensiver. Norge i etterkrigsårene utvikles til et moderne velstandssamfunn hvor kvinner og ungdom i økende grad representerte konsumentene. Dette medførte en intensivert markedsføring rettet mot kvinner og ungdom som målgrupper. Røykeandelen blant kvinner toppet seg ca 20 år etter mennene i 1960-årene, og kan sees i sammenheng med økningen i arbeidsdeltakelse utenfor hjemmet og innflyttingen til byene. Denne nye samfunnskontakten virket røykeforsterkende, samtidig som resultatene av dobbeltarbeid og økt stressbelastning har vist seg både å virke røykeutløsende og å påskynde eventuelle tilbakefall etter røykeslutt. På denne tiden døde flest menn av røykerelaterte sykdommer, som resulterte i at helseopplysningskampanjer og røykeavvenningsprogrammer i hovedsak ble utviklet av og rettet mot menn (ibid.).

Gjennom 1980 tallet steg prisene på tobakk, kombinert med et fokus på informasjon om skadevirkninger, forbud mot tobakksreklame, passiv røyking og holdningsskapende kampanjer. Røykere oppfattes i økende grad som sosialt deklasserte og marginaliserte, som i de senere år medført en markant endring blant røykernes sosiale sammensetning.

Sammenhengen mellom røyking, inntekt og utdanning er blitt tydeligere (ibid.). Norge regnes i dag for å være inne i det som omtales som tobakksepidemiens siste fase (Lopez et al, 1994), og det er i de senere årene blitt en klar nedgang i antall daglig røykere (Strategiplan, 2006 – 2010). Samtidig viser det seg at de sosiale forskjellene i røykevaner er stigende, spesielt blant yngre aldersgrupper og mellom utdanningsgrupper. Forskning viser at det er en klar sosial gradient blant dagligrøykere. Lund et al (2005a) foretok en norsk studie om røyking og røykeutbredelse blant personer over 24 år for perioden mellom 1998 – 2002. Studien fant at det er mer enn dobbelt så mange dagligrøykere blant grunnskoleutdannede enn blant universitets- og høyskoleutdannede (ibid.).

Ca. 24 % av den norske befolkning mellom 16 og 74 år røykte daglig pr. 2006 (Shdir., 2007). Andelen dagligrøykere synker i takt med stigende sosial status. Sosial ulikhet i helse er veldokumentert i Norge, og røyking utgjør en sentral faktor som bidrar til å opprettholde denne ulikheten. Dagens skjevhet i røykeutbredelse vil medføre framtidige sosiale forskjeller i helse, fordi røykerelaterte sykdommer ofte oppstår etter flere tiår med røyking (ibid.). St.meld. nr. 16 (2002 – 2003) *Resept for et sunnere Norge* har som en av sine hovedmålsetninger å redusere helseforskjeller mellom sosiale lag, og understreker betydningen av at det tobakksforebyggende arbeidet kan bidra til å redusere sosial ulikhet i helse. Lund et al (2005a) konkluderer med at den sosiale gradienten i røykeutbredelse representerer en stor utfordring i målsettingen om å utjevne fremtidige helseulikheter blant befolkningen.

I Norge står satsingen på røykeslutt relativt svakt sammenliknet med andre land i Europa (ENSP, 2004). Strategiplan (2006 – 2010) slår fast at det tobakksforebyggende arbeidet må fokusere spesielt på utjevnenende tiltak mot sosiale ulikheter i helse. Veiledning bør være basistilbudet ved hjelp til røykeslutt. Styrking av tobakksforebyggende arbeid i helsetjenesten ansees som spesielt viktig i årene framover. Fokus på å redusere sosiale ulikheter gjennom utjevnenende strategier spesielt innenfor tobakksforebygging fremheves (ibid.).

2.3 Teorier og sosioøkonomiske helseulikheter

Praktisk talt alle typer helseplager og problemer forekommer i større omfang dersom dette sees i sammenheng med sosial status, utdanning og inntekt (Elstad, 2005). I forrige avsnitt fremgår det at skjevheten i røykeutbredelse vil medføre framtidige sosiale forskjeller i helse. Som tidligere vist tenderer man på intervensjonssiden mot tiltak som i stor grad omhandler individets atferdsendring for å bedre egen helse.

Flere nasjonale og internasjonale studier tyder på at sammenhengen mellom vellykket røykeslutt og grad av oppfølging har stor betydning for om folk klarer å slutte å røyke. Denne sammenhengen kan skyldes flere forhold, men kan også her gjenspeile en sosial gradient. Likedan kan resultatene av masterstudien som presenteres i kapittel fire også angi en slik sammenheng mellom sosial status og røykeslutt.

På bakgrunn av foretatte litteratursøk kan det hevdes at sosioøkonomiske sammenhenger i liten grad omtales og vektlegges ved utarbeidelse og evaluering av ulike røykesluttprogrammer. Som hovedstrategi i røykesluttintervensjoner vektlegges informasjon om skadevirkninger, motivasjon, eventuelt bruk av nikotinerstatning, samt oppfølging i grupper ledet av fagpersonell.

Parallelt med økt kunnskap om sosial ulikhet og helse, har flere nasjonale og internasjonale studier i de senere år satt dette i sammenheng med røykeslutt (Platt et al, 2002; Lund et al, 2005a-b; Ritchie, 2006; Hemingway, 2007). Enkelte studier påviser at standardiserte trinnbaserte røykesluttprogrammer er utilstrekkelige for å møte behovene hos enkelte grupper av røykere, spesielt i lavinntektsgrupper (Ritchie, 2006). Blant røykere i disse gruppene er faren for tilbakefall relativt stor, og indikerer både en annen tilnærming til røykeslutt og at oppfølging over et lengre tidsrom er nødvendig (ibid.). Lund et al (2005b) konkluderer i sin rapport at det er behov for å målrette intervensjoner mot lavere sosiale lag, men at kunnskapsgrunnlaget for å utvikle slike tiltak er svakt.

Betydningen av å forstå sammenhengen mellom sosiale gradienter og røykeslutt og hvordan denne kunnskapen kan overføres når framtidige røykesluttprogrammer skal utvikles, gjør det derfor nødvendig å bringe temaet sosial ulikhet i helse inn i oppgaven.

2.3.1 Sosioøkonomiske helseulikheter og helsedeterminanter

Sosioøkonomiske helseulikheter framtrer når individuelle skjebner summeres til ulikheter i gjennomsnitt mellom store grupper. Å inndele folk i sosioøkonomiske grupper er hensiktsmessig når formålet er å avdekke mønstre i fordeling av helseforhold, men sier lite om enkeltindividene. Sosioøkonomiske helseulikheter oppstår fordi viktige årsaksforhold, også kalt helsedeterminanter, er skjevt fordelt i samfunnet. Viktige spørsmål er derfor både hvorfor helsedeterminanter er ujevnt fordelt, og hvilke samfunnsforhold som medfører en slik fordeling (ibid.).

Sosiologiske diskusjoner har fremhevet betydningen av å binde sammen en makro-sosiologisk forståelse med forklaringer på mikronivå (Boudon, 1986; Coleman, 1990). Brox (1989) har fremhevet betydningen av å lete etter endringer i aktørers handlingslogikker - mikrofundamenter - for å forstå makroendringer. En slik tilnærming betegnes ofte som metodologisk individualisme (Gilje & Grimen, 1993).

Denne mastergradoppgaven vektlegger pasientenes erfaringskunnskap som utgangspunkt for veiledning om røykeslutt. Slik sett kan masteroppgaven hevdes å innta et mikro-sosiologisk perspektiv for å utvikle forståelsen av veiledning om røykeslutt, sett i lys av en makro-sosiologisk forståelse hvor intensjonen på nasjonalt plan er å utjevne sosioøkonomiske helseulikheter spesielt med henblikk på tobakksforebyggende strategier.

Innenfor sosiologiske forklaringsmodeller på sosioøkonomiske helseulikheter finnes flere tilnærminger. På slutten av 1800 og første halvdel av 1900 tallet, var forståelsen av årsaksforhold til sosioøkonomiske ulikheter forstått ut fra en materialistisk forklaring. Parallelt med framveksten av sosialmedisin og folkehelsekunnskap var en utbredt forståelse at mangler og farer i materielt miljø var hovedårsaken til lav levealder og sykdomsplager. Utviklingen av naturvitenskapen og medisinsk kunnskap dannet grunnlaget for en forståelse av at den menneskelige organismen i møte med ytre omgivelser som ernæring, arbeids- og boforhold determinerte sosioøkonomiske helseulikheter. Sosialmedisinsk hovedanliggende var fokus på at samfunnets ansvar for å bedre materielle vilkår også ville bedre folkehelsen, noe som også viste seg å gi positive resultater i form av drastisk nedgang i spedbarnsdødelighet, infeksjonssykdommer og økning i levealderen (Elstad, 2005).

Allikevel vedvarte de sosioøkonomiske helseulikheterne utover 1900 tallet. Endring i forståelsen av helseulikheter medførte fra 1970 tallet økende fokus på individets helseatferd som mulig årsak til sosioøkonomiske helseulikheter (ibid.). Resultatet av vaner, handlemåter og forbruksmønstre oppfattes mer som en hovedårsak til det som ofte benevnes som livsstilssykdommer (Lalonde, 1974). Det ble viktig å påvirke enkeltindividets helserelaterte atferd fordi hjerte- og karlidelser og kreftsykdommer utviklet seg.

Gjennombruddet for helseatferdsteorien medførte en styrket tro på at å endre individets atferd ville gi en nedgang i etterspørselen etter helsetjenester og dermed også redusere helseulikheterne (Elstad, 2005).

2.3.2 Bandura (1977): Social Learning Theory

Individets ansvar for egen helse gjennom fokus på helsekampanjer og programmer skulle effektueres ved hjelp av nye profesjoner. Psykologene bidro med teorier for å forstå utviklingen av helseatferd. Pedagogene og sosiologene bidro med utgangspunktet å påvirke mennesket til å foreta riktige valg (Macdonald, 2002).

Innenfor denne helseatferdstradisjonen vokste det fram ulike teoretiske modeller. *Sosial kognitiv læringsteori* har sitt utspring fra den behavioristiske vitenskapstradisjonen og endring i helseatferd står sentralt (Bandura, 1977). Teorien vektlegger betydningen av egeninnsats for å bedre hverdagen gjennom kognitive mestrings teknikker og bevisstgjøring, samt endring av egen atferd og selvbilde. I denne teorien er atferd, personlige faktorer og miljø gjensidig knyttet sammen (ibid.).

Innen endringsfokusert arbeid med pasienter benyttes ofte Banduras arbeid som teoretisk forankring, og er også ofte brukt innenfor røykesluttintervensjoner (Prochaska, 1992; Quist – Paulsen, 2007; Brendryen, 2008).

Teorien forsøker å forklare hvorfor mennesker handler som de gjør, og hvordan atferd og holdninger kan påvirkes, og fokuserer spesielt på en individuell atferdsendring som grunnlag for å bedre helse (Mæland, 2005). To begrep kjennetegner teorien og regnes som sentrale i arbeidet med å påvirke holdninger og atferd. Mestringsforventninger (self-efficacy) omhandler tillit til ens egen evne til å utføre den handling som må til for å gi den ønskede effekt, mens resultatforventninger (outcome-efficacy) innebærer individets tro på at atferden kan gi den ønskede effekt. Andre faktorer som virker inn på atferd er kunnskap om helsespørsmål og det å sette seg mål, opplevelse av sosial støtte og muligheter til å overkomme strukturelle barrierer. Teorien vektlegger det å danne et grunnlag for å hjelpe mennesker til å vedlikeholde sin helse gjennom hele sitt livsløp (ibid.).

Helseatferd som en forklaring på helseulikheter ble også politisk forankret i form av at helsekampanjer mot usunne levevaner fra 1980 tallet og fram til i dag har vært dominerende, og kan hevdes fortsatt å være rådende innenfor dagens helsevesen. Dette gjenspeiles også i tilbudet ved landets helseregioner hvor informasjon, forebygging og opplæring om sykdomstilstander gis av autorisert helsepersonell ved et stort antall ulike Pasientskoletilbud. Helseatferd framhever det personlige valget, hvor en ”velger” sin egen helse basert på informasjon, kunnskap og viljestyrke. At en slik tilnærming har mange viktige elementer i seg, er det ingen grunn til å motstride. Opplysningsarbeidet som er gjort de siste tiår har hatt en svært god virkning på folkehelsen (Lund, 1996).

2.3.3 Antonovsky (1991): Salutogeneseperspektivet

De to foregående tilnærminger for å forklare helseulikheter er basert på en naturvitenskapelig forståelse av helse og sykdom. Det psykososiale perspektivet fokuserer derimot på

betydningen av at mennesket opptrer i sosiale omgivelser i samspill med andre, og at dette kan gi helsemessige konsekvenser, hvor kognitive og emosjonelle reaksjoner danner grunnlaget for helsemessige prosesser (Elstad, 2005).

I utviklingen av WHO's helseforståelse og for utviklingen av helsefremmende arbeid har begrepet salutogenese hatt stor betydning (Sørensen, 2006). Salutogenese utgjør motsatsen til patogenese. I stedet for å fokusere på faktorer som har forårsaket en sykdomstilstand, innebærer dette perspektivet å fokusere på hvilke faktorer som kan bidra til å bevare og fremme helsen hos et menneske. Antonovsky sammenfattet studier om individuelle forskjeller i stresstoleranse, hvor forskjeller i det han kalte motstandsressurser, påvirker måten man håndterer sykdom eller andre alvorlige livsutfordringer (1991). Salutogenese fremhever betydningen av å forstå et menneskes kontekstuelle sammenheng som viktig for evnen til å mestre sykdom og å fremme helse. De sosiale og kulturelle rammevilkårene fremheves, og påvirker hvordan et menneske håndterer sykdom og livsutfordringer.

Salutogeneseperspektivet fokuserer dermed på at graden av et menneskes mestringsressurser, eller motstandsressurser mot sykdom og stressfaktorer, predikerer sykdomstilstander. Antonovsky ønsket ikke med dette å underminere betydningen av patogenese (dvs. finne årsaksforklaringer til sykdom og uhelse), men han fremhevet betydningen av å se de to som komplementære perspektiver for å hindre sykdom og fremme helse. Antonovsky fant at hva som bidrar til å fremme helse, er et menneskes opplevelse av sammenheng (; sence of coherence, heretter: sammenhengsførståelse) (ibid.).

Stressorer kan utløse psykiske plager som depresjoner, angst, manglende livsmot osv, og kan også føre til større grad av helseskadelig atferd. Studier viser at psykiske belastninger kan medføre mer røyking eller rusmisbruk, og at mennesker i stressede livssituasjoner blir mindre varsomme og er mer utsatt for ulykker (Elstad, 2005). Mer omdiskutert er sammenhengen mellom grad av stressorer og sykdomsutvikling, hvor stressorene skaper en varig ubalanse i kroppens biobalanse, som igjen predisponerer for sykdom og svekket helsetilstand (Elstad, 1998).

Forskning om sosioøkonomiske helseulikheter har etter hvert gitt oppslutning til psykososiale forklaringsmodeller, hvor forekomsten av stressorer (akutte og kroniske) har en sosial gradient tilsvarende posisjonen i det sosioøkonomiske hierarkiet (Elstad, 2005). Den sosiale gradienten i stressorer følger dermed samme mønster som gradienten i helseulikheter. Dette

er i tråd med hvordan Antonovsky (1991) beskriver forholdet mellom et menneskes sammenhengsforståelse og motstandsressurser, og som påvirker hvordan et menneske håndterer sin situasjon. Sammenhengsforståelse omfatter tre elementer; forståelse, håndterbarhet og opplevelse av mening (ibid.):

Forståelse innebærer i hvilken grad et menneske oppfatter de psykiske og sosiale utfordringer han møter. Dersom en person har en sterk opplevelse av forståelse, forventer personen at utfordringene han vil møte i fremtiden, kan tilpasses i en sammenheng og forklares, selv om disse utfordringene ikke er ønskelige. Forståelse kan sammenfattes som en grunnfestet evne til å bedømme virkeligheten.

Håndterbarhet omhandler i hvilken grad et menneske opplever å ha ressurser til rådighet, som er tilstrekkelige til å møte de kravene man stilles overfor når man utsettes for ulike livsutfordringer. Disse kan være ressurser man selv har kontroll over, andre viktige ressurser kan være sosialt nettverk med høy grad av tilhørighet, god økonomi og religionstilhørighet.

Opplevelse av mening er motivasjonselementet i sammenhengsforståelsen. Antonovsky angir dette som å være den viktigste faktoren; uten denne blir antakelig verken begripelighet eller håndterbarhet spesielt langvarig. Motivasjonselementet omfatter i hvilken grad et menneske føler at livsutfordringene er verdt å engasjere seg i, er bestemt på å finne en mening med den, og gjør sitt beste for å klare å komme seg igjennom den. De mennesker som er engasjerte og bryr seg om, har alltid en mulighet til å forstå og finne ressurser (ibid.). Dette betegner Antonovsky som mestringsressurser.

Den generelle oppfatningen innenfor psykososial tilnærming er at erfaringen og følelsen av å ha kontroll over egne livsvilkår reduseres i takt med økonomien. Andre har knyttet det psykososiale perspektivet til begrepet relativ deprivasjon, som innebærer en gjennomgående opplevelse av underlegenhet og urettferdighet i forhold til sine omgivelser (Wilkinson, 1996). Antonovsky (1991) beskriver dette som et menneskes motstandsunderskudd. I likhet med mestringsressurser har stressfaktorer en avgjørende betydning for et menneskes sammenhengsforståelse. Stressfaktorer kan defineres som krav det ikke finnes umiddelbare tilgjengelige eller adaptive responser på, og kan fremstå på ulike måter for et menneske. Samtidig kan fraværet av visse motstandsressurser utvikle seg til en stressfaktor.

Kroniske stressfaktorer betegner en type livssituasjon, en tilstand eller en egenskap som vesentlig karakteriserer en persons liv. Sosioøkonomiske faktorer som bekymring for

økonomien og fremtidsutsikter, kan bidra til å skape slike helseskadelige stressfaktorer. Kombinasjonen av motstandsressurser og kroniske stressfaktorer bygges inn i personens livssituasjon, blir generelle og langvarige, og er avgjørende for om konsekvensene kommer til å bli skadelige, nøytrale eller helsefremmende (ibid.).

Gjennom å forstå et menneskes sammenhengsforståelse, skapes en forbindelse mellom mestringsressurser og stressfaktorer. En slik forståelse kan utgjøre et viktig bidrag når fremtidige strategier og røykesluttintervensjoner i det tobakksforebyggende arbeidet skal utvikles. Dette diskuteres nærmere i kapittel fem.

