
Snakker helsepersonell med småbarnsforeldre om passiv røyking?

KLINIKK OG FORSKNING

KARL ERIK LUND

Avdeling for samfunnsmedisin
Statens institutt for folkehelse
Postboks 4404 Torshov
0403 Oslo

MARIANNE ANDERSEN

Seksjon for forebyggende informasjon
Den Norske Kreftforening
Postboks 5327 Majorstua
0304 Oslo

PER BAKKE

Lungeavdelingen
Haukeland Sykehus
5021 Bergen

FRODE GALLEFOSS

Lungeseksjonen
Vest-Agder Sentralsykehus
4604 Kristiansand

ASGEIR R. HELGASON

Center for Tobacco Prevention
Box 175 33
S-118 91 Stockholm

Nærmere sju av ti småbarnsforeldre som røyker sier de aldri har mottatt informasjon om passiv røyking fra helsepersonell i forbindelse med helsekontroll av barnet. Vi undersøkte hva leger, helsesøstre og jordmødre selv rapporterte om sin praksis på dette området.

Et representativt utvalg av 1 050 leger i allmennpraksis, overjordmødre på landets 77 barselavdelinger, 492 ledende helsesøstre og personell ved 1 024 helsestasjoner ble sendt et spørreskjema om sin praksis vedrørende passiv røyking og barn. Svarrespons varierte fra 71 %

(allmennlegene) til 82 % (overjordmødrene).

70 % av personellet på helsestasjoner sier de sjeldnere enn ”alltid” tar opp om barnet utsettes for passiv røyking. 60 % av avdelingsledere ved barselavdelingene oppgir at de ansatte sjeldnere enn ”i stor grad” avsetter tid for å snakke med foreldre om passiv røyking. Når legene undersøker små barn, men ikke vet om noen i husstanden røyker, sier 40 % av allmennlegene og 50 % av barnelegene at de ”aldri” tar opp problemet med passiv røyking. De resterende tar opp passiv røyking ved i gjennomsnitt 46 % og 63 % av konsultasjonene. I tilfeller hvor barnet har symptomer som kan knyttes til passiv røyking, tar 88 % av allmennlegene og 100 % av barnelegene opp foreldrenes tobakksvaner.

Helsepersonell utnytter kun i begrenset grad sin mulighet til å motivere foreldre til å endre røykevaner som kan forebygge tobakksskader blant barn. Det er først når barnet viser symptomer på eksponering for tobakksrøyk at helsepersonell tar passiv røyking opp rutinemessig.

Minst 230 000 norske barn under tenåringsalder er regelmessig eksponert for tobakksrøyk i sine hjem (1). Barn som utsettes for passiv røyking har økt risiko for luftveisinfeksjoner, bronkitt, lungebetennelse, væskende betennelse i mellomøret, nedsatt lungefunksjon, redusert immunforsvar, allergi, astma og død i første leveår (2 – 4). En rapport fra Verdens helseorganisasjon viser dessuten at hyperaktivitet, konsentrasjonsvansker og nedsatte kognitive ferdigheter forekommer oftere blant barn som har foreldre som røyker (4). Her er imidlertid årsakssammenhengen mer komplisert og har bl.a. sammenheng med foreldrenes sosioøkonomiske status. Verdens helseorganisasjon etterlyser nå konkrete tiltak for å beskytte barn mot passiv røyking (4) og viser til FNs konvensjon for barns rettigheter om beskyttelse av barns helse (5).

Røykeloven, som ble innført i Norge i 1988, regulerer luften på menneskelige fellesarenaer i det offentlige rom. Loven gjelder ikke i private hjem hvor små barn er mest utsatt for tobakksrøyk (1). Helsemyndigheter og frivillige organisasjoner har derfor brukt informasjon for å stimulere til et røykfritt innemiljø for småbarn. Budskapet er hovedsakelig kommunisert i masseutsendelser av materiell til småbarnsforeldre via barselavdelinger, helsestasjoner og barnehager (6) og i samtaler helsepersonell har med foreldre i barselavdelingen og på helsestasjonen (7).

Evalueringer har vist at helsebudskap kommunisert via massemediene har størst virkning blant personer med høy utdanning (8, 9). Både andel eksponerte barn og eksponeringsmengden av tobakksrøyk er imidlertid større i husholdninger hvor mors og fars gjennomsnittlige utdanning er kort (1, 10). Denne gruppen har større utbytte av personlig formidlet helseinformasjon (11) – for eksempel av helsepersonell i en klinisk situasjon. Imidlertid oppgir 65 % av småbarnsforeldre som røyker at de aldri har mottatt informasjon om passiv røyking i forbindelse med legesjekk eller helsekontroller av barnet (12). På denne bakgrunn ønsket Den Norske Kreftforening og Nordisk Cancer Union å kartlegge hvilke rutiner helsepersonell har for å samtale med småbarnsforeldre om passiv røyking, herunder mulige årsaker helsepersonell har for eventuelt å unnlate å ta opp dette temaet (13).

Materiale og metode

Data ble innhentet ved hjelp av spørreskjemaer fra seks grupper av helsepersonell – leger i allmennpraksis, barneleger ansatt i sykehus, leger med tjeneste på helsestasjon, helsesøstre med utøvende praksis på helsestasjon og/eller i skolen, ledende helsesøstre med administrativt ansvar på helsestasjon og overjordmødre ved barselavdelinger.

Leger i allmennpraksis og barneleger ved sykehus

Et utvalg på 1 050 allmennleger og 1 000 leger med ansettelse i sykehus ble trukket tilfeldig fra medlemslisten i Den norske lægeforening. Turnusleger, personer over 70 år og personer bosatt utenfor Norge ble ekskludert. Legene ble sendt et spørreskjema om hva de gjorde i egen praksis for å forebygge røyking og tobakksskader blant pasientene, hvorav fem spørsmål var om passiv røyking og barn. Legene ble spurt om de samtalte med småbarnsforeldre om helserisikoen ved passiv røyking i tre ulike situasjoner. Disse var i tilfeller hvor de ikke vet om noen røyker i husstanden, i tilfeller der de vet at noen røyker i husstanden og i tilfeller der barnet har symptomer som kan knyttes til passiv røyking. De som svarte bekreftende på at de hadde slike samtaler, ble bedt om å angi i omtrent hvor mange prosent av sine konsultasjoner med småbarnsforeldre de tok opp temaet.

Utvalget av sykehusleger som responderte inneholdt 38 svar fra barneleger. Dette utgjør ca. 15 % av alle barnelegene. Svar fra andre sykehusleger ble ikke ansett som interessante for denne problemstillingen.

Under analysen av allmennlegene ble grensene for aldersgruppe trukket slik at materialet ble delt i tre omtrent like store segmenter. Allmennleger som arbeidet 80 % eller mer av sin tid i offentlig primærhelsetjeneste, fikk verdien "offentlig" på variabelen arbeidssted. Tilsvarende fremgangsmåte ble valgt for leger med 80 % eller mer av sin arbeidstid i privat praksis.

Personell på helsestasjon

Alle landets 1 024 helsestasjoner ble tilsendt to eksemplarer av et spørreskjema, og representanter for utøvende helsepersonell ble bedt om å svare. Dette var helsesøstre med tjeneste på stasjonen, helsesøstre i skolen, ledende helsesøstre og leger med tilknytning til stasjonen. Et eget spørreskjema ble sendt til alle 492 sjefhelsesøstre og ledende helsesøstre med administrativt ansvar. Personellet ble spurt om temaet barn og passiv røyking rutinemessig ble tatt opp (ja/nei/vet ikke), hvor ofte de snakket med foreldrene om deres røykevaner, hvor ofte de spurte foreldrene om barnet ble eksponert for tobakksrøyk og hvor ofte de snakket om endring av foreldrenes røykevaner av hensyn til barnet (alltid/ofte/noen ganger/sjelden/aldri). De ble også bedt om å prioritere med tall viktigheten av fem temaer de er pålagt å ta opp, deriblant passiv røyking, i samtalen de har med foreldre mens de undersøker barnet ved henholdsvis ettårs- og fireårskontrollen, og ved skolestart. Tallet 5 ble satt på det temaet som hadde høyest prioritet. Temaer som fremstod som mindre viktige, skulle så graderes trinnvis ned til tallet 1, som symboliserte temaet av lavest prioritet. På bakgrunn av disse poengene ble det regnet ut gjennomsnittlig skåre.