2.4 Veiledning som helsefremmende aktivitet

Veiledningens hovedhensikt er å utvikle eller videreutvikle kompetanse (Tveiten, 2005). I første kapittel er vektlegging av pasientenes erfaringskompetanse som en viktig forutsetning for veiledning fremhevet. Også helsearbeidernes fagkompetanse i veiledningssituasjonen er trukket fram som viktig når et røykesluttprogram skal utvikles. Forutsetningen for kompetanse er kunnskap, samtidig som *hvordan* kompetansen formidles er vesentlig (Gaut, 1986).

Dette innebærer på hvilken måte kompetansen kommer til uttrykk, eksempelvis hva den som kompetansen rettes mot, opplever. Det kan derfor trekkes et skille mellom det å ha kompetanse og hvordan kompetansen uttrykkes eller formidles (Tveiten, 2005). En slik forståelse får betydning for arbeidet med å utvikle veiledning i forbindelse med røykeslutt.

Veiledning er et pedagogisk virkemiddel. Veiledningsbegrepet er omfattende og det er mye ulik virksomhet som kan oppfattes som veiledning. Tveiten (2005) presenterer en veiledningsmodell som vektlegger et helhetssyn på mennesket og læring, hvor de pedagogiske virkemidlene har dette som utgangspunkt. Veiledningsmodellen er primært utviklet for yrkesutøvere som arbeider med mennesker, men det generelle kunnskapsgrunnlaget kan også danne grunnlaget for veiledning i forhold til andre målgrupper som eksempelvis pasienter.

I masteroppgaven er det valgt å ta utgangspunkt i Tveitens forståelse av veiledningsbegrepet: et helhetssyn på mennesket hvor kognitive- og affektive- og handlingsaspekter eller tanker/fornuft, følelser, kropp og handling henger sammen og påvirker hverandre. Et helhetssyn på læring innebærer at hele mennesket involveres i læring, og i hvilken kontekst

eller situasjon denne læringen foregår i. Denne veiledningsmodellen kan oppfattes å sammenfalle med helsefremmende arbeids grunnlagstenkning, og dens vektlegging av salutogenesebegrepet (WHO 1986; Antonovsky, 1991).

3 Metode

3.1 Organisering og planlegging av studien

Tema for masteroppgaven kom til som følge av en henvendelse fra Hjerteskolen, Sykehuset i Vestfold (SIV) om å gjennomføre en studie som omhandlet veiledning om røykeslutt til pasienter ved Hjerteskolen. Bakgrunnen for dette var at Hjerteskolen arbeider for å videreutvikle fokuset på veiledning om røykeslutt i sykehus.

I oppstartsfasen ble det dannet en arbeidsgruppe bestående av følgende representanter fra SIV: Leder, samt sykepleier ved Hjerteskolen Tønsberg, sykepleier ved Hjerteskolen Sandefjord, avdelingssykepleier ved Hjerteposten, forskningssykepleier ved Hjerteseksjonen samt undertegnende masterstudent. Jeg fungerte som leder for gruppen og studien. I løpet av planleggingsperioden ble det avholdt fem møter.

Som leder var jeg ansvarlig for å utarbeide studien og dens hovedlinjer, planlegge, informere og gjennomføre intervjuer med hjertepasientene og fokusgruppeintervjuene med helsepersonellet. Gruppen fungerte som rådgivende organ i dette arbeidet. Leder for Hjerteskolen Tønsberg, samt sykepleiere ved Hjerteskolen Tønsberg og Sandefjord, hadde ansvaret for å vurdere hvem som kunne forespørres om deltakelse, og bisto i arbeidet med å informere og rekruttere informanter fra de ulike Hjerteskolene. Avdelingssykepleier ved Hjerteposten bisto i arbeidet med å rekruttere helsepersonell, og sørget for tilrettelegging av tid for helsepersonell som ønsket å delta.

For å rekruttere informanter fra pasientskolene ble det avholdt informasjonsmøter når deltakere hadde ordinær undervisning ved Hjerteskolen. Informasjonen foregikk både muntlig og skriftlig (Vedlegg 1). I Tønsberg var det leder og sykepleier som gjennomførte informasjonen, i Sandefjord ble denne gitt av meg når deltakerne møtte i forbindelse med vanlig Hjerteskoleundervisning. Siden Hjerteskolen er rullerende, dvs. at det kontinuerlig rekrutteres deltakere til gruppen, var det derfor nødvendig å avholde informasjon om prosjektet i flere omganger.

Gjennomføringen av pasientintervjuene foregikk fra 22. mars til 12. juni 2007. Intervjuene foregikk i lokaler Hjerteskolen disponerer, henholdsvis Tønsberg eller Sandefjord, på dager

og tidspunkt deltakerne fant passende. Intervjuene foregikk som regel på dager hvor deltakeren skulle på vanlig Hjerteskoledundervisning.

Gjennomføringen av fokusgruppeintervjuene foregikk fra 23. mai til 12. juni 2007. For å rekruttere deltakere blant helsepersonell ble det informert om studien i forbindelse med Hjertepostens fagdag 19. april 2007. Her informerte jeg om formål og organisering, samt utlevering av skriftlig informasjon (Vedlegg 2). Responsen på ønske om deltakelse var lav. Jeg valgte derfor å møte opp ved Hjerteposten ved flere anledninger og informerte om studien i forbindelse med vaktskifte. Dette viste seg å ha gunstig effekt på rekrutteringen.

3.1.1 Rekruttering av utvalget

Informanter ble rekruttert fra Sykehuset i Vestfold HF's Hjerteskoletilbud. Dette er et tilbud til pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt, men som er utskrevet fra sykehus. Pasientene får tilbud om Hjerteskoledundervisning i forbindelse med innleggelsen, og starter opp på Hjerteskoledundervisningen vanligvis 2 – 3 uker etter utskrivelse.

Rekrutteringsutvalget ble begrunnet foretatt på bakgrunn av forskningsetiske retningslinjer utarbeidet av Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH), hvor rekruttering av inneliggende pasienter spesielt innbefatter hensynet til vurdering av risiko for skade. Innsamling av data spesielt gjennom intervjuer, kan berøre sårbare tema som kan være vanskelig å bearbeide; dette er ikke spesielt vanskelig å forstå når temaet dreier seg om røykeslutt i forbindelse med hjerteinfarkt. Deltakere i undersøkelser skal utsettes for minst mulig belastning (ibid.). Det ble derfor vektlagt man utelukkende skulle rekruttere *tidligere* pasienter som hadde erfaringskompetanse på området, men som var over første akutfase og i en rehabiliteringsfase. Det var i utgangspunktet ikke satt noen klar ramme på antallet informanter blant Hjerteskoledeltakerne. Innsamlingen av data skulle foretas gjennom semi-strukturerte dybdeintervjuer.

For å utvikle veiledning og informasjon som helsefremmende prosesser, ble det funnet ønskelig å frembringe ulike typer informasjon på området. Nytteverdien av informasjonstypene avhenger av hvem som fortolker informasjonen, samtidig som informasjonstypene må fortolkes i sammenheng med hverandre (Johannessen et al, 2004).

Ut fra denne forståelsen ble det vurdert som hensiktsmessig å kartlegge og definere hvordan helsepersonellet opplever sin oppgave om å veilede og informere om røykeslutt, samt å

identifisere hvilke ressurser de ulike helsearbeiderne innehar, og som man kan bygge videre på ved utvikling av et eventuelt senere veiledningsprosjekt ved Hjerteseksjonen. Det ble derfor funnet ønskelig å rekruttere informanter fra helsepersonell ved Hjerteposten. Innsamlingen av datamaterialet fra helsepersonell foregikk som fokusgruppeintervjuer. Til sammen 11 informanter blant Hjerteskoleledere, og 10 informanter fra helsepersonell deltok. I utgangspunktet var det ikke satt noen begrensning på antallet informanter, men blant Hjerteskolelederne nådde informasjonen etter hvert en grenseverdi, hvor det ikke lenger framkom ny informasjon og det ikke hadde til hensikt å intervju flere informanter (ibid.). Fokusgruppeintervjuene viste liknende utvikling, og determinerte derfor antallet informanter herfra.

3.2 Forskningsetiske forhold

Mastergradstudien inkluderte både tidligere pasienter og helsepersonell. I forskningsetisk sammenheng regnes pasienter som en sårbar gruppe. Informantene var tidligere inneliggende pasienter, men som etter utskrivelse var frivillige deltakere ved Hjerteskolen i SiV HF's regi. For at studien skulle godkjennes gjennomført av ledelsen ved Hjerteseksjonen ved SIV HF, var kravet derfor at man skulle søke godkjenning av Regional etisk komité (REK) region sør, samt Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD). Begge institusjonene ga sin tilrådning til studien.

I henhold til forskningsetiske retningslinjer ble informantene informert både muntlig og skriftlig (NESH 2006). Det ble presisert at deltakelse var frivillig og at de når som helst kunne trekke seg fra intervjuet. Sikring av anonymitet og konfidensialitet i forhold til opplysninger om deltakerne var et annet forskningsetisk fokus (Johannesen et al, 2004). Datainnsamlingen inneholdt direkte personidentifiserbare opplysninger som ble anonymisert ved at det ble laget koblingsnøkkel med informantens navn og et referansenummer. Dataene som fremkom ble behandlet konfidensielt og anonymisert slik at disse ikke kunne spores tilbake til enkeltpersoner.

Under datainnsamlingen ble det tilstrebet at intervjuet foregikk på informantens premisser, både når det gjaldt valg av tidspunkt, og for hvor dette fant sted. Ved samtlige anledninger valgte Hjerteskoleinformantene å legge intervjuet til Hjerteskolens lokaler på tidspunkt i forbindelse med vanlig Hjerteskole. Fokusgruppeintervjuene ble avholdt i overgangsperioden mellom vaktskifte dag og kveld, for at informantene skulle slippe å bruke av sin fritid for å

delta. Informantene deltok derfor i sin ordinære arbeidstid og ble i denne perioden fristilt fra arbeidet sitt.

Studien ble planlagt ut fra en forståelse om at det var liten fare for å kunne påføre informantene skade. Samtidig kan forskning berøre menneskers liv på ulike måter ved å påvirke selvfølelse og selvoppfatning (ibid.). Kvalitative undersøkelser fordrer spesielle etiske krav, som omfatter hele forskningsprosessen (Kvale, 1996). Gjennom intervjuet berøres samtidig temaer som ofte krever tilgang til nærhet og personlige følelser. Temaet røykeslutt og røykeavhengighet kan være et sårbart tema for mennesker å snakke med andre om. Det var et ønske å bygge opp om verdien av den enkelte informants erfaringskompetanse som betydningsfull og nyttig for videre røykesluttarbeid, i tråd med helsefremmende arbeidsgrunnlagstenkning.

3.3 Vitenskapsteoretisk forankring

Masteroppgavens gjenstandsfelt er å videreutvikle temaet veiledning om røykeslutt til hjertepasienter. Veiledningsbegrepet betinges av en helsefremmende kontekst hvor fortolkning av pasientenes egne opplevelser og oppfatninger omkring temaet vektlegges. Vitenskapsteoretisk kan et slikt fokus knyttes til hermeneutikken og den fenomenologiske vitenskapstradisjonen. I samfunnsvitenskapelig sammenheng står hermeneutikken sentralt fordi samfunnsfagernes gjenstandsfelt er fortolkning av sosiale handlinger og atferdsmønstre. Disse handlingene består av meninger som krever fortolkning, og influeres av Max Webers (1864 – 1920) arbeider. Like viktig som fortolkning av subjektivt meningsinnhold, fremhever Weber at forskningen må evne å fortolke meningen med sosiale handlinger slik at årsakene til handlingsmønsteret og effekten av dem, kan klargjøres og settes i sammenheng med hverandre (Gilje & Grimen, 2005).

Slik sett kan oppgavens hensikt hevdes å fortolke hjertepasientenes subjektive meninger, for å rekonstruere og sette pasientenes fortolkninger inn i de rådende samfunnsforhold, som influerer pasienten. Som tidligere hevdet innebærer dette et mikro-sosiologisk perspektiv for å utvikle forståelse for- og veiledning om røykeslutt, ut fra en makro-sosiologisk forståelse hvor intensjonen på nasjonalt plan er gjennom tobakksforebyggende strategier for å utjevne sosioøkonomiske helseulikheter.

Fenomenologi er både en filosofi og en kvalitativ forskningsdesign (Johannessen et al, 2004). Som filosofi er fenomenologi læren om det som framtoner seg slik de oppfattes av sansene

våre, og har sine røtter tilbake til filosofen Edmund Husserl (1859 – 1938). Som forskningsdesign innebærer en fenomenologisk tilnærming å utforske og beskrive menneskers opplevelse og forståelse av fenomener, for å fortolke deres meningsinnhold og dermed forstå deres sosiale atferd. Forskningsmålet er å øke forståelse og innsikt i andres livsverden (ibid.). Fortolkende teoretiske retninger representerer et viktig grunnlag for kvalitative metoder, fordi store deler av forskningsprosessene kan betegnes som en fortolkningsprosess (Thagaard, 2003).

Denne studien benytter en kvalitativ forskningsdesign. Kvalitative metoder kjennetegnes av at man forsøker å innhente mye informasjon om et begrenset antall personer. For å generere overførbar kunnskap, må utvelgelsen av informanter derfor ha et klart mål. Dette betegnes som strategisk utvelgning, hvor utgangspunktet for utvelgelsen er hensiktsmessighet (Johannessen et al, 2004). Som tidligere beskrevet, ble rekrutteringen foretatt på bakgrunn av at informantene hadde kunnskap og erfaring med røykesluttveiledning i sykehus, ved at de var deltakere ved Hjerteskolene eller ansatte ved Hjerteposten. Rekrutteringen av informanter var derfor strategisk.

3.4 Datainnsamling

Innen kvalitative undersøkelser finnes en rekke tilnærminger å velge mellom. (Johannessen et al, 2004). Oppgavens epistemologiske utgangspunkt og problemstilling gjorde at semistrukturerte dybdeintervjuer og fokusgruppeintervjuer ble vurdert som mest hensiktsmessig for å frembringe informasjon om temaet.

Ideelt sett kunne bruk av både kvalitative og kvantitative undersøkelsesmetoder vært benyttet, fordi bruk av flere ulike metoder både kan gi sammenliknbare data og nyansere dataene slik at et mer helhetlig bilde av fenomenene som studeres fremkommer (Hellevik, 2002; Johannessen et al 2004). Metodetriangulering ville imidlertid ligge utenfor rammene for denne oppgaven. Kvalitative analyser kjennetegnes ved å vektlegge dybde, utdype meninger og helhetlig forståelse, og er godt egnet for å utvikle hypoteser og teorier. En kvalitativ tilnærming var derfor best egnet for oppgavens problemstillinger.

Kvantitative aspekter ved røykesluttintervensjoner er imidlertid belyst i kapittel to, hvor forskningsresultater fra andre studier om samme tema refereres. Resultatene av datamaterialet som disse studiene presenterer utgjør et kvantitativt bakteppe, og mastergradsoppgaven kan

derfor forstås som en oppfølging og utdyping av tidligere kvantitative undersøkelser om temaet røykeslutt.

3.4.1 Semi-strukturerte intervju

Semi-strukturerte intervju ble valgt ut fra oppgavens ontologiske perspektiv, hvor fortolkning av erfaringskunnskap og oppfatninger om det å slutte å røyke stod sentralt. Dette er komplekse sosiale fenomener som ut fra et epistemologisk synspunkt krever kvalitative intervjuer for å gå i dybden, slik at viktige nyanser frembringes (Johannesen et al, 2004).

Forut for semi-strukturerte intervjuer ble en overordnet intervju-guide utarbeidet (Vedlegg 3). Intervju-guiden besto i utgangspunktet av temaer som skulle bidra til å belyse de ulike forskningsspørsmålene, men åpnet for at spørsmål, temaer og rekkefølge på spørsmålene kunne varieres. En slik organisering var tiltenkt å bidra til å gi en god balanse mellom standardisering og fleksibilitet i intervjusituasjonen.

Hovedhensikten med intervjuet var å innhente egenrapportering av opplevelser og oppfatninger om røykeslutt hos deltakerne, og om hvordan deres syn på hvordan en slik veiledning eventuelt burde foregå.

Intervju-guiden var lagt opp i tre ulike sekvenser (Vedlegg 3). Etter en kort informasjon om masteroppgaven, rammer og hensikt med intervjuet, ble det innledet med spørsmål om informantens røykehistorikk og erfaring, og om det var flere som røykte i husholdningen. Det ble også stilt spørsmål om informanten tidligere hadde forsøkt eller tenkt på å slutte å røyke.

Neste sekvens omhandlet informantens erfaringer fra sitt sykehusopphold, med spørsmål om hvorvidt temaet røykeslutt ble tatt opp, og eventuelt på hvilken måte dette foregikk. Videre ble informanten spurt om hvordan han opplevde at temaet røykeslutt ble tatt opp. Dersom informanten ikke hadde fått informasjon eller veiledning, ble det stilt spørsmål om pasientens synspunkt på dette.

Siste sekvens omhandlet pasientens syn på det å motta veiledning om røykeslutt i forbindelse med hjerteinfarkt, hva som var positivt med en slik samtale, og hva som eventuelt kunne oppleves negativt. Det ble også åpnet for om det var synspunkt pasienten hadde, som ikke var kommet fram under intervjuet.

3.4.2 Fokusgruppeintervju

For å utvikle veiledning om røykeslutt som helsefremmende prosesser, ble det ansett som viktig for studien å frembringe ulike typer informasjon om temaet. Hvordan helsepersonell opplever det å veilede om røykeslutt ble vektlagt i fokusgruppeintervjuene. Litteraturen fremhever at deltakernes sosiale interaksjon med hverandre har betydning for kunnskapsproduksjonen under fokusgruppeintervju (Halkier, 2002). Dette innebærer at sammensetningen av gruppene får betydning for hva slags kunnskap som frembringes.

Responsen blant helsepersonell om å delta var som kjent lav etter at første informasjon ble avholdt. Dette medførte at jeg ved flere anledninger valgte å møte opp på Hjerteposten for å rekruttere deltakere. Ved nærmere samtaler med helsepersonellet viste det seg at flere egentlig hadde lyst til å stille opp, men var redde for at de ikke hadde kunnskap nok om temaet. Andre mente at de ikke kunne delta fordi det ble vanskelig å sette av tid til selve intervjuet. Når misforståelsene ble avklart, var det forholdsvis enkelt å rekruttere deltakere.