Overjordmødre ved barselavdelingene

Det ble sendt ett skjema til overjordmor ved alle landets 77 barselavdelinger. Overjordmor ble bedt om å svare på i hvor stor grad det forekommer at ansatte ved hennes avdeling avsetter tid til å snakke med foreldre om barn passiv røyking (i stor grad/i noe grad/i liten grad/ikke i det hele tatt).

Undersøkelsene av personellet på helsestasjonene og barselavdelingene var del av en evaluering av Den Norske Kreftforenings prosjekt Sjiraffen Georg – om røykfritt småbarnsmiljø (6). Undersøkelsen av leger i allmennpraksis ble utført i alle nordiske land i regi av Nordisk Cancer Union – en sammenslutning av de fem nordiske kreftforeninger – i samarbeid med de respektive lands legeforeninger. Undersøkelsen av sykehusleger var et samarbeid mellom Haukeland Sykehus og Vest-Agder Sentralsykehus, Den Norske Kreftforening og Den norske lægeforening.

I sammenlikning av grupper benyttes prosenter med 95 % konfidensintervall (KI) og gjennomsnittsverdier med standardavvik (SD). Alle analyser er foretatt i SPSS versjon 8.

Resultater

Etter en purring hadde 71 % av allmennlegene og 75 % sykehuslegene returnert utfylte skjemaer. Skjemaer fra utøvende helsepersonell ble returnert fra 51 % av helsestasjonene, mens responsraten for administrativt personell ved helsestasjonene var 75 %. Fra barselavdelingene fylte 82 % av overjordmødrene ut spørreskjemaet (tab 1).

Tabell

Arena	Profesjon	Utvalg	Respons	
			Antall	(%)
Allmennpraksis	Leger	1 050	746	71
Sykehus	• Barneleger	• –	• 38	• –
	• Overjordmor	• 77	• 63	• 82
Helsestasjon		1 024 stasjoner		51
	Helsesøster ved stasjonen	–	508	–
	Helsesøster i skolen	–	129	–
	Ledende helsesøster	–	145	–
	Lege	–	173	–
	Andre	–	40	–
Administrasjon helsestasjon	Sjefhelsesøster/ledende helsesøster	492	370	75

Når ikke legen vet om det røykes i barnets hjem, er det 40 % av allmennlegene og 50 % av barnelegene som sier at de ”aldri” snakker med foreldrene om den helsemessige risikoen passiv røyking innebærer for barnet. Blant allmennlegene er det flere kvinner (48 %) enn menn (37 %) som unnlater å ta opp emnet. Fraværet av engasjement er også signifikant høyere blant leger som selv røyker (54 %) enn blant leger som har sluttet å røyke (32 %). Det er for øvrig ingen signifikante forskjeller mellom kategoriene (tab 2).

Tabell

	I tilfeller der legen ikke vet om noen i husstanden røyker		I tilfeller der legen vet at noen i husstanden røyker		I tilfeller der barnet har symptomer som kan knyttes til passiv røyking		
	(%)	KI	(%)	KI	(%)	KI	Antall
Alle allmennleger	40	(36 – 44)	8	(6 – 10)	1	(0 – 2)	731
Kjønn							
Kvinner	48	(41 – 55)	7	(4 – 11)	2	(0 – 4)	204
Menn	37	(33 – 41)	8	(6 – 10)	1	(0 – 2)	522
Alder (år)							
< 42 år	43	(37 – 49)	7	(4 – 10)	2	(0 – 4)	234

	I tilfeller der legen ikke vet om noen i husstanden røyker		I tilfeller der legen vet at noen i husstanden røyker		I tilfeller der barnet har symptomer som kan knyttes til passiv røyking		
	(%)	KI	(%)	KI	(%)	KI	Antall
42 – 49	39	(33 – 45)	8	(5 – 11)	0	(0 – 1)	271
50 år +	38	(32 – 44)	7	(4 – 10)	2	(0 – 4)	217
Arbeidsplass							
Offentlig	42	(34 – 50)	8	(3 – 13)	2	(0 – 4)	141
Privat	40	(37 – 47)	9	(6 – 12)	1	(0 – 2)	418
Røykevaner							
Røyker daglig	54	(41 – 67)	22	(11 – 33)	2	(0 – 6)	59
Røyker av og til	40	(29 – 51)	7	(1 – 13)	0	(0 – 2)	70
Forhenværende røyker	32	(25 – 40)	6	(2 – 10)	1	(0 – 3)	148
Røyker aldri	41	(37 – 46)	6	(4 – 8)	0	(0 – 1)	451
Barneleger ved sykehus	50	(34 – 66)	10	(0 – 20)	0	(0 – 2)	38

De resterende 60 % av allmennlegene – som altså sier de tar opp passiv røyking – gjør dette ved i gjennomsnitt 46 % av sine konsultasjoner med småbarnsforeldre (tab 3). Den halvpart av barnelegene som tar opp temaet, samtaler om passiv røyking med i gjennomsnitt 63 % av klientene. Legenes røykevaner har liten betydning for det gjennomsnittlige antall konsultasjoner emnet tas opp i (tab 3).

Tabell

	I tilfeller der legen ikke vet om noen i husstanden røyker			I tilfeller der legen vet at noen i husstanden røyker			I tilfeller der barnet har symptomer som kan knyttes til passiv røyking		
	%	SD	Antall	%	SD	Antall	%	SD	Antall
Alle allmennleger	46	32	424	63	32	665	88	20	718
Kjønn									
Kvinner	47	30	102	64	32	186	88	21	200
Menn	46	33	322	62	31	479	87	19	518
Alder (år)									
< 42 år	44	32	129	64	32	214	86	22	229
42 – 49	45	33	160	61	31	247	87	19	271
50 år +	48	31	132	63	31	199	91	18	214
Arbeidsplass									
Offentlig	45	32	78	65	32	125	88	20	138
Privat	47	31	236	63	32	379	89	20	415
Røykevaner									

	I tilfeller der legen ikke vet om noen i husstanden røyker			I tilfeller der legen vet at noen i husstanden røyker			I tilfeller der barnet har symptomer som kan knyttes til passiv røyking		
	%	SD	Antall	%	SD	Antall	%	SD	Antall
Røyker daglig	49	33	27	62	33	47	85	25	59
Røyker av og til	46	36	41	65	34	64	93	15	69
Forhenværende røyker	48	31	99	69	28	138	89	21	146
Røyker aldri	45	32	259	63	32	419	87	20	451
Barneleger ved sykehus	63	35	26	76	31	29	94	20	33

Når legen vet at klienten røyker selv eller bor sammen med røykere, er det 8 % av allmennlegene og 10 % av barnelegene som "aldri" tar opp farene ved passiv røyking (tab 2). Blant dagligrøykere er andelen 22 % og signifikant høyere enn blant forhenværende røykere (6 %) og blant leger som aldri har røykt (6 %). Leger som sier de tar opp problemet i denne situasjonen, gjør dette ved i gjennomsnitt 63 % av konsultasjonene i allmennpraksis og i 76 % av de pediatrike konsultasjonene (tab 3).

I de tilfeller der barnet viser symptomer på astma, mellomørebetennelse eller andre sykdommer som er funnet å ha sammenheng med passiv røyking, blir foreldrene rådet til å unngå å utsette barnet for tobakksrøyk ved i gjennomsnitt 88 % av konsultasjonene i allmennpraksis og i 94 % av konsultasjonene hos barneleger ved sykehus (tab 3). Henholdsvis 1 % og 0 % sier de "aldri" tar opp temaet i slike tilfeller (tab 2).

35 % av det utøvende personellet på helsestasjoner sier at temaet barn og passiv røyking tas opp med foreldrene sjeldnere enn "rutinemessig" (N = 933). Dette hevdes av 30 % av helsesøstre (N = 763), og av 56 % av legene ved helsestasjonen (N = 170) (ikke i tabellen).

78 % av bemanningen på helsestasjonen sier de sjeldnere enn "alltid" snakker med foreldrene om deres røykevaner, 70 % sier de sjeldnere enn "alltid" tar opp om barnet blir utsatt for passiv røyking og 76 % diskuterer sjeldnere enn "alltid" mulighetene av å endre røykevaner hos foreldrene av hensyn til barnet (tab 4). På helsestasjonen bruker leger noe oftere enn helsesøstre tid på å motivere foreldre til å endre røykevaner, ellers er det små forskjeller mellom yrkesgruppene. 60 % av overjordmødrene på barselavdelingene (N = 63) oppgir at de ansatte sjeldnere enn "i stor grad" avsetter tid for å snakke med foreldre om passiv røyking (ikke i tabellen).