Rieper (1993) hevder at fokusgrupper bør være både like og ulike. En fokusgruppe bestod av 4 deltakere, de øvrige bestod av 3 deltakere. Gruppene ble sammensatt som heterogene grupper, dvs med både sykepleiere og hjelpepleiere, med en miks av nye og erfarne pleiere i gruppen. Årsaken til dette var både av hensynet til deltakernes ønske om tidspunkt for intervjuet, samt at det å ha ulikt erfaringsgrunnlag innad i gruppen ble ansett som positivt for å frembringe variasjon og bredde i datamaterialet. Gruppene kan samtidig hevdes å være homogene, fordi deltakerne kom fra samme arbeidsplass. Dette gjenspeilet seg i intervjusituasjonene som viste at gruppene fungerte godt, og kommunikasjonen foregikk lett mellom deltakerne. Deltakerne kjente hverandre fra før, noe som skapte trygge rammer og dynamiske gruppeinteraksjoner.

Gjennomføringen av fokusgruppeintervjuer kan velges gjennomført enten med en strukturert eller ustrukturert opplegg (Johannesen et al, 2004). Det ble valgt å utarbeide en intervjuguide for intervjuene, men med vektlegging av fleksibilitet i forhold til fremdriften av intervjusituasjonen (Vedlegg 4). På lik linje som ved semi-strukturerte intervju, ble intervjuguiden inndelt i ulike sekvenser, med kartlegging av holdninger, erfaringer og synspunkt om temaet.

Det ble informert om hensikt og rammer for intervjuet, samt presisert taushetsplikt mellom deltakerne i gruppen. Innledningsvis fikk deltakerne utlevert et ark med refleksjonsspørsmål

som omhandlet synet på veiledning om røykeslutt (Vedlegg 5). Det ble satt av noen minutter hvor deltakerne hver for seg reflekterte og gjorde egne notater over temaet, med den hensikt å få alle i tale i gruppen. Notatene fra den enkelte deltaker ble i alle gruppene aktivt benyttet under intervjusituasjonen, og fungerte etter sin hensikt.

4 Resultater

I dette kapittelet presenteres resultater fra 11 gjennomførte semi-strukturerte intervjuer, og 3 fokusgruppeintervjuer med 10 representanter fra helsepersonellet. Undertegnede masterstudent var intervjuer og moderator under hele datainnsamlingen. Alt ble tatt opp på diktafon, transkribert, anonymisert og kodet. Resultatene presenteres ved å gjengi noen sitater fra de ulike intervjuene, som belyser utvalgte aspekter ved temaet og som er relevante for å besvare problemstillingen. En samlet oversikt over informantenes svarrepresentasjon finnes i en egen matrise, som eventuelt kan benyttes i senere arbeid med utvikling av et veiledningsopplegg. Det konkrete antallet som besvarer de ulike spørsmålene gjengis imidlertid ikke i noen stor grad nedenfor. For lesbarheten og oversiktens skyld benyttes i stedet uttrykk som ”de fleste”, ”et fåtall” osv, da dette ansees å være mest hensiktsmessig for denne undersøkelsen.

4.1 Beskrivelse av utvalget

Deltakerne fra pasientgruppen bestod av 9 menn og 2 kvinner i aldersgruppen mellom 50 og 70 år. Av disse oppga 4 pasienter å være skilt og at de bodde alene, mens 7 var gift. Selv om den kjønnsmessige fordelingen er skjev, er dette likevel representativt i forhold til de som gjennomgår hjerteinfarkt hvert år (Shdir., 2007).

5 informanter oppga å ha sluttet å røyke etter hendelsen, alle menn. Av disse var en skilt, de øvrige var gift og levde sammen med sin ektefelle og hadde god kontakt med familie og venner. 6 informanter hadde ikke sluttet å røyke, blant dem 2 kvinner som begge bodde alene. En mann var skilt og bodde alene, de resterende var gifte menn. Begge kvinnene oppga å ha god kontakt med familie. Blant mennene fordelte det seg noe ujevnt hva angikk kontakt med familie og venner. Informantene blant helsepersonellet bestod av kvinnelige sykepleiere og hjelpepleiere; 3 var nyansatte, 4 hadde jobbet i mer enn 5 år, mens 3 hadde over 15 års erfaring fra sykehus.

4.2 Hjertepasientenes erfaringskunnskap om røyking og røykeslutt

Intervjuenes hensikt var ikke å undersøke informantenes erfaring med Hjerteskolene. I løpet av intervjuene kom dette allikevel klart frem. Samtlige pasienter ga positive tilbakemeldinger om sitt inntrykk av og deltakelse ved Hjerteskolene, beskrev opplegget som en god og betryggende

måte å bli fulgt opp på etter hendelsen, og at de gjennom dette tilbudet fikk et mer optimistisk syn på fremtiden.

4.2.1 Om røyking og røykevaner før hendelsen

Under første sekvens av intervjuet fremkom det at samtlige informanter hadde røkt siden ungdomsårene, de fleste debuterte rundt 16 års alder. Alle mennene hadde røkt mer enn 10 sigaretter daglig, hvor flertallet oppga å ha røkt mer enn 25 sigaretter daglig før hendelsen. Kvinnene oppga å røyke mellom 8 – 10 sigaretter daglig. De fleste hadde minst 3 seriøse forsøk på å slutte å røyke bak seg, og noen hadde forsøkt å slutte mellom 7 og 10 ganger i løpet av røykekarrieren. I de fleste tilfellene hadde tilbakefall vært etter et par uker til noen måneder. 2 av deltakerne hadde aldri forsøkt å slutte å røyke, en kvinne og en mann.

Før hendelsen sa de fleste informantene at de hadde hatt økende fysiske ubehag ved røykingen, enten i form av tungpusthet, hoste eller en generell følelse av å være i dårlig form. Flere av informantene sa også at røykingen hadde økt både i antall og tidspunkt på døgnet de siste årene.

”Jeg vil nok si at røyken tok overhånd, altså. På slutten ble det for mye. Du begynte å røyke på søndagsmorrn og ... - sånn som du ikke hadde gjort til vanlig. Jeg røykte med begge henda, kan du si.”

Flertallet av informantene fortalte at de slet med dårlig samvittighet pga røykingen før hendelsen. Informantene som hadde klart å slutte å røyke, anga at dette gjorde at den dårlige samvittigheten var erstattet med en mestringsopplevelse og en visshet om å ha bidratt til å påvirke egen helse i positiv retning.

”Du har det i bakhodet hele tida, det er jo skadelig! Når jeg fikk vite årsakene og bekreftet det at hjerteinfarkt opp mot 50 % skyldtes røyk, fikk jeg en bekreftelse på det jeg i ettertid har forstått egentlig hele tiden: Dette har jeg vært med på nesten 100 % sjøl. Uten røyken har jeg fått et helt nytt liv. Jeg må jo ha vært heldig den veien også, da.”

Intervjuene med dem som fortsatt røykte, gjenspeilet usikkerhet og manglende kunnskap i forhold til hvilke årsaker som utløste hjertesykdommen. Flere av informantene som ikke hadde sluttet, oppga blant annet å ha vært innlagt med hjertesykdom tidligere. Ingen hadde heller ved disse anledningene forsøkt eller klart å slutte å røyke. Som forklaring på hvorfor uttrykte en av informantene:

"Jeg går fortsatt og veit ikke hvorfor jeg fikk hjerteinfarkt mitt, og hvis jeg hadde fått klar beskjed om at det er tobakken som er årsak, - ja da tror jeg hadde vært fortere motivert!"

En annen som også hadde vært hjertesyk tidligere, men fortsatte å røyke tross dårlig samvittighet fortalte:

"Egentlig skylder jeg på andre ting som jeg tror er årsaken til mitt hjerteinfarkt, men. ... jeg vet ikke. Det gjenstår å se hva legene sier, og hvis det er noe annet, så hviler jeg, hviler jeg veldig på det, ikke sant? Men hele tiden, så vet jeg jo at det er veldig fornuftig å slutte å røyke. Men tillater meg mer å røyke, da."

Selv om det ikke ble direkte spurt om sosiale bakgrunnsvariabler, kom den sosiale fordelingen tydelig fram mellom de som hadde sluttet, og de som ikke hadde klart å slutte å røyke etter hendelsen. Røykeslutterne tilhørte gruppen gifte med godt nettverk, mens røykerne tilhørte gruppen med løsere nettverk og de fleste var enslige. Mens røykeslutterne rapporterte om kunnskap om skadevirkninger og helsegevinst som motivasjon for røykeslutt, formidlet de som fortsatte å røyke gjennomgående manglende kunnskap om røykens skadevirkninger på hjertet og en liten tiltro til egen framtidig røykeslutt.

"Jeg tenker sånn at det er ingen som slutter for meg, jeg må gjøre det selv. Dersom man er motivert, hvis man har lyst til å slutte, - så er det ikke noe problem! Jeg tror det å fokusere på den gevinsten man har av å slutte er viktigst, og det å gjøre noe annet, så du ikke sitter rolig. Det med pusten blir mye bedre, det merker man også!

Jeg er egentlig litt overrasket kan du si, hvor mange det er som ikke har sluttet etter de har hatt et infarkt. Jeg mener: Du kan jo ikke få klarere skrift på veggen, altså! "

Flertallet blant røykerne oppga å ha dårlig samvittighet og skyldfølelse for den fortsatte røykingen:

"Samvittigheten, den er svart! Kullsvart er den nå. Kanskje litt flau også, overfor andre, vet du. Naboen ser at du røyker, og veit kanskje at du nettopp har vært på sykehuset."

Samtidig ble det ofte fremhevet at en del av røykevanene var at de var gode på å finne unnskyldninger for seg selv, og at dette bidro til å fortsette å røyke, til tross for fysiske og psykiske plager ved røyken:

"En finner på masse unnskyldninger for seg sjøl, det gjør vi! Det trur jeg alle røykere gjør. Ja. En er jo bevisst alt en gjør, tross alt. Skal innrømme det. Men altså, hadde jeg visst at jeg bare hadde et par år igjen, da hadde jeg ikke giddi å prøve å slutte engang. Så sterkt er det. "

4.2.2 Om å bli konfrontert med røykingen

På spørsmålet om noen hadde tatt opp røyking og det å slutte i forbindelse med sykehusinnleggelsen, svarte et stort flertall at legen gjorde dette i forbindelse med legevisitt første sykehusdøgn. Enkelte informanter mente verken lege eller sykepleier noen gang brakte temaet opp med dem under oppholdet, mens et lite mindretall rapporterte at dette var tatt opp ved utskrivelsen. Flertallet blant dem som hadde snakket med helsepersonellet om røyking, mente at måten temaet ble tatt opp på, var preget av tilfeldigheter og foretatt på en overflatisk måte:

"Legen spurte jo om jeg røykte: "Ja, jeg gjør det", sa jeg. "Ja, det får du slutte med!" Dermed så du bare frakken på'n på vei ut døra, ikke noe mer! Det samme var det i Oslo, det var liksom ikke nok informasjon! For jeg sier," - hva skjer med meg, - hvis jeg ikke greier å slutte å røyke?" "Ja, men du må greie det!" Det var det jeg fikk til svar! Det var ikke noen hjelp for meg å høre! Det var ikke det!"

En annen fortalte følgende:

"Gjør alt det du gjorde før bare med mindre inntak, var det en lege som sa."

På spørsmål om hvordan de opplevde hvorvidt annet helsepersonell på avdelingen snakket om røykeslutt, svarte flertallet at dette ikke ble snakket om i det hele tatt. De fleste informantene refererte til samtaler med helsepersonell om kosthold og mosjon, men ikke om røykeslutt.

"Det ble ikke tatt opp. Ikke kun røyking ihvertfall. Det var mer tilstanden totalt, hva som skjedde, ... hvilke piller og hvordan de virker. Sånne ting."

En annen av informantene som tidligere røykte opp mot 50 sigaretter daglig, reflekterte slik over hvorfor ikke noen snakket med ham om røyking:

"Det var ingen av sykepleierskene som snakka til meg om det med røyking. Det virka på meg som at det ikke var noe tema for dem å snakke om det heller! Jeg spurte jo ikke om å få gå og røyke, men... jeg nevnte aldri ordet røyk! Dermed forsto jeg det slik at det ikke var noe tema for dem, heller. - Men jeg var jo tross alt en storrøyker, ikke sant? Det er sånn jeg har tenkt om det i ettertid."

I synet på hvilken nytteverdi utdeling av informasjonsbrosjyrer om røykeslutt hadde for motivasjonen, viste svarene å fordele seg mellom dem som hadde sluttet og dem som fortsatt røykte. En av informantene som hadde sluttet å røyke, som også var ressurssterk uttalte:

”Nei, det var ikke noen sykepleiersker som snakket med meg om røyk, men jeg fikk jo disse brosjyrene, hvor blant annet alt dette med røyking stod, og hvor du reduserte risikoen med opptil 50 % eller noe slikt, så det var jo nokså selvforklarende synes jeg, eller motiverende bare det, da. Men det var ikke noen som tok det opp, det var det ikke”.

En av dem som fortsatt røykte hadde følgende kommentar til spørsmålet:

”Jeg spurte om de hadde røykeplaster her, men det var det ingen som visste noe om, - det hadde dem ikke her! Jeg måtte få en til å gå på apoteket og kjøpe for meg. I mellomtida hadde jeg klart å finne veier ut for å røyke.”

Det kom fram under intervjuene at helsebudskap kan oppfattes svært forskjellig, noe også utsagnene ovenfor viser. At denne forskjellen kunne ha en sammenheng med ulike sosiale ressurser blant informantene var også tydelig i intervjusituasjonen.

4.2.3 Om røykeslutt

I forhold til røykeslutt kunne utsagnene tyde på en sammenheng med sosial lagdeling. 5 mannlige informanter sa de hadde klart å slutte i forbindelse med hjerteinfarkt og var fortsatt røykfrie 2 – 4 måneder etter hendelsen. Samtlige oppga å ha et nært forhold til familie og hadde et godt sosialt nettverk. Informantene som var røykesluttere hadde alle enten høyere utdanning og/eller drev eget firma, stabil økonomi og flere var i arbeid før hendelsen. Blant gifte informanter oppga et stort flertall at ektefellen også røykte. Etter hendelsen hadde de fleste ektefellene forsøkt å slutte å røyke sammen med informanten, men kun en av ektefellene hadde klart å slutte helt. Informantene som var røykesluttere, opplevde likevel ektefellen som støttende i røykesluttprosessen, fordi ektefellen unnlot å røyke i nærheten av informanten.

Blant gifte informanter som fortsatt røykte, oppga flere at verken han eller ektefellen var motiverte for å slutte, men vurderte å halvere tobakksforbruket.

Informantene som hadde sluttet å røyke, anga selve hjerteinfarkt og en overbevisning om å ha fått ”en siste advarsel” som hovedmotivasjonen. Flere informanter som sluttet, begrunnet også dette ut fra legens klare advarsel om å fortsette å røyke og hvilke konsekvenser dette hadde for helsen. Videre var hensynet til familien, barn og barnebarn faktorer som gjorde at viljen til å klare dette var sterk.

Flertallet blant informantene hadde ikke klart å slutte å røyke, og over halvparten av dem begrunnet dette med at problemer i livssituasjonen gjorde det vanskelig. De fleste hevdet at de i tiden etter hendelsen hadde en intensjon om på sikt å halvere sigarettforbruket. Flere av røykerne bodde alene, og beskrev det som vanskelig å slutte når man var alene. Om den første tiden etter utskrivelse uttalte en følgende:

"Du kom jo hjem til deg sjøl, du gjør jo alltid det. Dine tanker. Det er rart med det, når du kommer hjem, så gjør du akkurat som du vil. Du skjønner, - det sitter en på den skulderen, og en på den: den ene som sier du skal røyke er stor og sterk, den andre er så liten når du kommer hjem. Den blekner."

4.2.4 Veiledning om røykeslutt

På spørsmål hva informantene mente om veiledning om røykeslutt mens man var inneliggende, svarte samtlige at en slik samtale burde finne sted. Et stort flertall stilte seg undrende til hvorfor ikke en veiledningssamtale var vanlig praksis i sykehus. Samtlige informanter mente at det antakelig måtte skyldes at helsepersonellet hadde det for travelt. Ingen mente altså at det var feil å veilede om røykeslutt på sykehuset, men de var delte i synet på hvordan veiledningen skulle foregå. Her viste utsagnene kjønnsforskjeller, særlig de mannlige informantene mente at man måtte "skremme" pasienten mer, og komme med harde fakta slik at pasienten valgte å slutte.

"Jeg er ikke for sånn janting! Man må være direkte, uten å være ufin. Ikke sånn forsiktig: "Jeg er kommet for å fortelle at røyking faktisk er farlig", - Ikke noe vits! Heller sånn: "25 % av dere dør! Man burde være mer oppdragende."

To menn som fortsatt røykte, mente at man måtte innby til en saklig informasjon om årsak og virkning, men ikke skremselspropaganda, fordi dette ville virke mot sin hensikt, og gjøre at pasienten ikke sluttet nærmest "på trass".

"Hadde noen sittt der og sagt at "Du må slutte," ja da... den ovenifra og ned liksom, - da hadde jeg gått."

Andre informanter, deriblant begge kvinnene, mente at man måtte gå forsiktig frem, ikke presse pasienten, men først og fremst motivere og virke oppmuntrende under samtalen:

"Det hender jo at mennesker blir litt grinete og sånn når man er syk, og da er det jo ikke noe lurt at det kommer en sykepleier som er litt streng. Om en sykepleier, eller ... stille og rolig kunne satt seg ned og si "Assen tenker du på det i forhold til røyken?" og "Assen føler du det?" og sånt noe. Ikke bare si: "Det må du slutte med" og så ikke noe mer!"

Forskjellene i hvordan helsebudskap bør formidles ga under intervjuene et inntrykk av å ha sammenheng med forskjellene i sosial situasjon og status. Informantene som hadde løsere nettverk og som årsaksforklarte røykingen med problemer i livssituasjon og liknende, uttrykte et større behov for veiledning og støtte enn røykeslutterne, som gjennomgående mente ”skremselspropaganda” var mest effektivt. Samtidig antydte utsagnene at dette også kan sees i sammenheng med kjønnsforskjeller.

4.2.5 Positive og negative aspekter ved røykesluttsamtale

Ingen informanter mente det var innblanding i privatlivet å snakke med pasienter om røyking under innleggelse. De fremhevet derimot betydningen av at veiledning burde være et fast tilbud til hjertepasientene. Dersom en veiledningssamtale skulle virke etter sin hensikt, betinget dette imidlertid at det skulle settes av god tid til den enkelte pasient:

”Ja, at det var en som hadde tid nok til å ikke slippe meg! De gangene som jeg har snakket med noe helsepersonell, da har vi et kvarter, som flere ting skal tas opp. Jeg får bare en brosjyre i handa: ”Les den!” Det er nok ikke noe lurt, det blir bare en bisak!”

Et annet viktig moment var informasjon om røykingens skadevirkninger på kroppen, og å informere pasientene om ulike metoder for å slutte å røyke:

”Å få litt mer ordentlig svar på hvilke skadevirkninger kan oppstå, og hvor galt det kan bli, hva du utsetter deg for, det har ikke jeg hørt noe av! Sånn: Hva er skaden? Hva går det på, og hva kan det i verste fall bli? Det kunne jeg tenke meg!”

Flertallet hadde ingen spesielle krav om hvem som skulle tilby samtalen, om det var lege eller sykepleier, men fremhevet at vedkommende burde ha god kunnskap om emnet. Noen av informantene, alle røykesluttere, mente at det burde være personer med mer formell kunnskap om emnet som utførte samtalen, som kardiolog eller spesialsykepleier.

En del av informantene, de fleste røykere, nevnte spesielt røyketelefonen som et negativt emne å bringe på bane i en røykesluttsamtale, og det kom frem at ved å nevne dette som et alternativ til hjelp til å slutte, nærmest ville virke som en provokasjon:

”Det var jo alle disse tingene da, røykeplaster, tyggegummi og sånn, - og skulle du ha problemer, da kan du liksom ringe røyketelefonen? Nei! De har ikke uttalerett! De har jo ikke peiling på åssen det er å slutte å røyke, - liksom etter å ha røyka i to år selv!”

Flertallet av informantene ga uttrykk for at det ville oppleves betryggende og virke positivt inn på motivasjonen for røykeslutt om man hadde fått en telefon fra sykehuset etter utskrivning. Ingen av dem hadde klart å slutte å røyke.

4.3 Helsepersonellens erfaringskunnskap om veiledning og røykeslutt

4.3.1 Hva bør en røykesluttsamtale forutsette?

Samtlige informanter fremhevet betydningen av å være faglig oppdatert og profesjonell som den viktigste forutsetningen for å skulle samtale med pasienten om røykeslutt.

De nyansatte anså det å være trygg i rollen som viktigst, da det påvirket hvordan de formidlet budskapet og hvor alvorlig temaet ble oppfattet av pasienten. På oppfølgings spørsmål om hvorfor dette var viktig, svarte en av dem:

"Jeg synes det er vanskelig! Jeg har jo ikke jobba her så lenge, da. Jeg har jo gjort det noen ganger, men... Her kommer lille meg, liksom og skal si at det ikke er noe bra å røyke i den tilstanden han er nå. Det er også vanskelig fordi jeg ikke røyker sjøl. Og at jeg er så ung i forhold til dem, da! Så skal man liksom si: "Det hadde vært fint om du prøvde å slutte!"

Flertallet ønsket å få mer kunnskap om det å veilede pasienter, og sa at de ofte følte seg for lite kompetente i veiledningssituasjoner. Utsagnet fra en av de erfarne informantene kan illustrere dette:

"Der du får mye krass kritikk og motbør, føler du kanskje: det burde jeg ha mer kunnskap om hvordan jeg kan møte det svaret med. Være mer god på det med veiledning. Ofte så føler jeg at dette burde jeg kunne mer om i den situasjonen jeg sitter i her og nå, - hos en del pasienter hadde du trengt det!"

4.3.2 Rammevilkår og deres betydning for røykesluttsamtalen

I tillegg til faglig oppdatering og kompetanse om veiledning, var tidsfaktoren et gjentakende tema i alle fokusgruppene. De fleste vektla det å ha god tid som en viktig forutsetning når man skulle veilede om røykeslutt. Et stort flertall, herunder både nyutdannede og erfarne informanter, oppga at tidsfaktoren eller opplevelsen av å ha begrenset mulighet til å sette av tid til den enkelte pasient, gjorde dette vanskelig:

"I en travel hverdag så opplever jeg at informasjonen blir gitt litt der og da, der hvor de er, hvis vi får den praten er det når vi går med medisiner eller ... Ja det er litt tilfeldig mange ganger!"

Alle informantene mente at veiledning om røykeslutt ble foretatt på tilfeldige tidspunkt og i forbindelse med andre arbeidsoppgaver som skulle utføres hos pasienten. I synet på hvorvidt dette var den muligheten man hadde til å formidle veiledning om røykeslutt, var meningene delte. Flertallet mente dette var mest hensiktsmessig, fordi det ikke var mulig å få til en avtale om tidspunkt med pasienten i den travle hverdagen på avdelingen:

"Jeg har ikke tilbudt dem så mye sånne samtaler, for det er vel ofte det at jeg ikke har tid. Ellers så må jeg si at jeg er veldig forsiktig med det å avtale. Jeg synes det at vi avtaler og så blir det ikke noe av, det synes jeg er så... Da blir avtaler brutt."

Noen fremhevet at man burde vektlegge og få samtale som en rutine inn som en del av behandlingsopplegget til pasienten. Flere av de erfarne informantene nevnte mangelen på tid som arbeidsbelastende, og som ofte medførte dårlig samvittighet:

"Det er veldig ofte vi ikke har fått til det, og da blir det nesten sånn brannslukningsarbeid som vi driver med. Og da blir i hvert fall ikke veiledning prioritert, for å si det sånn. Det er en del ganger som jeg har tenkt når jeg har kommet hjem: "Han hadde trengt litt mer, jeg burde... men han reiser i morra og da har jeg fri..." Så det glipper. Det gjør det."

4.3.3 Holdninger til veiledning om røykeslutt

Noen av informantene mente det var viktig å vektlegge forforståelse i veiledningssituasjonen, ved å forstå pasienten ut fra "hvor de var" i prosessen:

"Jeg føler at de trenger bekræftelse og støtte. Veldig støtte! I hvert fall ikke det å bruke pekefingeren: "Fy deg som røyker". Man behøver i hvert fall ikke å fortelle dem at det er skadelig å røyke, for det tror jeg alle vet. Det å sette seg inn i hvordan det er, å slutte med noe du er avhengig av, det er vanskelig!"

Andre informanter mente det var viktig å være tydelig på å få fram alvoret i pasientens situasjon i veiledningen, og farene ved å fortsette å røyke:

"Kanskje er vi for veike i forhold til alvoret i situasjonen? Jeg synes at man på en måte har lov til å være alvorlig om det, det koster samfunnet masse penger. Noen ganger kan jeg bli litt irritert av alle de reinnleggelsene og de evinnelige... Når det har hopet seg opp, da kan man kjenne litt irritasjon overfor røykerne. Du har ansvar for din egen helse, altså."

En annen uttalte følgende:

”Du vil jo gjerne være grei også, høre hva pasienten sier. Ikke bli sånn pekefinger. Men det må vi jo! Noen ganger så tenker jeg at det er bedre at jeg gjorde det, det er mye verre for kona å konfrontere ham med det! Og heller ta den biten. Det er jo det å ha kompetanse til å veilede, - altså å finne en balanse mellom og ikke være moraliserende og å møte pasienten der han er.”

En informant var usikker på om veiledningen egentlig hadde den hensikt som var tiltenkt:

”Det hender at en får høre det at de ikke røyker mye, når jeg snakker med dem om røykeslutt. De fleste er jo interessert, men noen ganger tenker jeg: ”Er de opptatt av det, eller later de som de er det?”

4.3.4 Etske betraktninger

”Jeg synes det er vanskelig, når du spør om røyking og ser irritasjonen, da går du ikke videre på det! For voksne mennesker, de bestemmer jo sjøl. Vi kan ikke gå og trække på folk når de ikke vil. Stadig minne dem på at du egentlig kan takke deg sjøl.”

Samtlige informanter var usikre på hvorvidt helsepersonellens plikt til å informere juridisk sett var viktigere enn hensynet til pasientens selvbestemmelse. Flertallet, både blant nyutdannede og erfarne, hadde etiske betenkeligheter mot å veilede om røykeslutt, og mente at hensynet til pasientens selvbestemmelsesrett gikk foran plikten til å informere. I samtlige fokusgrupper ble begrepet ”pekefinger” og ”moraliserende” formidlet som noe negativt og uønsket, og satt i forbindelse med det å veilede om røykeslutt. Enkelte informanter mente likevel at det burde være en sykepleiefaglig oppgave å veilede om røykeslutt.

”Jeg synes den bør blir en rutine på lik linje med å måle blodtrykk. At det blir så innebygget at det blir bare noe vi gjør.”

I en fokusgruppe ble det diskutert om det var etisk forsvarlig å veilede om røykeslutt på pasientrommet, der også andre pasienter befinner seg:

”Vi trækker over etiske grenser i så mange sammenhenger tror jeg, så hvorfor skal vi være så forsiktige med å informere om røykestopp? For det er jo uansett ikke akkurat store muligheter for den private samtalen - uten at andre hører på.”

Fokusgruppen mente at det eksisterende tilbudet på dette området kunne bli bedre på avdelingen, og at mangelen på egnet lokale for pasientsamtaler i seg selv gjorde at de ”krevende samtalene” ofte ikke ble gjennomført:

”Ja, det går an å bruke vårt grupperom da, hive ut dem som er der, og så låne det. Men det krever at du planlegger så mye mer.”

4.3.5 Hva vektlegger helsepersonell i en røykesluttsamtale?

Noen av informantene mente det viktigste var å finne ut av hvor pasienten var i prosessen med røykeslutt, for å bruke dette som et utgangspunkt for samtalen:

"Å finne ut av om det er en kompleks situasjon, altså psykisk og alkohol og sånt noe, det er jo gjerne en sammenheng. Det er jo vanskelig å be dem om å slutte å røyke når de har det dårlig psykisk eller har alkoholproblemer, det er det jeg mener. Det må komme innefra, det med empowerment hos pasienten selv, det tenker jeg er viktig. Å vinkle på det positive."

Andre mente bevisstgjøring om farene ved å fortsette å røyke og å formidle de positive effektene av røykeslutt var den viktigste delen av pasientsamtalen. De mente man også at det å gi kunnskap om hjertesykdom og røyking og hvem som kan tilby videre oppfølging var vesentlig.

"Prøver å trekke inn sykdommen pasienten har kommet inn for, symptomene og trekke paralleller til hva man gjør som er skadelig. Og at de faktisk kan få en bedre livskvalitet ved å slutte å røyke."

Noen mente det var viktig å konfrontere pasienten med klare fakta om skader og risiko for ny hjertesykdom, men uttrykte samtidig at de etiske aspektene ved en slik tilnærming hindret dem i å gjøre det. Halvparten av informantene sa at veiledningen ofte bestod av kun å gi brosjyremateriell om røykeslutt fordi de opplevde pasienten som avvisende, og at man derfor respekterte pasientens valg. Enkelte informanter mente at selv om pasienten i utgangspunktet var avvisende, hendte det at de allikevel forsøkte å veilede om røyking, og at dette i mange sammenhenger resulterte i at de klarte å få pasienten "på glid" om temaet:

"Jeg prøver å si at i tilfelle, kanskje det er ålreit å få disse brosjyrene: "Du kan jo ta de med deg, da! Hvis du vil ha dem senere", og så viser det seg, at de har et enormt informasjonsbehov likevel! Det er ofte litt kamuflert! Det er ofte litt frykt. Litt skam, kanskje."

En av informantene mente at å unngå veiledning til avvisende pasienter også kunne begrunnes ut fra hva forskere på feltet hadde funnet ut om røykeslutt:

"Det er jo sagt at du kan dele dem inn i de som gjerne vil slutte og de som ikke vil. De som ikke vil, skal man ikke bruke tid på, fordi de må bearbeides mer og det tar mer tid."

Flertallet mente at det å veilede om røykeslutt i settinger som tilfeldigvis dukket opp, ofte var like hensiktsmessig som ved en planlagt veiledningssamtale. Dette ble begrunnet ut fra at pasientene trengte tid på prosessen, og at det ikke var riktig å buse på, men heller veilede gradvis. Mindretallet mente imidlertid at dette ikke kjentes riktig overfor pasienten:

”De sier jo at vi at vi kan veilede mens vi gjør andre ting... for eksempel mens vi driver og steller. Men det er ikke alltid det går heller! Når man skal vaskes, opp og ned med armer: Røyker du?”

4.3.6 Om bruk av nikotinerstatning og annen røykesluttoppfølging

Noen få informanter nevnte substituttbehandling som en viktig del av oppfølgingen av pasienten og ved veiledning om røykeslutt.

”Det med bruk av substitutter, det har vi vært veldig dårlige på i avdelingen. Vi har ikke engang røykeplaster liggende.”

Bruk av nikotinerstatning utløste følgende replikkveksling i en av fokusgruppene:

- *”Har vi ikke det på Hjerteposten?”*
- *”Vi må bli flinkere til å kartlegge hvor avhengige de er, og at de bør bruke det i en overgangperiode. Vi har vært veldig forsiktige med det på avdelingen”*
- *”Jeg husker jeg hadde en pasient en gang, en ung en, som hadde så røykesug og ville ha røyketyggis: Jeg fant det ikke noe sted! Apoteket var stengt, og det var ingen som hadde det!”*
- *”Det er ille!”*
- *Men er det sånn at vi kan tilby det uten at legen må skrive det på kurven? Hvis ikke vi kan det, blir jo det også en begrensing!”*

Enkelte informanter mente at de informerte om røyketelefonen som alternativ hjelp om røykeslutt i veiledningssammenheng, men på oppfølgingsspørsmål hadde de ikke ytterligere kjennskap til røyketelefonen eller om dette var til nytte for pasienten. Et fåtall informanter nevnte at de tilbød pasienten å ringe avdelingen for spørsmål eller veiledning om røykeslutt, men at det erfaringsmessig var få som benyttet seg av tilbudet. At avdelingen skulle initiere kontakten med pasienten, bød på mange diskusjoner blant helsepersonellet:

”Hvor mye skal vi gripe inn i pasientens privatliv og følge opp på det? Er det overgrep, eller hva er det? Det er ikke alle som synes at det er like greit, å ta en sånn telefon hjem.”

4.4 Oppsummering

Hovedresultatene fra pasientintervjuene viser at de hadde et klart ønske om veiledning om røykeslutt mens de var under behandling. Det ble oppfattet som en viktig og nødvendig del av behandlingen. Et ønske om mer kunnskap om røykens skadevirkninger på hjertet var også et gjennomgående tema. Flertallet mente at dette ville virke positivt inn på motivasjonen for og

viljen til å slutte å røyke. I tillegg kom det klart fram at pasientene ønsket at det ble satt av spesiell tid til veiledningssamtale om røykeslutt.

Videre avdekket studien at flertallet av pasientene mente de ikke hadde blitt tilbudt en slik veiledningssamtale, eller at helsepersonell hadde vektlagt det å snakke om røyking og røykeslutt med dem under sykehusoppholdet. De fleste mente å ha fått informasjonsbrosjyrer om røyking på avdelingen. Samtlige pasienter i studien opplevde at helsepersonellet hadde det travelt og derfor ikke hadde tid til å snakke med dem om temaet. Dersom temaet røyking hadde vært nevnt, oppga flertallet at det var legen som gjorde dette i forbindelse med legevisitt.

Hovedresultatene fra fokusgruppeintervjuene blant helsepersonellet viste at flertallet ønsket faglig oppdatering og mer kompetanse i forhold til å veilede om røykeslutt. Videre mente flertallet at tidsfaktoren satte begrensinger for omfanget av røykesluttveiledning. Et stort arbeidspress kombinert med mange arbeidsoppgaver gjorde at røykesluttveiledning ofte ble nedprioritert. Studien viste også at et flertall blant helsepersonellet mente at hensynet til pasientenes selvbestemmelsesrett og egen yrkesetisk kodeks, var viktigere enn å veilede om røyking og røykeslutt.

Hovedinntrykket blant pasientsvarene kan gi støtte til en antakelse om det kan være en sammenheng mellom mestringsopplevelse og røykeslutt. Likeledes kan undersøkelsen tyde på at en vellykket røykeslutt har sammenheng med sosial situasjon og status. Svarene fra helsepersonellet tyder på at det råder selvpålagte etiske begrensinger knyttet til autonomiprinsippet og det å veilede om røykeslutt. Flertallet mente at veiledning krever både mer tid til gjennomføring og mer veiledningskompetanse. Dette kan understøtte antakelsen om at veiledning oppleves krevende.

5 Diskusjon

Problemstillingen – om veiledning om røykeslutt kan bidra til opplevelse av medvirkning, innflytelse og egenkontroll - drøftes i kapittel seks. Der gis også innspill til videre forskning og det å igangsette et eget veiledningsprosjekt om røykeslutt.

I dette kapitlet skal noe av informasjonen som kom fram under intervjuene sees i sammenheng med studiens delspørsmål om det kan være en sammenheng mellom mestringsopplevelse og røykeslutt. Dette relateres til utvalgte teorier som er beskrevet i kapittel to.

Forskning viser at det kan være en sammenheng mellom sosioøkonomisk status og røykeslutt. For å forstå hvilken betydning dette kan ha for framtidige røykesluttintervensjoner, diskuteres deretter resultatene ut fra hva tidligere forskning har funnet om sammenhengen mellom sosial ulikhet i helse og helsefremmende atferd, og om disse kan gi støtte til forskningen på dette feltet.

Videre vil resultatene drøftes i lys av forskning om røykesluttintervensjoner og hva andre har funnet om samme tema. Konklusjonene relateres til hvilken innvirkning dette kan ha for fremtidige røykesluttintervensjoner.

Kritiske spørsmål tilknyttet fortolkning av resultatene vil deretter bli diskutert, spesielt med henblikk på metodevalg, fortolkninger og slutninger, og om denne kvalitative tilnærmingen kan anses som et supplement til tidligere kvantitativ forskning på feltet.

5.1 Er det en sammenheng mellom mestringsopplevelse og røykeslutt?

Svarene Hjerteskelepasientene ga, kan tolkes dit hen at det kan være en sammenheng mellom selvopplevd mestringssevne og det å slutte å røyke.

Begrunnelsen for dette, er at pasientene som hadde klart å slutte å røyke, fremhevet betydningen av at de hadde styrket egen bevisstgjøring om røykens skadevirkninger, risikoene de utsatte seg for med å fortsette å røyke, og at de ut fra denne motivasjonen hadde satt seg et klart mål om å forbli røykfri. Disse pasientene hadde også en klar forventning om at røykeslutt ville bedre livskvaliteten og halvere risikoen for nye hendelser. Slike funn kan støtte teorier om individuell atferdsendring som utgangspunkt for endringsprosesser, og

Banduras (1977) sosial-kognitive læringsteori kan derfor se ut til å samsvare med disse pasientenes erfaringer. Sammenhengen mellom self-efficacy, eller tillit til egne evner og self-outcome, som beskriver individets tro på å lykkes med egne mål, er sentrale elementer i denne teorien. Tross denne sammenhengen belyser dette likevel ikke alle årsakssammenhenger som påvirker evnen til å slutte å røyke.