Tabell

	Alltid	Ofte	Noen ganger	Sjelden/aldri	Antall
Om foreldrenes egne røykevaner					
Alt personell	22	27	41	11	896
Ledende helsesøster	20	34	41	5	134
Helsesøster på stasjonen	22	22	44	12	475
Helsesøster i skolen	19	27	41	14	119
Lege på stasjonen	22	34	30	14	168
Om barnet blir utsatt for tobakksrøyk i husstanden					
Alt personell	30	31	35	4	920

viser også liknende resultater (7). Dessuten viste en landsomfattende undersøkelse i 1994 at man ved bare 34 % av barselavdelingene rutinemessig informerte foreldre om effekter av passiv røyking for barns helse (14).

Resultatene fra vår undersøkelse er likevel noe bedre enn rapporteringen fra foreldre til tre år gamle barn, hvor sju av ti røykere hevder at de ikke ha mottatt informasjon om passiv røyking fra helsepersonell ved legesjekk eller helsekontroll av barnet (12). Resultatene tyder dessuten på at en minoritet ser ut til å snakke ofte og grundig med foreldrene om å beskytte barna mot passiv røyking.

Mangelen på engasjement er uheldig, fordi passiv røyking kan ha negative helseeffekter for barnet (2 – 4), og ikke er i tråd med råd fra helsemyndighetene som har bedt jordmødre og personell på helsestasjonen kartlegge røyking blant gravide og småbarnsforeldre, ta opp passiv røyking, motivere og gi kurstilbud for avvenning (15, 16). Det er uheldig også fordi mange barn er eksponert (1), fordi det er foreldrene selv (17) – særlig mødrene (18) – som utgjør hovedkilden, og fordi dette oftest dreier seg om foreldre som det har vist seg vanskelig å nå frem til på annen måte enn ved personlig veiledning (8, 9). Råd om røyking gitt av helsepersonell tillegges dessuten stor vekt (19), og er forventet av et flertall av røykende foreldre (20).

Effekter av intervensjon

Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik (21) i Sverige og National Cancer Institute (22) i USA, har gått i gjennom publiserte undersøkelser og konkluderer med at både allmennleger, barneleger, tannleger, helsesøstre, jordmødre og sykepleiere kan bidra til å endre røykevaner hos pasienter i en klinisk situasjon. Også norske undersøkelser har vist effekter av individrettet forebygging av røyking blant gravide i allmennpraksis (23), men resultatene er noe blandet (24). Det er langt færre undersøkelser som kan belyse i hvor stor grad helsepersonell tar opp problemer knyttet til passiv røyking og barn, og om intervensjoner innrettet på å endre foreldrenes røykevaner av hensyn til barna, har effekt. Enkeltstående intervensjoner har hatt effekt blant vordende mødre (23 – 25), men virkningen har ofte vært kortvarig (26, 27) og effekten ikke større enn den som har vært observert blant kvinner som ikke har vært gravide (28). Blant småbarnsforeldre har intervensjoner fra helsepersonell ført til redusert eksponering av barn for tobakksrøyk (25, 29 – 31), flytting av røyking fra innearenaer til utearenaer (32) og endrede holdninger (25, 27). Det finnes imidlertid også eksempler på at intervensjoner ikke har hatt effekt (33), selv blant småbarnsforeldre med astmatiske barn (34, 35). Intervensjoner for å redusere eksponeringen av barn for tobakksrøyk har hatt liten effekt på foreldrenes tilbøyelighet til å slutte å røyke (36 – 38).

Type intervensjoner

De ovennevnte resultatene kommer alle fra såkalte minimale interaksjonsintervensjoner. Disse består av registrering av røykevaner og kortvarig informasjon, men inkluderer ikke veiledning i omlegging av røykevaner og oppfølging i nye konsultasjoner. Det er imidlertid vist at grad av involvering fra helsepersonell har betydning for effekten av intervensjonen (39). Like viktig som å øke omfanget av helsepersonell som rutinemessig tar opp temaet i konsultasjoner med småbarnsforeldre, er det derfor å finne frem til hvilke elementer en effektiv og intensiv intervensjon skal bestå av. National Cancer Institute i USA har på et empirisk grunnlag utarbeidet en prosedyre i fire trinn for å optimalisere effekter av en klinisk intervensjon (22). Denne går ut på å: kartlegge pasientens røykehistorie, motivere vedkommende til å endre røykevaner, dele ut materiell til selvhjelp, finne en dato for røykeslutt, tilby nikotinerstatning, identifisere situasjoner med høy risiko for tilbakefall og utvikle strategier for problemløsning når disse oppstår, samt tilby oppfølging ved telefonkontakt eller gjenbesøk.

Å etablere denne prosedyren på helsestasjonen eller i egen praksis krever mye. En undersøkelse blant allmennleger i USA viste at 67 % rutinemessig kartla røykevaner, og at 74 % vanligvis brukte tid på å motivere røykere til å slutte. Bare 35 % forhandlet frem en dato

for røykeslutt og 8 % tilbød oppfølging i nye konsultasjoner, til tross for at det er denne innsatsen som produserer best resultater (39).

Kanskje kan helsepersonell stimuleres til økt engasjement gjennom bedre grunnutdanning? Utdanningsmoduler av denne type er allerede utviklet internasjonalt (40), og avdeling for sykepleierutdanning ved Høgskolen i Oslo er i ferd med å etablere et pilotprosjekt ved Ullevål sykehus (høgskolelektor G. von Krogh, Høgskolen i Oslo, desember 1999, personlig meddelelse). Her vil noen kull sykepleierstudenter motta undervisning som kan sette dem i stand til å motivere og veilede røykere i å slutte. Helsepersonell bør imidlertid også få tilbud om meritterende etterutdanningskurs. For tiden arbeides det med planer for slike kurs ved Folkehelse med finansiering fra Statens tobakksskaderåd og i samarbeid med Den norske lægeforening. Bare 24 % av helsesøstrene (N = 637) og 10 % av legene ved helsestasjonen (N = 173) oppgir at de har fått slik undervisning.

Svarrespons og skjevhet

Den lave svarresponsen fra utøvende personell ved helsestasjonene må forstås på bakgrunn av at mange av de ledende helsesøstrene har unnlatt å fylle ut skjemaet for utøvende personell, til tross for at de fleste selv utfører klinisk arbeid. Skjema til ledende helsesøster hadde flere av de samme spørsmålene som ble stilt til utøvende personell, og utfylling av et nesten likt skjema ble kanskje derfor sett på som overflødig. 90 helsestasjoner hadde kun sendt inn skjema fra ledende helsesøster, skjemaet fra utøvende personell ble ikke returnert. Dette gjaldt særlig helsestasjoner i små kommuner, der ledende helsesøster ofte driver virksomheten alene. Uansett vil det by på store problemer å beregne eksakt svarrespons for utøvende helsepersonell, da det ikke finnes opplysninger om antall ansatte i noe sentralt register. Svarrespons fra barneleger kan heller ikke beregnes, da vi ikke vet hvor mange i denne kategorien som i utgangspunktet fikk spørreskjemaet.

En mulig skjevhet i vårt materiale kan være at de som informerer om tobakksskader, er mer tilbøyelige til å besvare spørreskjemaene enn helsepersonell som unnlater å bruke tid på slike samtaler. I så fall må de reelle forhold forventes å være mer alvorlige enn det vår undersøkelse fanger opp. Det er en indikasjon på høy treffsikkerhet at svarene etter purring ikke avviker vesentlig fra svarene som er avlevert innen tidsfristen. Vi har dessuten foretatt åpne telefonintervjuer med 20 helsesøstre som hadde besvart skjemaet og med 20 som ikke hadde svart. En sammenlikning av svarene viste god overensstemmelse.