For eksempel kan salutogeneseperspektivet til Antonovsky (1991) være av betydning: Antonovsky hevder at det å mestre hva han kaller livsutfordringer, som eksempelvis det å oppleve et hjerteinfarkt og å slutte å røyke, også avhenger av graden av et menneskes motstandsressurser. Slike motstandsressurser kan være en persons sosiale og kulturelle omgivelser. I tillegg til evnen til å forstå sammenhengen mellom sykdom og skade, som Antonovsky beskriver som en grunnfestet evne til å bedømme virkeligheten, beskrev samtlige røykesluttere opplevelsen av hjerteinfarkt som å ha fått ”en siste sjanse”. Betydningen av støtte fra familien og et ønske om å leve videre for barn og barnebarn var også en indre motivasjonsfaktor som bidro til viljen om å fullføre målet om røykestopp.

”Den jeg reagerte veldig på når jeg var innlagt, var brosjyren om det å slutte å røyke, for der stod det at man kunne halvere risikoen for gjentakelser, og så er det jo gratis! Jeg tenkte som så, at takk og pris for at jeg røyker, for da kan jeg bidra så mye!”

I tillegg til forståelse, hadde altså røykeslutterne tilgang til sosiale og kulturelle ressurser, en evne til håndterbarhet, som bidro til å motivere og opprettholde røykeslutt (ibid.). Sagt på en annen måte, kan det hevdes at røykeslutterne hadde høy grad av kontroll over egne livsvilkår. Innen psykososial tilnærming forklares kontroll over egne livsvilkår som en balanse i forholdet mellom krav og utfordringer man opplever og de ressurser man har til rådighet for å møte dem (Elstad, 2005). Det kan hevdes at det å gjennomgå hjerteinfarkt stimulerte røykeslutternes opplevelse av mening, eller vilje til engasjement for å bedre og komme igjennom livsutfordringene sine (ibid.). I studien viste det seg at samtlige røykesluttere hadde et godt forhold til familie og venner, stabil økonomi og de fleste var i arbeid før hendelsen. Disse faktorene kan medvirke til en antakelse om at røykeslutterne hadde en høy grad av motstandsressurser som påvirket deres evne til å slutte å røyke.

”Jeg tenkte jo ... alt har sin tid, men det er vel ikke verdt å utfordre skjebnen ennå mer, da! Det var liksom: gjør du ikke noe nå, så er det over og ut.”

Dette kan sees i sammenheng med teorier om at et menneskets samspill med omgivelsene gir helsemessige konsekvenser, hvor kognitive og emosjonelle reaksjoner danner grunnlaget for

helsemessige prosesser (Elstad, 2005). Ut fra svarene kan det se ut til at røykeslutternes kontekstuelle sammenheng påvirket deres evne til å mestre sykdom og å fremme egen helse. Legges et salutogeneseperspektiv til grunn, kan dette gi støtte til en antakelse om at røykeslutterne hadde høy grad av sammenhengsforståelse (Antonovsky, 1991).

Antonovsky understreker betydningen av å forstå det å hindre sykdom og fremme helse som komplementære begreper (ibid.). Psykososiale forklaringsmodeller fremhever betydningen av at mennesket påvirkes av sine sosiale omgivelser, og at dette kan gi helsemessige konsekvenser. Ut fra en slik tilnærming hvor motstandsressurser kan bidra til å fremme helse, kan det som ofte betegnes som stressorer, dermed påvirke sykdomsforebyggende og helsefremmende atferd (Elstad, 2005). Stressorer har som fremste konsekvens at de utløser en spenningstilstand som personen ikke har tilgjengelige eller adaptive responser på, og vil ofte oppleves negativt eller angstfylt (Antonovsky, 1991).

Flertallet av pasientene i studien hadde ikke sluttet å røyke, og opprettholdt dermed helseskadelig atferd. Videre viste studien at de fleste av disse pasientene mente at årsaken til deres hjertesykdom skyldes forhold som ikke direkte hadde sammenheng med deres tobakksbruk. Årsaksforklaringene ble ofte beskrevet som psykososiale problemer i forhold livssituasjon, i familien, ensomhet eller problemer av annen karakter. Disse pasientene refererte som regel til at problemene også overskygget motivasjonen til og troen på og klare å slutte å røyke.

"Jeg vet ikke om hjerteinfarkt bare var røykinga! Det har jeg ikke noen tro på at det er. Det har skjedd så mye i livet og familien. For å si det rett ut, når en tar en øl eller en drink, så går det ikke fullt så bra. Røyken har liksom, har en avslapning med det ... i tillegg til det at jeg er littegranne sånn urolig inne i kroppen av natur."

Sees resultatene i lys av Banduras (1977) sosial kognitive læringsteori, kan det hevdes at pasientenes self-efficacy eller mestringsforventninger til egen røykeslutt var lav, slik utsagnet over illustrerer. Likeledes var heller ikke pasientenes resultatforventninger, eller tro på at endring i atferd ville gi effekt, særlig stor (self-outcome). For å endre atferd fremheves blant annet betydningen av kunnskap om helsespørsmål og det å sette seg mål (ibid.). Samtlige pasienter i studien fremhevet ønsket om å lære mer om røykingens skadevirkninger, og at dette i seg selv ville bidra til å fremme røykeslutt.

Dette kan støtte Banduras teori og vektleggingen av individuell atferdsendring som utgangspunkt for å hjelpe mennesker til å opprettholde egen helse (ibid.). Samtidig viste studien at blant pasientene som fortsatt røykte, ble det å røyke relatert til å være en respons på pasientenes egne årsaksforklaringer til hjerteinfarkt. Røyking ble forbundet med noe som ga en avslapning, virket angstdempende og beroligende, og som fungerte som trøst eller oppmuntring dersom man var alene eller følte seg ensom. Pasientutsagnene kan tolkes dit hen at det å røyke er en adaptiv respons på ulike stressorer i hverdagen som oppleves belastende eller negativt.

Pasientenes handlingsmønster kan hevdes å samsvare med hvordan forskjeller i det Antonovsky kaller motstandsressurser, påvirker måten man håndterer sykdom eller andre alvorlige livsutfordringer (1991). Graden av stressorer hos et menneske påvirker sammenhengsforståelsen, og betegnes av Antonovsky som et menneskes motstandsunderskudd (ibid.). Hovedfokus i studien var spørsmål om røyking, syn på veiledning og røykeslutt. Årsaksforklaringene som fremkom blant dem som fortsatt røykte, antydte imidlertid at vanskeligheter med å slutte å røyke kunne skyldes forhold som opplevdes som negative eller belastende, og som eventuelt påvirket motivasjonen for eller evnen til å slutte. Disse forholdene kan videre tolkes som stressorer. Hvorvidt disse stressorene påvirker eller er et uttrykk for et motstandsunderskudd blant pasientene blir et tolkningsspørsmål, men det kan synes som om en slik sammenheng er en mulig forklaring.

På en måte kan svarene tolkes som at graden av motstandsressurser blant røykeslutterne var høyere enn blant dem som fortsatte å røyke. Samtidig kan de også tyde på at forekomsten av stressorer var større blant røykerne. En videre tolkning kan dermed være at røykeslutternes motstandsressurser stimulerte til helsefremmende atferd. Forekomsten av stressorer hos de røykende pasientene utgjorde et motstandsunderskudd som påvirket mestringsopplevelsen i forhold til røykeslutt. En slik tolkning av resultatene ville vært interessant og studert videre i forhold til pasientenes sosiale status, for å se om den kunne gi støtte til antakelsen om at forholdet mellom motstandsressurser og stressorer utgjør forskjeller i helsedeterminanter: Forskjeller i helsedeterminanter kan predikere sosioøkonomisk plassering, og til slutt bidra til å påvirke rammevilkårene for utviklingen av sosial ulikhet i helse, slik tidligere forskning har vist (Platt et al, 2002; Lund et al, 2005; Ritchie, 2006; Hemingway, 2007).

Dersom man skal påvirke endring i atferd, kan pasientenes handlingsmønster vise at dette betinger en nærmere forståelse for sammenhengen mellom røyking og sosioøkonomiske implikasjoner. Forekomsten av stressorer har som tidligere vist også en sosial gradient tilsvarende posisjonen i det sosioøkonomiske hierarkiet, og følger samme mønster som gradienten i helseulikhetene (Elstad, 2005).

5.1.1 Røykesluttintervensjoner og endring i helseatferd

Slik resultatene er tolket ovenfor, kan det tyde på at det er en sammenheng mellom mestringsopplevelse og endring i helseatferd. Dette kan sees i sammenheng med tidligere kvantitativ forskning om røykeslutt, som viser sammenhenger mellom sosiale ulikheter og røykeslutt. Lund et al (2005b) kartla ulike aspekter ved røyking og røykeslutt blant Norges befolkning over 24 år for perioden 1998 – 2002, og fant at lavere sosiale lag var kraftig overrepresentert blant røykerne. I tillegg hadde røykerne i disse gruppene høyere røykeintensitet, brukte oftere de farligste røykeproduktene, og var oftere feilinformert om helsefarene ved ulike tobakkstyper. Regresjonsanalyser i studien viste at både utdanning og sosioøkonomisk status var den viktigste forklaringen på variasjonen av røykeatferd i befolkningen (ibid.).

Selv om masterstudien ikke direkte hadde til hensikt å undersøke pasientenes sosioøkonomiske status, fremkom det gjennom intervjuene at flertallet av røykerne hadde yrkesutdanning, brukte ofte de farligste røykeproduktene, arbeidet i industri eller var av ulike årsaker ikke i arbeid. I tillegg rapporterte samtlige røykere at ulike forhold i livsvilkårene påvirket motivasjonen til og troen på å slutte å røyke. Slik sett kan resultatene som presenteres i foregående kapittel hevdes å samsvare med Lund et al (2005b) sin studie.

Annen forskning har som tidligere beskrevet, påpekt at sjansene for å beholde eller øke slutteratene i røykesluttintervensjoner er størst dersom deltakerne følges opp over tid. I studien fremkom det også at informantene opplevde det som vanskelig å slutte å røyke den første tiden etter utskrivelse. Samtlige av røykerne mente det ville ha vært positivt om de hadde fått tilbud om telefonkontakt fra helsepersonell etter utskrivelse, både med tanke på oppfølging og røykeslutt. Blant de som bodde alene mente alle at tiden etter utskrivelse var spesielt vanskelig, noe følgende utsagn kan illustrere:

”Så var jeg tilbake igjen, hjemme. Nå har jeg flytta askebegeret ... vekk! Ifra meg. Så det blir tungvint å ta den røyken, den skal ikke ligge der, liksom. Men det er liksom sånn: er du sliten og trøtt og sånn, så er det røyken... Men hvorfor jeg gjør det? Jeg trur atte en får en liten sånn psykisk knekk når noe sånt skjer.”

Selv om utsagnene er tilknyttet røykeslutt etter utskrivelse og ikke har sammenheng med deltakelse i noen form for røykesluttintervensjon, viser svarene i studien hvor vanskelig røykeslutt kan oppleves. Flesteparten av røykerne i studien mente at det å ha røykeslutt som et fast tilbud i Hjerteskolen, hvor man ble fulgt opp over tid ville være positivt. Slik sett kan synspunktene i studien samsvare med tidligere forskning beskrevet i kapittel to, hvor lengde og varighet på røykesluttoppfølging predikerer utfallet av slutteraten. Uttalelsen fra en som fortsatt røykte kan illustrere dette:

”Dem burde virkelig ta røykekutt som en del av hjerteskolen, men det gjør dem jo ikke! Der omtaler dem det jo bare. Det blir for mye opp til deg selv.”

5.2 Hva kan resultatene tyde på?

Informasjonen som kom fram kan tyde på at det er en sammenheng mellom mestringsopplevelse og endring i helseatferd, og at dette kan variere med sosiale og psykososiale forhold. Resultatene i denne kvalitative studien ser derfor ut til å kunne gi støtte til tidligere forskning på området.

Røykesluttintervensjoner fokuserer som beskrevet i hovedsak på individuell atferdsendring. På bakgrunn av valgte mestringsteorier og tidligere forskning om røyking og røykeslutt, er det også i denne studien mye som tyder på at det kan være sosiale forskjeller i responsen på helseinformasjon.

Dette viste seg ved at informantene som hadde tilsynelatende høy grad av motstandsressurser, så ut til å forstå og respondere på helsebudskapet om røykeslutt på en mer hensiktsmessig måte, enn informantene som tilsynelatende hadde en høyere andel av stressorer i tilværelsen. Videre viste svarandelen blant røykerne at god tid til informasjon og veiledning gitt på individnivå av helsepersonell ble ansett å være viktig. Blant røykeslutterne var generell helseopplysning og brosjyremateriell om røykeslutt ofte tilstrekkelig. Funnene viser altså at tiltakene for å øke røykesluttandelen tilsier at en felles strategi med fokus på individuell endring i helseatferd ikke er tilstrekkelig for å møte de ulike behovene for informasjon blant pasientene. Videre tyder funnene på at det også i differensierte opplegg må tas i betraktning

det tidligere forskning viser om at ulike sosiale lag i befolkningen forstår og opplever helseopplysning ulikt (Aarø, 1986).

Skal man lykkes i målsettingen om utjevnende tiltak rettet mot tobakksforebygging slik Strategiplan (2006 – 2010) skisserer, kan denne studiens resultater tyde på at fremtidige røykesluttintervensjoner bør tilpasses de sosiale variasjonene som finnes. I dette ligger at kunnskapen om den enkeltes sosiale kontekst har betydning for en vellykket røykeslutt, på lik linje med hvordan helsebudskapet presenteres. Et nødvendig tiltak kan være å differensiere røykesluttoppfølgingen.

Dette kan gjøres ved å oppgradere intervensjonene til en mer individrettet hjelp til røykeslutt overfor enkelte grupper, kombinert med at helseopplysningen i større grad gis på individnivå. Videre har oppfølgingstiden som beskrevet tidligere stor betydning for om man klarer å holde seg røykfri. Dersom målrettede individuelt baserte røykesluttintervensjoner skal lykkes, indikerer dette at varigheten på oppfølgingen bør være over en lengre tidsperiode enn hva som til nå har vært gjeldende. Samtidig kan resultatene av fokusgruppeintervjuene med helsepersonellet tyde på at det ligger et forbedringspotensiale i kliniske røykeintervensjoner og praksis. Til disse områdene knytter det seg ulike utfordringer som vil bli diskutert i siste kapittel. Før en slik diskusjon finner sted, er det imidlertid nødvendig å foreta en kritisk drøfting av studiens metoder og fortolkninger.

5.3 Har studien undersøkt det den skulle undersøke?

Det finnes ingen standardmetoder for å frambringe vesentlige meninger og dypere implikasjoner ved det som sies i et intervju (Kvale, 1997). Fortolkningen av datamaterialet i denne studien er foretatt som en *fenomenologisk meningsfortetting*, som innebærer en komprimering av informantens uttalelser til kortere formuleringer (ibid.).

Intervjuet ble transkribert i ordrett form med intonasjoner. Etter flere gjennomlesinger og på bakgrunn av sekvenseringen av intervjuene (Vedlegg 3 og 4), ble de ulike meningsenhetene kategorisert. Ut fra dette ble meningsenhetene undersøkt i lys av studiens hoved- og delspørsmål. Videre ble de viktigste emnene i intervjuene sammenfattet til deskriptive utsagn. I de fleste tilfellene var svarene så entydige at direkte sitater fra informanten ble benyttet, i noen tilfeller ble de uttrykte meningene fortettet til kortere utsagn.

Likeledes er analysen av datamaterialet gjort som en *meningskategorisering*, hvor intervjutemaene ble kodet i kategorier (ibid.). Lange uttalelser ble omgjort til hoveddimensjoner hvor forekomster av et fenomen ble fortolket og analysert.

Hoveddimensjonene for Hjerteskoleinformantene ble betegnet som: *om røyking, om å bli konfrontert med røyking, syn på veiledning, helsepersonellens rolle, om hvordan røykeslutt skal tas opp, om å klare å slutte/fortsette å holde seg røykfri*. For Helsepersonellet var hoveddimensjonene: *tanker om veiledning om røykeslutt, holdninger til røyking, veiledning og rammevilkår, om å veilede og til slutt etikk og veiledning*. Hvert enkelt intervju ble kodet for hver dimensjon i forhold til atferdsvariabler og holdningsvariabler.

Å kategorisere og analysere datamaterialet på denne måten hadde til hensikt å strukturere en stor mengde transkribert materiale for å få oversikt over handlingsmønstre og meningsinnhold i de ulike intervjuene. Dette forenklet fortolkningen av resultatene.

Samtidig innehar analysene elementer av det Kvale (1997) kaller *ad hoc meningsgenerering*: Meningsinnholdet i de ulike intervjuene ble gjenstand for kvantifiseringer, fordi det ble laget en matrise over uttalelser som indikerte ulike holdninger til et fenomen, eksempelvis andel røykere/røykesluttere som mente de hadde fått veiledning om røykeslutt. Dette ble gjort for å synliggjøre sammenhenger som var av betydning. Datamatriksen og det eksakte antallet kan brukes ved behov i en senere anledning og ved utarbeidelsen av et eventuelt veiledningsprosjekt, men benyttes ikke ytterligere i denne oppgaven.

Verifisering av kunnskap er stadig gjenstand for diskurs innenfor samfunnsvitenskapene. I kvantitativ forskning brukes generalisering, reliabilitetsbegrepet og ulike validitetsformer som kriterier for kvalitet. Hvordan kunnskapsverifiseringen skal foregå innenfor kvalitativ forskning er omdiskutert. Fortolkningen av dataene er verdiladete og kontekstavhengige, fordi forskeren bruker seg selv som instrument i intervjusituasjonen (Johannessen et al, 2004). Forskjeller i erfaringsbakgrunn vil også komplisere forsøk på duplisere andres kvalitative forskning (ibid.).

Enkelte forskere avviser begrepene reliabilitet og validitet som undertrykkende begreper som hindrer kreativ kvalitativ forskning (Guba og Lincoln, 1985). For å finne fram til troverdig forskning mener disse at troverdige resultater frembringes ved observasjon, eller det å bli godt kjent med konteksten det skal forskes på, samt metodetriangulering. Metodetriangulering og observasjon vil som metoder imidlertid være utenfor rammene av denne masterstudien.