Konklusjon

Et stort antall småbarn puster inn tobakksrøyk fra sine foreldre og har dermed økt risiko for en rekke sykdommer. Små barn evner verken å klage eller flytte seg bort fra eksponeringen. De er derfor avhengige av beskyttende tiltak utenfra. Mens myndighetene har vedtatt regler som skal sikre voksne et røykfritt arbeidsmiljø, brukes kun informasjon i forsøkene på å lage et innemiljø for barn uten tobakksrøyk. Gjennom sitt kontrollansvar har personell på helsestasjoner og barselavdelinger en unik mulighet til å kunne motivere foreldre til å skape et røykfritt innemiljø for småbarn. Den kontakt allmennleger og barneleger har med småbarnsforeldre, kan også utnyttes til å skape et røykfritt oppvekstmiljø for barn. Undersøkelsen har vist at det er et potensial for forbedring på dette området. Det er først når barnet viser symptomer på eksponering for tobakksrøyk at helsepersonell tar passiv røyking opp rutinemessig i konsultasjoner med småbarnsforeldre. Vi må identifisere årsakene til at mye helsepersonell unnlater å ta temaet opp på et tidspunkt hvor skadene hos barna ennå kan forebygges.

LITTERATUR

1. Lund KE, Skrondal A, Vertio H, Helgason AR. Children's residential exposure to environmental tobacco smoke varies greatly between the Nordic countries. *Scand J Soc Med* 1998; 2: 115 – 20.
2. Smoking and the young. A report of a working party of the Royal College of Physicians. London: Royal College of Physicians of London, 1992.
3. Respiratory health effects of passive smoking: lung cancer and other disorders. The Report of the U.S. Environmental Protection Agency. Monograph 4. Washington DC: National Institutes of Health, National Cancer Institute, 1993.
4. International consultation on environmental tobacco smoke and child health. Consultation report. World Health Organization, Division of Noncommunicable Diseases, Tobacco Free Initiative. Genève: WHO, 1999.
5. UN Convention on the Rights of the Child (1989). Article 6 and 24. UNICEF, New York. www.unicef.org/crc/crc.html (23.11.1999).
6. Sand H, Andersen M. A presentation of George the giraffe project – an intervention to create a smokefree environment for children. I: Lang P, Greiser E, red. Smoking and pregnancy. Taking the chance for action. Bremen: Bremen institute for prevention research and social medicine, 1999: 221 – 30.
7. Hindal O, Wahlstrøm M. Helsestasjonenes tilbud om hjelp til røykeslutt og bruk av informasjonsmaterieell om tobakk. Rapport. Oslo: Statens tobakksskaderåd, 1999.
8. Townsend J, Roderick P, Cooper J. Cigarette smoking by socioeconomic group, sex and age: effects of price, income and health publicity. *BMJ* 1994; 309: 923 – 7.
9. Grønhaug K. Social class, equality and anti-smoking campaigns. *Eur J Pol Res* 1979; 7: 277 – 84.
10. Eriksen W, Bruusgaard D. Smoking behaviour in young families. Do parents take measures to prevent passive smoking by the children? *Scand J Prim Health Care* 1995; 13: 275 – 80.
11. Rogers EM. Diffusion of innovations. 3. utg. New York: Free Press, 1982.
12. Lund KE. Røykfritt småbarnsmiljø. Hva er barrierene for engasjement fra helsepersonell? I: Norsk Helse- og sosialforum. På tide å bryte grenser. Helse- og sosialpolitisk konferanse om forebyggende arbeid. Rapport. Oslo: Norsk Helse- og sosialforum, 1998: 11 – 2.
13. Lund KE, Helgason AR. H Hvorfor unnlater helsepersonell å snakke med småbarnsforeldre om passiv røyking? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 1622 – 6.
14. Iversen OE, Hafstad A. Non-smoking policies and practices in Norwegian delivery units in 1994. *Tobacco Control* 1996; 5: 139 – 41.
15. Forskrift om helsestasjonsvirksomhet 23. november. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 1983.
16. Helsefremmende og forebyggende arbeid for barn og unge 0 – 20 år. Rapport 5 – 98. Oslo: Statens helsetilsyn, 1998.
17. Chilmonczyk BA, Knight GJ, Palomaki GE, Pulkkinen AJ, Williams J, Haddow JE. Environmental tobacco smoke exposure during infancy. *Am J Public Health* 1990; 80:

18. Jordaan ER, Ehrlich RI, Potter P. Environmental tobacco smoke exposure in children: household and community determinants. *Arch Environ Health* 1999; 54: 319 – 27.
19. Owen N, Davis MJ. Smokers' preference for assistance with cessation. *Prev Med* 1990; 19: 424 – 31.
20. Frankowski BL, Weaver SO, Secker-Walker RH. Advising parents to stop smoking: pediatricians' and parents' attitudes. *Pediatrics* 1993; 91: 296 – 300.
21. Metoder för rökavvenjning. SBU-rapport nr. 138. Stockholm: Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik. Folkhälsoinstitutet, 1998.
22. Tobacco and the clinician. Interventions for medical and dental practice. National Institutes of Health, National Cancer Institute. Washington DC: US Department of Health and Human Services, 1994.
23. Haug K, Aarø LE, Fugelli P. Pregnancy – a golden opportunity for promoting the cessation of smoking? *Scand J Prim Health Care* 1994; 12: 184 – 9.
24. Valbø A, Schioldborg P. Smoking cessation in pregnancy. Mode of intervention and effect. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1991; 70: 309 – 13.
25. Wall MA, Severson HH, Andrews JA, Lichtenstein E, Zoref L. Pediatric office-based smoking intervention: impact on maternal smoking and relapse. *Pediatrics* 1995; 4: 622 – 8.
26. Ockene JK. Smoking among women across the life span: prevalence, interventions and implications for cessation research. *Ann Behav Med* 1993; 15: 135 – 48.
27. Severson HH, Andrews JA, Lichtenstein E, Wall M, Akers L. Reducing maternal smoking and relapse: long-term evaluation of a pediatric intervention. *Prev Med* 1997; 26: 120 – 30.
28. Haug K, Fugelli P, Aarø LE, Foss OP. Is smoking intervention in general practice more successful among pregnant than non-pregnant women? *Fam Pract* 1994; 11: 111 – 6.
29. Meltzer SB, Hovell MF, Meltzer EO, Atkins CJ, de Peyster A. Reduction of secondary smoke exposure in asthmatic children: parent counseling. *J Astma* 1993; 30: 391 – 400.
30. Greenberg RA, Strecher VJ, Bauman KE, Boat BW, Fowler MG, Keyes LL et al. Evaluation of a home-based intervention program to reduce infant passive smoking and lower respiratory illness. *J Behav Med* 1994; 17: 273 – 90.
31. Wahlgren DR, Hovell MF, Metzger SB, Hofsetter CR, Zakarin JM. Reduction of environmental tobacco smoke exposure in asthmatic children. A 2-year follow-up. *Chest* 1997; 111: 81 – 8.
32. McIntosh NA, Clark NM, Howatt WF. Reducing tobacco smoke in the environment of the child with asthma: a cotinine-assisted, minimal-contact intervention. *J Asthma* 1994; 31: 453 – 62.
33. Woodward A, Owen N, Grgurinovich N, Griffith F, Linke H. Trial of intervention to reduce passive smoking in infancy. *Pediatr Pulmonol* 1987; 3: 173 – 8.
34. Hughes DM, McLeod M, Garner B, Goldbloom RB. Controlled trial of a home and ambulatory program for asthmatic children. *Pediatrics* 1991; 87: 54 – 61.
35. Irvine L, Crombie IK, Clark RA, Slane PW, Feyerabend C, Goodman KE et al. Advising parents of asthmatic children on passive smoking: randomised controlled trial.

BMJ 1999; 318: 1456 – 9.

36. Vineis P, Ronco G, Ciccone G, Vernero E, Troia B, D’Incalci T et al. Prevention of exposure of young children to parental tobacco smoke: effectiveness of an educational program. *Tumori* 1993; 79: 183 – 6.
 37. Chilmonczyk BA, Palomaki GE, Knight GJ, Williams J, Haddow JE. An unsuccessful cotinine-assisted intervention strategy to reduce environmental tobacco smoke exposure during infancy. *Am J Dis Child* 1992; 146: 357 – 66.
 38. Eriksen W, Sørsum K, Bruusgaard D. Effects of information on smoking behaviour in families with preschool children. *Acta Paediatr* 1996; 85: 209 – 12.
 39. Goldstein MG, DePue JD, Monroe AD, Lessne CW, Rakowski W, Prokhorov A et al. A population-based survey of physician smoking cessation counseling practices. *Prev Med* 1998; 27: 720 – 9.
 40. Richmond R, red. Educating medical students about tobacco: planning and implementation. Paris: International Union Against Tuberculosis and Lung Disease, 1996.
-

Publisert: 30. mai 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 10. september 2026.