Videre vil tilbakeføring til informanter eller kollegiale analyser være vanskelig å gjennomføre. Hensikten med studien har vært å skape bakgrunnsinformasjon for utviklingen av et eventuelt veiledningsprosjekt. Spørsmålet blir derfor: Gjenspeiler resultatene virkeligheten?

Studien kan hevdes å innta en pragmatisk tilnærming til dette spørsmålet. Studiens resultater er fremkommet ved å foreta en fortolkning av ulike erfaringskunnskap omkring årsaker og virkninger av temaet veiledning om røykeslutt, for i det å trekke lærdommer for fremtidige røykesluttintervensjoner. Kvale (1997) kaller denne formen en *pragmatisk validitet*, hvor et utsagns begrunnelse omgjøres til et utsagns *anvendelse*. Patton (1980) hevder at bekreftelsen på en studies pragmatiske validitet er reaksjonene på resultatene fra beslutningstakere og informasjonsbrukerne. Studien har som utgangspunkt å videreutvikle kunnskapsgrunnlaget vedrørende veiledning om røykeslutt, slik at dette kan skape mulighetsbetingelser for faktiske endringer i røykesluttintervensjoner. På lengre sikt kan endringene virke ujevne på sosiale helseulikheter (Lund et al, 2005b).

5.3.1 Pragmatisme, makt og sannhet

Å foreta en pragmatisk validering i en studie medfører nye spørsmål om makt og sannhet: Hvem avgjør hva som er det ønskede resultat av en studie?

Utformingen av metodetilnærminger og analysen av resultatene som studien frambringer har etiske implikasjoner (Alver, 1997). I forskningsprosessen innhentes empirisk materiale, men forskningsprosessen *skaper* også empirisk materiale:

Utvalget av informanter i studien er strategisk, grunnet deres erfaringskunnskap som tidligere hjertepasienter, og videre ut fra en hensiktsmessighet i forhold til å kunne utelukke pasientbetegnelsen i forskningsetisk sammenheng. Informantene var frivillige deltakere på Hjerteskolens regi av SIV, og var per definisjon derfor ikke regnet som pasienter.

Resultatene i studien viste at informantene var samstemte i spørsmålet vedrørende veiledning om røykeslutt under sykehusopphold. Likeledes var det et stort samsvar på spørsmålet om hvorvidt helsepersonellet hadde foretatt veiledning om røykeslutt med dem på sykehuset. Ut fra disse resultatene er det trukket slutninger om at pasienter ønsker veiledning om røykeslutt når de er innlagt med hjerteinfarkt. Dette kan medføre riktighet, men ikke nødvendigvis.

De entydige svarene kan like gjerne være farget av at informantene er over den første sjokkpregete sykdomsfasen og i en rehabiliteringsfase, samtidig som de er deltakere på Hjerteskolene, hvor informasjon og veiledning om røykeslutt er en del av undervisningsopplegget. Informantene kan, bevisst eller ubevisst, ha tolket budskapet herfra som at røykesluttveiledning er så viktig at den også bør være en del av behandlingen av hjerteinfarkt. Denne overbevisningen, kombinert med en eksempelvis antatt takknemlighet over å ha overlevd hjerteinfarkt, kan ha resultert i at informantene stilte seg positive til spørsmålet under intervjuet. Spørsmålet kunne dermed ha gitt motsatt svar, om det hadde blitt stilt under selve sykehusoppholdet. I denne fasen kunne eksempelvis pasientene hatt nok med å bearbeide den traumatiske opplevelsen som et hjerteinfarkt ofte medfører, og slett ikke ønsket veiledning.

En annen side ved denne problemstillingen, vil dermed være knyttet til studiens delspørsmål. Hadde svarene gitt motsatt utfall slik de er skissert overfor, ville følgende delspørsmål bekrefte: Veiledning om røykeslutt oppleves av inneliggende pasienter som noe negativt og uønsket. Slutningene som er trukket ut av resultatene kan dermed bli feilaktige, i likhet med at utviklingen av et veiledningsopplegg eventuelt kunne slå feil ut på målgruppen. Forstått slik har forskningsprosessen dermed *skapt* et empirisk materiale fremfor å *innhente* det.

Et annet viktig resultat i studien omhandler pasientenes opplevelse av manglende veiledning om røykeslutt og tidsknapphet blant helsepersonell. Flesteparten av pasientene hevdet at de i liten grad hadde blitt informert eller veiledet om røykeslutt under sykehusoppholdet. Dersom temaet røyking hadde vært tatt opp, var det ifølge et stort flertall legen som gjorde dette. Ut fra slike funn kan det trekkes slutninger som kan skape dyptgående endringer i både positiv og negativ forstand. Positivt, dersom utsagnene eksempelvis medfører at ledelsen ved SiV øker kompetanse – og bemanningsressurser til Hjerteseksjonen slik at det å foreta veiledning om røykeslutt oppgraderes i behandlingstilbudet.

De samme slutningene kan derimot like gjerne gi negative resultater, sett ut fra et veiledningsperspektiv. Dersom helsepersonellet ved Hjerteposten, som selv mener de har vært bevisste på å snakke med pasientene om røyking og røykeslutt, samtidig får tilbakemeldinger om at pasientene mener at dette ikke har foregått, kan bidra til å skape en negativ effekt som at det ”ikke nytter allikevel”. I en travel sykehushverdag med stort arbeidstempo kan holdningene og viljen til å prioritere det å veilede pasienter om røykeslutt dermed endre seg i

negativ retning blant helsepersonellet. Slutningene kan dermed gi utilsiktede hensikter som medfører at røykesluttveiledning i daglig praksis nedprioriteres blant helsepersonell. Sitatet fra en sykepleier i en av fokusgruppene kan illustrere dette:

"Når skal man gjøre det? Det blir så fort at man gjør ting som man må gjøre, så blir det litt sånn salderingspost det med informasjon og veiledning, i alle fall blir det sånn for meg. Det er viktigere at de får medisinene sine, liksom."

Slutningene kan også være direkte feilaktige. Forskning har vist at pasienter som befinner seg i den første akutte fasen av kritisk sykdom, ikke klarer å oppfatte eller nyttiggjøre informasjon i den grad den gis. Samtidig er det allment kjent at det vanligvis er legen som blant pasienter oppfattes som øverste autoritetsperson innenfor helsevesenet. Mens legen møter pasienten i relativt korte perioder av et sykehusopphold, er det et uttall av andre former for helsepersonell som er i kontakt med pasienten i store deler resten av døgnet.

Slik sett er det dermed ikke vanskelig å forestille seg hvorfor informantene i studien mente det var legen som snakket med dem om røykeslutt: I kraft av sin autoritet kunne det være den informasjonen legen formidlet som informanten husket best. Ut fra en slik forståelse, vil slutningen om at helsepersonell i liten grad veileder om røykeslutt være gjort på feil grunnlag, og vil dermed ikke lenger kunne bidra til å støtte antakelsen om at veiledning oppleves som vanskelig av helsepersonellet.

Et av de viktigste ankepunktene knyttet til resultatene av studien, omhandler slutningene som er koplet til sammenhengen mellom røykeslutt og pasientenes sosiale plassering. Dette omhandler de forskningsetiske sidene tilknyttet det å fortolke informasjon som er gitt i forbindelse med et gitt tema (røykeslutt), og ut fra dette gjøre fortolkninger om et annet tema (sosiale sammenhenger) som opprinnelig verken var en del av studien eller uttalt til informantene. Spørsmålet blir da: Har vektleggingen på de sosiale forskjellene i det hele tatt sin berettigelse i studien?

Et nyansert forskningsresultat kan bidra til å svekke individets integritet og personvern (Alver, 1997). Samtidig er målet for forskningen å informere beslutningstakere og informasjonsbrukere om funnenes allmenne betydning, og gi kunnskap til å utvikle fagfeltet. Denne balansegangen kan være problematisk. Gjennom intervjusituasjonene har jeg fått tilgang til opplysninger som ut fra et forskningsperspektiv kan synes å samsvare med tidligere forskning om sosiale forskjeller, men informantene selv kan ha en helt annen opplevelse av

seg selv og sitt liv enn mine fortolkninger. Koplingen mellom mestringsressurser og stressorer kan være av betydning for røyking og røykeslutt, men kan like gjerne basere seg på en rekke av tilfeldigheter som har bidratt til at min sammenhengsforståelse og fortolkning av informantenes utsagn kan være feilslåtte.

At informantene eksempelvis tillegger det å røyke som en trøst, oppmuntring eller avslapning behøver ikke nødvendigvis være et uttrykk for at deres hverdag generelt oppleves belastende. For de fleste som har røkt er det rimelig å anta at dette er situasjoner de fleste gjenkjenner som typiske røykesituasjoner, uten at dette nødvendigvis uttrykker noen form for grad av stressorer i hverdagen og dermed hvilken sosial gruppe man tilhører i samfunnet. Selv om intervjuene er anonymisert og gjort ugjenkjennelige, kan forskningsresultatene medføre at de som deltok i studien allikevel kan føle seg misforstått. Informantene som fortsatt røyker har videre årsaksforklart røykingen med negative forhold i livssituasjon, ensomhet eller liknende. Dette kan være tilfelle, men kan like gjerne være et uttrykk for å redusere egen dårlig samvittighet, enn som et uttrykk for forskjeller i helsedeterminanter, slik studien har trukket slutninger om.

Eksemplene nevnt ovenfor illustrerer problemene knyttet til det å innhente empirisk materiale. Fortolkningene som legges til grunn kan som vist her *skape* empirisk materiale, og dermed gi et feil bilde av virkeligheten.

Hvilke slutninger kan man endelig trekke ut av studien? Til syvende og sist blir dette et fortolkningsspørsmål. For å hindre at man skal ende opp i endeløse tolkningssirkler og dekonstruksjoner av studien, har jeg imidlertid valgt å foreta en pragmatisk validering av studiens resultater. I det ligger å fortolke mellommenneskelige handlinger og deres indre sammenhenger til praktisk anvendbar kunnskap som kan formidles gjennom handling (Kvale, 1997).

Hvordan erfaringskunnskapen kan anvendes praktisk og i videre forskning er dermed siste kapittel i denne masterstudien.

6 Veiledning som helsefremmende aktivitet

Fortolkningene har i tidligere avsnitt gitt støtte til både psykososiale forklaringsmodeller og mestrings teorier om helse (Elstad, 2005; Antonovsky, 1991, Bandura, 1977). Ut fra fortolkningene er det vist til mulige sammenhenger mellom røyking, røykeslutt og psykososiale forhold som kan variere med sosiale ulikheter, og videre gitt støtte til tidligere kvantitativ forskning på dette feltet (Lund et al, 2005a-b).

I masteroppgavens problemstilling stilles spørsmålet *hvorvidt veiledning om røykeslutt kan bli en helsefremmende og myndiggjørende prosess for pasienten*. Ut fra hva Hjerteskoieinformantene har uttalt, og de fortolkningene som er lagt til grunn i studien, kan det trekkes slutninger av deres erfaringskunnskap som kan vise seg å være nyttige i framtidige røykesluttintervensjoner generelt og for veiledning i sykehus spesielt.

For det første kan resultatene av studien, som tidligere påpekt, tyde på at det kan være sosiale forskjeller i hvordan helsebudskap mottas. Utsagnene blant informantene samler seg i to hovedgrupperinger: Den ene gruppen informanter oppfattet helsebudskapet om røykeslutt ut fra konsekvensforståelsen om hjerteinfarkt, og ut fra brosjyremateriellet som informerte om helsegevinstene ved røykeslutt. Samlet sett resulterte dette i røykeslutt ved hendelsen. Videre mente informantene i denne gruppen i hovedsak at man bør ”skremme” med faktakunnskap for å få pasienter til å slutte. Det viste seg videre at deres helseressurser også var forankret i det som ble fortolket å være positive sosiale og økonomiske relasjoner, som dermed kunne være medvirkende årsaker til egen røykeslutt.

Den andre gruppen som fortsatt røykte, uttrykte tvil og usikkerhet i forhold til koplingen mellom røyking og hovedårsak til hjerteinfarkt, til tross for at denne gruppen også hadde mottatt samme typer helseinformasjon. Videre ble utsagnene deres fortolket i retning av at ulike forhold i livssituasjonen var av en slik art at de kunne oppfattes som stressorer som påvirket evnen og motivasjonen til røykeslutt. Informantene her mente at det å sette av god tid til informasjon og motivasjon med hver enkelt, var viktige forutsetninger for vellykket røykeslutt, likeledes som muligheten for oppfølging over en tidsperiode. Livssituasjonen i denne gruppen ble fortolket som lavere sosial tilhørighet, vurdert ut fra forhold som yrkesbakgrunn, sivil status og nettverk. Helseopplysning og brosjyremateriell syntes tilsynelatende å være utilstrekkelig for denne gruppen.

6.1 Kan veiledning oppleves myndiggjørende og anvendes helsefremmende?

Undersøkelsen viste at Hjerteskoleinformantene hadde ulike kontekstuelle utgangspunkt både i forhold til det å kunne tilegne seg helseopplysning, og for å anvende den for å fremme egen helse.

6.1.1 Helsebudskap oppfattes ulikt

Ut fra de to grupperingene kan dette innebære at veiledningen først og fremst må ta utgangspunkt i den enkelte pasients ståsted og ressurser, dersom den skal oppfattes myndiggjørende og anvendes helsefremmende. Erfaringskunnskapen bidrar på dette området dermed til å understreke den kontekstuelle betydningen for læring og mestring, slik Tveiten (2005) også beskriver i sin veiledningsmodell. For å lykkes med endringsprosesser innebærer en slik tolkning at hele mennesket involveres i læringsprosessen, samtidig som hensynet til pasientenes kontekst eller situasjon danner rammene for *hvordan* endringsprosessen kan foregå. Dette kan bety at man i framtiden ikke utelukkende kan basere seg på standardiserte opplegg basert på individets egen endring i helseatferd og generell helseopplysning, slik tilfellet ofte er i dagens røykesluttintervensjoner.

Å myndiggjøre den enkelte pasient innebærer at individets perspektiv og oppfatning av situasjonen kommer i første rekke (Stang, 1998). Erfaringskunnskapen som informantene har formidlet, bekrefter påstanden om at fagkompetansen må tilpasses den enkelte, og ikke motsatt. For at pasienten skal oppleve kontroll og mestring over situasjonen, må forholdene legges til rette for hva den enkelte pasient mener er av betydning i prosessen med å klare å slutte å røyke. I stedet for å være en passiv mottager av helseinformasjon, bidrar pasienten ved selv å legge egne premisser for røykeslutt. På denne måten blir pasienten selv en aktiv deltaker i arbeidet for å påvirke og endre egen livssituasjon.

NOU 1998:18 definerer folkehelsearbeid som et felles samfunnsansvar for å bedre og fremme helse. Dette innebærer en forståelse om at det ikke bare er det enkelte individs ansvar å mestre endringsprosesser, men et felles ansvar hvor kollektive investeringer og organiseringer av ulike former for støttende tiltak, kan virke helsefremmende for den enkelte. Å fremme helse i praksis kan dermed i noen tilfeller innebære utdeling av standardisert informasjonsmateriale og det å drive helseopplysning, mens det i andre tilfeller vil innebære å sette inn flere ressurser for at den enkelte skal oppleve mestring og kontroll i situasjonen.

En slik tilnærming bekrefter også tidligere forskning på røykeslutt, som samlet sett viser at oppfølging over tid øker røykesluttandelen (Rigotti, 2007; Tonstad, 2002; Lancaster 2005; Stead, 2006). Slutningene samsvarer også med de konklusjoner Lund (2005b) har gjort i sin studie om fremtidige røykesluttintervensjoner, som innebærer å åpne for spesielle tiltak for å nå røykere i lavere sosiale lag.

6.1.2 Endring i rammevilkår og settingstilnærming

Å utvikle veiledning om røykeslutt til en helsefremmende aktivitet, er også av betydning for helsepersonellet. Erfaringskunnskapen hos helsepersonellet kan i mange tilfeller bidra til å bekrefte fortolkningene av pasientutsagnene, spesielt med henblikk på de områder som omhandler rammevilkår og opplevelse av dårlig tid blant helsepersonellet.

Stort arbeidspress og mangel på tid er ikke nye problemstillinger. Undersøkelsen viste at helsepersonellet ofte opplevde det å veilede om røykeslutt som vanskelig. Helsepersonellet mente at de veiledet om røykeslutt, men mangel på tilstrekkelig kompetanse til å utføre veiledning, kombinert med kravene om å utføre mange andre arbeidsoppgaver, gjorde at veiledningen foregikk mer tilfeldig enn planlagt.

Dette kan bidra til å belyse utsagnene blant hjerteskoieinformantene, hvor de fleste mente at røykeslutt ikke ble vektlagt av helsepersonell under sykehusoppholdet, men at det var legen som i tilfelle informerte om dette. En mulig forklaring på de divergerende utsagnene mellom informantgruppene, kan ligge i selve *tilnærmingen* til det å veilede om røykeslutt:

- 1) Helsepersonellet mener at de veileder om røykeslutt, men ut fra en hensiktsmessighet i arbeidssituasjonen som også krever at andre arbeidsoppgaver må ivaretas, foretas veiledningen om røykeslutt på tilfeldige tidspunkt og steder, og ofte tilknyttet andre arbeidsoppgaver.
- 2) Pasientgruppen oppfatter *ikke* at helsepersonellet veileder om røykeslutt, fordi samtalen om røyking og røykeslutt foregår i settinger hvor pasienten har fokus på de andre arbeidsoppgavene helsepersonellet samtidig utfører hos dem.

Ut fra kunnskap om hva mennesker i krisesituasjoner klarer å ta til seg av informasjon, kan dette årsaksforklare hvorfor *tilfeldige tidspunkt* for veiledning om røykeslutt ikke oppfattes som veiledning av pasientgruppen.

En annen forklaring kan også ligge i det og ”tilfeldigvis” snakke om røykeslutt. Ofte foregikk dette i kombinasjon med samtale om kosthold og mosjon, og /eller andre arbeidsoppgaver, slik flertallet av helsepersonellet rapporterer. Dette kan medføre at pasientene fortolket at det å slutte å røyke er av mindre betydning, enn dersom man hadde markert betydningen med et tilbud om en egen samtale om røykeslutt.

Videre uttrykte helsepersonellet at det ofte var vanskelig å snakke med pasienten om røykeslutt, fordi man ikke fant egnet sted for en slik samtale. Uttalelsen fra en sykepleier kan illustrere dette:

”Det er kanskje ikke alle som synes det er morsomt å utbasunere at de røyker, og når du kommer tettere inn på dem, er det kanskje andre ting som gjør at de røyker.”

Samlet sett kan undersøkelsene tyde på at det ligger et klart forbedringspotensiale på områdene som omhandler selve settingstilnærmingen til veiledning om røykeslutt.

Dersom personalet får prioritert tid til veiledning, kombinert med en økt kunnskap og forståelse for betydningen av *hvordan* og i hvilke *settinger* røykesluttveiledningen bør foregå, kan dette virke positivt inn på hvordan helsebudskapet oppfattes blant pasientene.

Dette innebærer videre en økt forståelse fra bevilgende helsemyndigheter. For å lykkes i de målene for røykesluttarbeidet som blant annet Strategiplan (2006-2010) fremhever, kan flere ressurser for å drive røykesluttveiledning være en nødvendig forutsetning.

6.1.3 Utvikling av kunnskapsgrunnlaget om røykeslutt

En annen side ved rammevilkårene for veiledning omhandlet holdninger til *hvordan* selve røykesluttbudskapet skulle formidles. Flertallet av informantene ga uttrykk for at etiske implikasjoner ved det å bringe temaet opp med pasienten, gjorde at man trådte varsomt fram. Terskelen for å snakke om røykeslutt var høy dersom man opplevde pasienten som negativ eller uinteressert, ut fra en begrunnelse om respekt for pasientens autonomi.

Slike funn bidrar til å belyse et mulig behov for å øke helsepersonellens kompetanse, både i forhold til veiledningskompetanse, men også sett i forhold til kunnskap om hvilke etiske og helsejuridiske rammer veiledningen foregår i. I dette ligger å øke helsepersonellens kunnskap om helselovgivning, røykesluttstrategier og deres implikasjoner for praksisfeltet. Kunnskap på disse områdene kan gi helsepersonellet en større grad av trygghet over eget faglig ståsted og

forutsigbarhet i veiledningssituasjonene, og dermed redusere eventuelt manglende mestringsopplevelse. En slik effekt vil sannsynligvis virke positivt for hvordan helsebudskapet formidles videre til pasientene, og dermed også for hvordan betydningen av helsebudskapet oppfattes av den enkelte pasient.

Opplevelse av kontroll og mestring i arbeidssituasjonen kan videre ha indirekte innvikning på arbeidshelsen (Ganster, 1989). Slik sett kan veiledningssituasjonen dermed virke helsefremmende både for pasientgruppen og helsepersonellet.

Et annen viktig faktor som kan ha betydning for røykeslutt, kan være selve responstiden på røykesluttoppfølgingen. Med dette menes den tiden det tar fra pasienten utskrives til vedkommende er inkludert i en eventuell videre røykesluttoppfølging. Flere av pasientene uttrykte en frustrasjon over at man falt tilbake i gamle røykemønstre relativt kort tid etter utskrivelse. Dette medførte i seg selv nye bekymringer og tilleggsbelastninger, i tillegg til at opplevelsen av å ikke mestre egen livssituasjon medførte utrygghet. Følgende utsagn fra en som fortsatt røykte, kan illustrere dette:

"Alt tar så lang tid! Det å få fulgt opp etter en utskrivelse, med en gang, før du er tilbake på de gamle vanene dine! - For det går veldig fort, altså! Det er ei uke i senga, det - så er du klar for å røyke igjen! Det blir for noen kanskje litt for tøft å styre dette alene."

6.2 Kan veiledning om røykeslutt bidra til opplevelse av medvirkning, innflytelse og egenkontroll?

Masteroppgaven har omhandlet en studie om veiledning og røykeslutt, som skal benyttes som bakgrunnsmateriale for et eventuelt veiledningsprosjekt om røykeslutt. Det er gjennomført intervjuer med et strategisk utvalg av tidligere hjerteinfarktpasienter og fokusgruppeintervjuer med helsepersonell. Studien er forankret i en fenomenologisk vitenskapstradisjon.

Hovedfokuset har vært hjertepasientenes opplevelse av og oppfatning om veiledning om røykeslutt, kombinert med erfaringskunnskap fra helsepersonell som arbeider ved en hjertepost. Informasjonen som kom fram gir støtte til tidligere forskning, som ble presentert i kapittel to.

Resultatene som er fremkommet kan ha en overføringsverdi til videre arbeid med et veiledningsprosjekt. Flere resultater støtter også opp under tidligere forskning, og som kan ha betydning for en helsefremmende praksis:

- Røyking og røykeslutt er sosialt skjevt fordelt
- Helsebudskap oppfattes ulikt, avhengig av pasientens kontekstuelle utgangspunkt
- Det kan være behov for å differensiere røykesluttintervensjoner ut fra pasientens kontekstuelle utgangspunkt
- Helsepersonell kan ha etiske betenkeligheter med å veilede om røykeslutt
- Det kan være behov for å øke veiledningskompetansen og kunnskapsgrunnlaget om røykeslutt blant helsepersonell
- Det er behov for å utvikle røykesluttintervensjoner som tilbyr oppfølging over tid

Kan veiledning om røykeslutt dermed oppfattes å bidra til opplevelse av medvirkning, innflytelse og egenkontroll? Ut fra punktene som er skissert ovenfor kan det være fristende å svare bekreftende på spørsmålet, dersom konsekvensene av resultatene tas til etterretning. De ulike punktene kan i stor grad hevdes å ha støtte blant de ulike informantgruppene. Som resultatene viser, forutsetter dette imidlertid at forskning og utvikling av nye røykesluttintervensjoner bør ta utgangspunktet i hvilken kontekst den enkelte potensielle røykeslutter befinner seg i.

Fortrinnene ved å ta i bruk erfaringsbasert kunnskap som grunnlag for utvikling av nye røykesluttintervensjoner, synes å være synliggjort ut fra informasjonen som har kommet fram i studien. Helsepersonellens intensjoner er å handle til pasientens beste. Svarene fra Hjerteskoieinformantene kan imidlertid tyde på at helsepersonellens fortolkninger av pasientenes kontekst kan bidra til utilsiktede konsekvenser, både når det gjelder forståelsen av helsebudskapet og selve tilnærmingen til veiledningen.

Sagt på en annen måte, bør framtidige røykesluttintervensjoner tilstrebe å la brukeren av et tilbud om hjelp til røykeslutt være premissleverandør. Dette kan bidra til å stimulere til en sterkere grad av samarbeid og forståelse mellom helseapparat, helsepersonell og pasient.

En slik tilnærming er videre i tråd med helsefremmende arbeids grunnlagstenkning, som forstås ut fra en sosialøkologisk forståelse av at helse skapes i et gjensidig avhengighetsforhold mellom mennesker og i ulike settinger (WHO 1986; Green et al, 2000).

En av de mest erfarne blant helsepersonellet uttrykte dette på briljant vis:

”Det går an å gjøre det slik at hver enkelt pasient får prioritert tid til samtale med utgangspunkt i hva som er viktigst for den enkelte pasient.”

Forskning har vist at røyking og tobakksbruk som sosialt fenomen er blitt deklassert, og at Norge er inne i røykeepidemiens siste slutfase (Lopez et al, 1994; Lund et al, 2005a). Ut fra resultatene i studien, kan det synes som om de strategier og tiltak som skisseres som mulige løsninger virker omfattende.

Betydningen av å forsvare og forbedre den kollektive innsatsen for å redusere røykeandelen i befolkningen hevdes imidlertid å være synliggjort her: Kunnskapen om at skjevheten i røykeutbredelse vil medføre utviklingen av en større sosial ulikhet i helse understreker betydningen av helsetjenestens medansvar for å intensivere fokuset på røykeslutt i årene fremover.

*Mennesker påvirkes mer av årsaker og argumenter de selv har oppdaget,
enn av slike som andre har oppdaget for dem*

B. Pascal (1623-1662)

Litteraturliste

Alver BG & Øyen Ø. (1997) *Forskningsetikk i forskerhverdag. Vurderinger og praksis*. Oslo: Tano Aschehoug.

Antonovsky A. (1991) *Hälsans mysterium*. Köping: Bokförlaget Natur och Kultur

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(4):247-251

Bandura A. (1977) *Social Learning Theory*. New Jersey: Prentice Hall International, Inc.

Boudon R. (1986) *Theories of social change. A critical appraisal*. Oxford: Polity Press.

Brendryen H, Kraft P. Happy Ending: A randomized controlled trial of a digital multi-media smoking cessation intervention. *Addiction*, 2008; 103 doi: 10.1111/j.1360-0443.2007.02119.x

Brox O. (1989) *Praktisk samfunnsvitenskap*. Oslo: Universitetsforlaget

Macdonald G, Bunton R. *Health Promotion: disciplinary developments*. I: Bunton R, Macdonald G. (eds.) (2002) *Health Promotion. Disciplines, diversity and developments*. London: Routledge

Coleman, J. (1990) *Foundations of social theory*. London: The Belknap Press of Harvard University Press.

Critchley JA, Capewell MD. *Mortality risk reduction associated with smoking cessation in patients with coronary heart disease*. *JAMA* 2003; 290 (1): 86 – 97.

Daly LE, Mulcahy R, Graham IM, Hickey, N. *Long term effect on mortality of stopping smoking after unstable angina and myocardial infarction.* BMJ 1983; 287:324-6.

Dallner, M, Knardahl S. (1997) *Control at work.* Review of psychological and social factors at work and suggestions for the General Nordic Questionnaire (QPS Nordic). K. Lindstrøm, M. Dallner, A-L. Elo et al. Copenhagen: Nordic Council of Ministers, 15: 39-42.

Elstad JI. (1998) The psycho-social perspective on social inequalities on health. *Sociology of Health & Illness*, 20:598-618

Elstad, JI. (2005) *Sosioøkonomiske ulikheter i helse. Teorier og forklaringer.* Oslo: Sosial- og Helsedirektoratet.

European Network for smoking prevention. (2004) *Effective Tobacco Control Policies in 28 European Countries.* [Internett] Tilgjengelig fra; <http://www.ensp.org/files/effectivfinal2.pdf> [lest 10.01.07]

Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ et al. (2000) *Treating tobacco use and dependence: a clinical practice guideline.* Rockville MD: US Department of Health and Human Services Public Health Service.

Ganster DC, Fusilier, MR. (1989) *Control in the workplace.* International Review of Industrial and Organizational Psychology. CL. Cooper & IT. Robertson. Chichester: John Wiley & Sons: 235-280.

Gilje N, Grimen H. (1993) *Samfunnsvitenskapenes forutsetninger.* Oslo: Universitetsforlaget.

Gaut DA. (1986) Evaluating competencies in nursing practice. *Topics in Clinical Nursing*, 8 (2):77-83.

Green LW, Poland BD, Green, Rootman I. *The settings approach to Health Promotion*. I: Poland B, Green LW, Rootman I. (eds.) (2000) *Settings for Health Promotion. Linking Theory and Practice*. Thousand Oaks: Sage Publications

Guba EG, Lincoln YS. (1985) *Naturalistic Inquiry*. Newbury Park: Sage Publications.

Hajek, P. (1996) Current issues in behavioral and pharmacological approaches to smoking cessation. *Addictive behaviours* 1996;21:699-707.

Halkier B. (2002) *Fokusgrupper*. Frederiksberg: Samfundslitteratur & Roskilde Universitetsforlag

Hauge, HA, Ausland, LH. *Frihet og ansvar i forebyggende og helsefremmende arbeid*. I: Hauge, H, Mittelmark, M. (red.) (2003) *Helsefremmende arbeid i en brytningstid. Fra monolog til dialog*. Bergen: Fagbokforlaget.

Hays JT, Hurt RD, Rigotti NA, Niaura R, Gonzales D, Durcan MJ et al. Sustained-release bupropion for pharmacologic relapse prevention after smoking cessation. *Annals of Internal Medicine* 2001; 135: 423 - 33.

Hellevik O. (2002) *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap*. 7. utgave. Oslo: Universitetsforlaget.

Hemingway A. (2007) Determinants of coronary heart disease risk for women on a low income: literature review. *Journal of Advanced Nursing* 60(4), 359-367doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04418.x

Johannessen A, Tufte PA, Kristoffersen, L. (2004) *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. 2. utgave. Oslo: Abstrakt forlag as.

Kvale S. (2006) *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Lalonde M. (1974) *A new perspective on the health of Canadians*. Ottawa: Information Canada.

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.

Lichtenstein E, Glasgow RE, Lando HA, Ossip Klein DJ, Boles SM. *Telephone counselling for smoking cessation - rationales and metaanalytic review of evidence*. *Health Education Research* 1996; 11:243-57

Lopez AD, Collishaw NE, Phia T. A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. *Tobacco Control. An International Journal* (3): 242-7 BMJ Publishing Group, 1994.

Lov om Spesialisthelsetjeneste (1999) nr. 61, paragraf 3-8. [Internett] Tilgjengelig fra Lovdata; <http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/usr/www/lovdata/all/nl-19990702-061.html&emne=lov+om+spesialisthelsetjenesten&&> [lest 10.01.07]

Lund, KE. (1996) *Samfunnsskapte endringer i Tobakksbruk i Norge i det 20. århundre*. Oslo: Universitetet i Oslo.

Lund KE, Lund M. (2005a) Røyking og sosial ulikhet i Norge. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 5, 2005;125: 560-3 [Internett] Tilgjengelig fra:
http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=1152212 [lest 12.12.06]

Lund M, Lund KE, Rise J. (2005b) Sosiale ulikheter og røykeslutt blant voksne. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 5, 2005;125: 564-8 [Internett] Tilgjengelig fra:
http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=1154086 [lest 12.12.06]

Mæland JG. (2005 2. utgave) *Forebyggende helsearbeid i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.

NESH (2006) Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi. [Internett] Tilgjengelig fra:
<http://www.etikkom.no/retningslinjer/NESHretningslinjer/06> [lest 12.12.06]

Norges Offentlige Utredninger (1998). NOU 1998:18 *Det er bruk for alle*. Statens Forvaltningstjeneste. Oslo: Statens Trykning.

Patton MQ. (1980) *Qualitative evaluation methods*. Beverly Hills: Sage.

Platt S, Amos A, Gnich W et al. *Smoking policies*. I: Mackenbach J, Bakker M. (red.) *Reducing inequalities in health. A European perspective*. London: Routledge, 2002:125:43.

Prochaska JO., DiClemente CC, Norcross, JC. (1992) In search of how people change. Applications to addictive behaviours. *American Psychologist* 1992; 47:1102-14

Rieper O. (1993) *Gruppeinterview i praksis: brug af fokusgruppeinterview i evalueringsforskning*. København: AKF-forlaget.

Ritchie D, Schultz S, Bryce A. (2006) One size fits all? A process evaluation – the turn of the "story" in smoking cessation. *Public Health* (2007) 121:341-348

Rigotti NA, Pasternak RC. Cigarette smoking and coronary heart disease. *Cardiology Clinics* 1996; 14:51-68.

Rigotti NA, Munafo 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.CD0011837.pub2.

Sagbakken, M., Skattebo, S., Wang, H. (2005) Røykeslutt – er det sykepleierens ansvar? *Sykepleien* 9/2005 [Internett] Tilgjengelig fra: <http://www.sykepleien.no/article.php?articleID=1233> [lest 12.12.06]

Sosial- og Helsedirektoratet *Tall om tobakk 1973-2006*. Oslo: 2007. [Internett] Tilgjengelig fra: http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00017/IS-1465_17524a.pdf

Stang, I. (1998) *Makt og bemyndigelse – om å ta pasient og brukermedvirkning på alvor*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

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.

Stead LF, Perera R, Bullen C, Mant D, Lancaster T. *Nicotine replacement therapy for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 1. Art. No.: CD00146.doi: 10.1002/14651858.CD000146.pub3.

Stead LF, Perera R, Lancaster T. *Telephone counselling for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 3. Art. No.: CD002850.doi: 10.1002/14651858.CD002850.pub.2.

Stortingsmelding nr. 16 (2002-2003). *Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken*. Statens forvaltningstjeneste. Oslo: Akademika AS: Avd. for offentlige publikasjoner.

Strategiplan (2006) *Nasjonal strategi for det tobakksforebyggende arbeidet 2006 – 2010*. [Internett] Tilgjengelig fra: http://www.regjeringen.no/upload/kilde/hod/prm/2006/0051/ddd/pdfv/282233-nasjonal_strategi.pdf [lest 10.01.07]

Sørensen, B. Aa. (2006) *Å forandre for å forstå. Utkast til hefte i praktisk metodebruk*. Tønsberg: Høgskolen i Vestfold. Masterstudiet i helsefremmende arbeid.

Thagaard, T. (2003) *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.

Tonstad S, Farsang C, Klaene G, Lewis K, Manolis A, Perruchoud AP, et al. Bupropion SR for smoking cessation in smokers with cardiovascular disease: a multicentre, randomised study. *European Heart Journal* 2003;24(10):946-55.

Tonstad S. (2002) Bupropion som hjelpemiddel for røykeavvenning. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 27, 2002;122:2612-5 [Internett] Tilgjengelig fra: http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=626720 [lest 09.06.08]

Tveiten S. (2005) *Veiledning – mer enn ord ...* 2.utgave. Bergen: Fagbokforlaget.

Quist-Paulsen (2007). *The effects of smoking cessation intervention in patients with coronary heart disease: a randomised controlled trial*. Bergen: Universitetet i Bergen.

West R, McNeill A, Raw M. Smoking cessation guidelines for health professionals; an update. *Thorax* 2000; 55:987-99.

WHO (1986). *Ottawa-charteret*. Genève: World Health Organisation. [Internett] Tilgjengelig fra: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf [lest 10.01.07]

Wilkinson R. (1996) *Unhealthy societies*. London: Routledge.

Aarø LE. (1986) *Health Behaviour and socioeconomic status. A survey among the adult population in Norway*. Thesis. Bergen: Universitetet i Bergen.



Sykehuset i Vestfold HF

INFORMASJONSSKRIV TIL PASIENTER VED HJERTESEKSJONEN*Forespørsel om å delta i intervju i forbindelse med Mastergradprosjekt ved**Sykehuset i Vestfold, Hjerteseksjonen*

Jeg er Mastergradstudent i Helsefremmende arbeid ved Høgskolen i Vestfold, og holder nå på med den avsluttende hovedfagsoppgaven. Hovedfagsoppgaven vil omhandle et prosjekt jeg har fått tillatelse til å starte ved Hjerteseksjonen, og som vil foregå i samarbeid med Hjerteposten og Hjerterehabiliteringen. Av yrke er jeg utdannet sykepleier, og har vært ansatt ved sykehuset siden 1996.

Temaet for prosjektet omhandler røykeslutt, og hvordan vi som helsepersonell kan gi informasjon og veiledning om røykeslutt til pasienter med nylig diagnostisert hjertesykdom, på en etisk og faglig forsvarlig måte. I denne forbindelse er jeg opptatt av å finne ut mer om hva pasientene ville ønske av en slik veiledning, hva den skulle inneholde, og hvordan denne veiledningen eventuelt kunne foregå. Det er også viktig å få vite noe om hvordan pasientene ville oppleve å motta veiledning om røykeslutt i denne tidlige sykdomsfasen.

For å finne ut av dette, ønsker jeg å intervju pasienter som har startet ved Hjerteskolen ved sykehuset, og som nylig har gjennomgått diagnostisering og behandling av hjertesykdom. Spørsmålene vil dreie seg om dine synspunkt om hvordan veiledning om røykeslutt burde være, for at du som hjertepasient og røyker ville oppleve den meningsfull. Jeg vil også spørre deg om du fikk veiledning om røykeslutt når du var innlagt på sykehuset, og hvordan du eventuelt opplevde den.

Prosjektet har som formål å utvikle et veiledningsprogram om røykeslutt ved hjerteseksjonen. Din erfaring både som hjertepasient og røyker, er verdifull i arbeidet med å etablere ny praksis i avdelingen.

Jeg vil bruke båndopptaker og ta notater når vi snakker sammen. Intervjuet vil ta omtrent en time, og vi blir sammen enige om tidspunkt og sted for intervjuet.

Jeg vil understreke at det er frivillig å være med. Du har også full anledning til å trekke deg når som helst underveis, og du må ikke begrunne dette nærmere. Dersom du trekker deg, vil alle innsamlede data om deg bli slettet. Hvorvidt du velger å delta i prosjektet eller ikke, har ingen betydning for din videre oppfølging ved sykehuset.

Det er ingen andre enn jeg og min veileder som vil få tilgang til de personidentifiserbare opplysningene, og vi er underlagt taushetsplikt. Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt, og det vil ikke være mulig å for enkeltpersoner å kjenne seg igjen i den ferdige oppgaven. Opplysningene anonymiseres og opptakene slettes når oppgaven er ferdig.

Dersom du har lyst til å være med på intervjuet, er det fint om du skriver under på den vedlagte samtykkeerklæringen, og returnerer den til Hjerteskolens så snart som mulig.

Dersom det er noe du lurer på, kan du ta kontakt på tlf. 920 19 439, eller sende e-post til Bente.Sandvold@student.hive.no. Du kan også ta kontakt med min veileder Førsteamanuensis Annett Arntzen, Avd. for Samfunnsfag, Høgskolen i Vestfold på

tlf. 33 03 10 00, eller Forskningskoordinator Inger Marie Flakstad, som er min kontaktperson ved sykehuset tlf. 33 34 28 47.

Prosjektet er meldt til Forskningsetisk komité, REK Sør og til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste A/S.

Med vennlig hilsen

Bente Wahl Sandvold

Hjerteseksjonen

Sykehuset i Vestfold, HF



SAMTYKKEERKLÆRING: Pasientgruppen

Jeg har mottatt informasjon om prosjektet om røykeslutt ved Hjerteseksjonen, og ønsker å stille på intervju.

Sted: _____ Dato: _____ Sign.: _____

Tlf. nr.:

Høgskolen i Vestfold : Master Helsefremmende Arbeid, Bente Wahl Sandvold



FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I FORSKNINGSPROSJEKT

Jeg er Mastergradstudent i Helsefremmende arbeid ved Høgskolen i Vestfold, og holder nå på med den avsluttende hovedfagsoppgaven. Hovedfagsoppgaven vil omhandle et prosjekt jeg har fått tillatelse til å starte ved Hjerteseksjonen, og vil foregå i samarbeid med Hjerteposten og Hjerterehabiliteringen. Av yrke er jeg utdannet sykepleier, og har vært ansatt ved sykehuset siden 1996.

Temaet for prosjektet dreier seg om røykeslutt. Utgangspunktet for ønsket om å gjennomføre et prosjekt ved Hjerteposten, omhandler hvordan man kan skape nye muligheter for å formidle informasjon og veiledning om røykeslutt, på en etisk og faglig forsvarlig måte, i *samarbeid* med helsepersonellet ved avdelingen.

Bakgrunn for prosjektet:

Forskning viser at samtaler med pasienten om røykestopp, ofte anses som vanskelig sett fra helsepersonells ståsted, og unngås ofte ut fra begrunnelser om temaets følsomme karakter. Like ofte unngås temaet med begrunnelser om manglende helsepedagogisk kunnskap til å gjennomføre en slik samtale (Sagbakken et. al., 2005). Samtidig vet de fleste av oss at røyking er skadelig, og at røyking bidrar til utviklingen av en rekke alvorlige sykdommer, deriblant hjertesykdom. Årlig dør 3000 nordmenn av en hjerte- karsykdom som er utviklet grunnet røyking. 1 til 9 sigaretter daglig er nok til å doble risikoen for hjerteinfarkt (Strategiplan, 2006-2010).

På nasjonalt helsepolitisk plan er det satset ressurser i form av helsekampanjer, og i de senere årene også i form av endringer gjennom lovverket (Røykeloven, 2004). Å foreta

intervensjoner rettet mot røykestopp, var tidligere ikke regnet som en oppgave for spesialisthelsetjenesten. Dette har ikke vært et krav, og dermed heller ingen plikt for sykehusene. Innføringen av *Lov om Spesialisthelsetjenesten* (2001) skisserer derimot, at *opplæring og informasjon* er en av sykehusenes fire viktigste oppgaver.

Samtidig er det nasjonale føringer for at tobakksforebygging og røykeslutt også skal være et satsingsområde i spesialisthelsetjenesten (Strategiplanen, 2006 – 2010). Pasientens behov for informasjon om hjelp til røykestopp er derfor viktig, sett ut fra både etiske, helsejuridiske og helsefaglige synspunkt.

Parallelt med dette, har kravene til helsepersonell blitt mer omfattende både i kompleksitet og omfang, med den konsekvens at rammevilkårene for å gi veiledning og informasjon er mer begrenset. Som sykepleier ved SiV har jeg selv erfart dette, og vet hvilke utfordringer og dilemmaer vi ofte blir stilt overfor, samtidig som stort belegg og turnover gjør at man må fordele sin arbeidskapasitet på mange.

Studier har vist at selv kortvarig rådgivning om røykeslutt, er en av de mest kostnadseffektive metodene for å redusere røykeandelen blant befolkningen. I denne forbindelse er jeg opptatt av å finne ut mer om hva du som helsepersonell mener en slik veiledning eller kortvarig rådgivning skulle innebære. Dine synspunkt om veiledningens innhold og omfang blir viktig i denne sammenhengen, og hvordan den eventuelt kunne foregått.

Hva er Helsefremmende arbeid?

Svært kort fortalt innebærer Helsefremmende arbeid en vektlegging av innflytelse og medbestemmelse i beslutningsprosesser. De fleste av oss har hørt begrepet *empowerment*, som ofte oversettes med myndiggjøring. Empowerment er hovedprinsippet i helsefremmende arbeid, og innebærer å stimulere til at enkeltmennesker og grupper skal få større innflytelse og kontroll over forhold som påvirker eget liv og helse.

Prosjektprosessen:

Jeg ønsker å gjennomføre prosjektet med utgangspunkt i et helsefremmende perspektiv. Prosjektet har som grunntanke å skape nye mulighetsbetingelser for veiledning og informasjon. Dette betinger derfor medvirkning og medbestemmelse fra de aktørene som eventuelt deltar i prosjektet. Jeg vil i denne sammenhengen både intervju pasienter som har

gjennomgått hjertesykdom, og som skal starte opp ved Hjerteskolen, og foreta gruppeintervjuer med helsepersonellet ved avdelingen om temaet.

Din erfaringskunnskap og fagkompetanse som helsearbeider ved hjerteposten er verdifull og utgjør derfor en svært viktig ressurs for prosjektet.

Medvirkning og medbestemmelse i prosessene er av grunnleggende betydning. Prosjektet vil derfor ta form av en prosess, hvor innspill fra helsepersonellet som deltar, *diskuteres* og *vektlegges* underveis i de ulike prosjektfasene. Det er ikke til hensikt at prosjektet skal komme med ferdige løsninger på eventuelle problemområder som avdelingen så i neste omgang må sette ut i livet. Hensikten er at vi gjennom prosjektprosessen samarbeider for å frembringe felles løsninger på felles utfordringer, som i neste omgang eventuelt implementeres i avdelingen.

For å starte prosjektprosessen, vil jeg begynne med å foreta gruppeintervjuer med helsepersonellet ved avdelingen. Gruppene vil bestå av 3-5 personer pr intervju. Intervjuene vil foregå på utvalgte datoer, i overlappingsperioden mellom dagvakt og aftenvakt fra ca kl.15 - 17. Jeg vil bruke båndopptaker og ta notater når vi snakker sammen. Intervjuet vil ta ca 2 timer. Gruppeintervjuet er en metode som krever lojalitet og hensyn innad i gruppen, og alle som deltar må derfor underskrive på en taushetserklæring.

Spørsmålene vil dreie seg om dine synspunkt om hvordan en veiledning om røykeslutt kan foregå, hva du eventuelt mener er viktig å både ta hensyn til, - og bringe inn - i en slik samtale med pasienten. Jeg vil også spørre deg om dine erfaringer med å gi en slik veiledning, og hva du eventuelt syntes du mestret eller opplevde vanskelig i disse situasjonene.

Jeg vil understreke at det er frivillig å være med. Du har også full anledning til å trekke deg når som helst underveis, og du må ikke begrunne dette nærmere. Dersom du trekker deg, vil alle innsamlede data om deg bli slettet.

Foruten selve gruppeintervjuet, er det ingen andre enn jeg og min veileder som vil få tilgang til de personidentifiserbare opplysningene, og vi er underlagt taushetsplikt.

Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt, og det vil ikke være mulig å for enkeltpersoner å kjenne seg igjen i den ferdige oppgaven. Opplysningene anonymiseres og opptakene slettes når oppgaven er ferdig.

Dersom du har lyst til å være med på intervjuet, er det fint om du skriver under på den vedlagte samtykkeerklæringen, og returnerer den i vedlagte konvolutt til min posthulle på hjerteposten så snart som mulig.

Dersom det er noe du lurer på, kan du ta kontakt på tlf. 920 19 439, eller sende e-post til Bente.Sandvold@student.hive.no. Du kan også ta kontakt med min hovedveileder

Hans A. Hauge, avd. for samfunnsfag, Høgskolen i Vestfold på tlf. 33 03 10 00, eller Inger Marie Flakstad som er min kontaktperson ved sykehuset tlf. 33 34 28 47.

Prosjektet er meldt til Forskningsetisk komité, REK Sør og til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste A/S.

Med vennlig hilsen

Bente Wahl Sandvold

Hjerteseksjonen

Sykehuset i Vestfold, HF

VEDLEGG:

Samtykkeerklæring



SAMTYKKEERKLÆRING: Helsepersonell

Jeg har mottatt informasjon om prosjektet om røykeslutt ved Hjerteseksjonen, og ønsker å stille på gruppeintervju.

Sted: _____ Dato: _____ Sign.: _____

Tlf. nr.

Høgskolen i Vestfold : Master Helsefremmende Arbeid, Bente Wahl Sandvold



Sykehuset i Vestfold HF

Intervju-guide Pasientgruppen

Innledning:

a) - Presentasjon av meg selv:

navn, alder, yrke bosted

- Kort presentasjon av studiet helsefremmende arbeid

b) Informere om kort prosjektet og hva jeg kommer til å spørre om under intervjuet:

- formål med prosjektet: både utvikle mastergradsoppgave og et veiledningsprogram

- spørsmålene vil dreie seg om dine synspunkt om hvordan samtaler om røykeslutt

 - burde være, for at du som hjertepasient og røyker ville oppleve den meningsfull

- spørsmål om du fikk tilbud om veiledning om røykeslutt når du var innlagt på

 - sykehuset, og hvordan du eventuelt opplevde den

c) Konsekvenser av intervjuet, hvordan dataene vil bli benyttet i videre

utviklingsarbeid med veiledningsprogrammet og hvordan tilbakemeldingene om

resultatene vil foregå

- Informere om at jeg vil vektlegge å gjenta svarene underveis i samtalen, slik at eventuelle misforståelser kan unngås eller avklares

d) Garantere anonymiteten gjennom hele forskningsprosessen, og presisere at informanten kan trekke seg når som helst både i intervjusituasjonen og senere i prosjektprosessen

Første fase:

Hensikten med dette intervjuet, er å få frem dine synspunkt om områder rundt det at helsepersonell inviterer til en veiledning/samtale om røykeslutt. Dette er svært viktig informasjon i arbeidet med å utvikle et godt samtaletilbud om røykeslutt på sykehuset, fordi vi egentlig vet svært lite om hvordan pasientene våre oppfatter det å både samtale om- og få informasjon og veiledning om dette temaet.

a)

Jeg vil først starte med å stille noen spørsmål om røyking. Jeg kunne ha lyst til å høre noe om hvordan du begynte å røyke?

Hvor lenge du har røkt? Er det flere hjemme hos deg som røyker?

Har du tidligere/ sist du lå på sykehuset opplevet noe som fikk deg til å tenke på å slutte å røyke?

Eventuelt utdypende spørsmål: når du forteller meg dette, tror du at du kan klargjøre litt nærmere hva dette innebar for deg?

Andre fase:

Når du har vært innlagt, var det noen som snakket om det å slutte å røyke med deg?

Hvis JA:

På hvilken måte ble dette brakt på banen?

(Evt. svarrepons: Legevisitt? Tilfeldig underveis i en samtale med helsepersonell på avdelingen? I form av utdelt brosjyremateriell?)

I denne situasjonen som du forteller meg om, kan du huske hvordan du opplevde det at noen tok opp dette temaet med deg?

(Evt. svarrepons: Motiverende? Utløste dårlig samvittighet og skyldfølelse?

Unødig innblanding fra personalet i privatlivet?)

Hvordan opplevde du det å snakke om røykeslutt mens du var syk?

Kan du fortelle meg litt mer om hva denne opplevelsen innebar for deg når du ble utskrevet?

Gjorde du deg noen tanker om det å slutte å røyke?

Har du noen synspunkt om den veiledningssituasjonen du forteller om, kunne vært gjort annerledes?

På hvilken måte tenker du at helsepersonellet kan samtale om røykeslutt?

Hva skal til for at du blir motivert til/interessert i å slutte å røyke?

Når du har vært innlagt, var det noen som snakket om det å slutte å røyke med deg?

Hvis NEI:

Hva tenker du om det at ingen har snakket med deg om røykeslutt mens du har vært innlagt?

(Eventuelt utdypende spørsmål:) når du forteller meg dette, tror du at du kan klargjøre dette litt nærmere?

Hvilken betydning tror du en slik veiledning kunne hatt for deg?

Tredje fase:

Når vi nå skal gå i gang med å utvikle og etablere nye rutiner om røykesluttsamtaler på hjerteposten, hadde det vært fint å få vite mer om dine synspunkt om både ut fra din erfaring som hjertepasient og røyker i forhold til dette temaet. Jeg vil starte med å spørre deg om dine tanker om hva som du tror ville oppleves positivt for deg som pasient når man skal ha en samtale om røykeslutt?

Hva tror du kan virke negativt for deg som pasient i en røykesluttsamtale?

(Eventuelt utdypende spørsmål:) når du forteller meg dette, tror du at du kan klargjøre dette litt nærmere?

Hva ville du at en røykesluttsamtale mest skulle vektlegge?

Hva mener du er minst viktig i denne sammenhengen?

Hva tror du er den viktigste grunnen til at folk slutter å røyke?

Er det noen andre synspunkt du mener er viktig, som jeg ikke har stilt deg spørsmål om?



Intervju-guide Helsepersonellet

Første fase:

Ønske velkommen til intervjuet og fortelle litt om gangen i intervjusituasjonen.

Presentere meg selv, og gi en kort innføring i hva som generelt er temaet for gruppediskusjonen. Fremheve for gruppen at det er deltakernes erfaringskunnskap som er intensjonen med gruppeintervjuet.

Presentere enkle spilleregler for gruppen:

Deltakerne er likestilt og det er av avgjørende betydning at gruppen forplikter seg å være lojale mot taushetserklæringen, slik at gruppemedlemmene føler trygghet og man får fram alle synspunkter om temaet underveis i intervjuprosessen.

Jeg kan som moderator av gruppen avbryte diskusjonen dersom den avsporer fra agendaen for intervjuet.

Deltakerne presenterer deretter seg selv, og blir bedt om kortfattet å si litt om sin holdning til temaet som skal diskuteres og forventninger til intervjusituasjonen.

Andre fase:

*Kartlegging av holdninger, erfaringer og synspunkter blant deltakerne-
emneområder til diskusjon:*

Hvilke tanker har du om veiledning om røykeslutt til inneliggende pasienter?

(Her vil det settes av noen minutter for at hver og en av deltakerne får anledning til å reflektere og eventuelt notere for seg selv om spørsmålet)

Hvilke erfaringer har du gjort deg om det å veilede pasienter om røykeslutt?

Har du gjort deg noen tanker om hvilke utfordringer du møtte i disse situasjonene?

Har du noen synspunkt om de veiledningssituasjonene du forteller om, kunne vært gjort annerledes?

Føler du deg kompetent til å gjennomføre slike samtaler?

Har du gjort deg noen etiske refleksjoner om det å gi veiledning om røykeslutt til dine pasienter?

Hva mener du en første veiledningssamtale om røykeslutt bør inneholde?

Hva mener du en veiledning om røykeslutt mest skulle vektlegge?

Hva mener du er minst viktig i denne sammenhengen?

Har du noen tanker om hva som skaper tillit i en veiledningssituasjon om røykeslutt?

Hva tror du kan skade tillitsforholdet i en veiledningssituasjon om røykeslutt?

Hva tror du er den viktigste grunnen til at folk slutter å røyke?

Tredje fase:

Dette vil være avslutningsfasen av gruppeintervjuet. Jeg vil her gi en oppsummering av informasjonen som er fremkommet, og jeg vil også åpne for at deltakerne får anledning til å utdype forhold som diskusjonen eventuelt ikke belyste i andre fase.

Samtlige deltakere får gi en avsluttende kommentar, i tilfelle den enkelte deltaker sitter inne med synspunkt som ikke er kommet frem.

Jeg vil til slutt fortelle litt om når deltakerne kan forvente seg at resultatene av undersøkelsene kan være klare, og veien videre i prosjektprosessen.



Sykehuset i Vestfold HF

Spørsmål som grunnlag for diskusjon:

Hvilke tanker har du om veiledning om røykeslutt til inneliggende pasienter?

Her kan du bruke noen minutter for deg selv og notere på dette arket hvilken betydning du legger i dette temaet.

Hva påvirker din rolle som helsepersonell i en veiledningssituasjon?

