

RAPPORT

2021

RØYKESLUTT I KREFTBEHANDLING

Evaluering av et røykesluttprogram

Røykeslutt i kreftbehandling

Evaluering av et røykesluttprogram

Utgitt av Folkehelseinstituttet
Avdeling for rusmidler og tobakk
Mai 2021

Tittel:

Røykeslutt i kreftbehandling - evaluering av et røykesluttprogram

Forfattere:

Elisabeth Kvaavik
Arnfinn Helleve
Maja Weemes Grøtting
Dina Heider Hov
Tara Kelly Dolgner

Oppdragsgiver:

Kreftforeningen

Prosjektnummer:

50036

Publikasjonstype:

Rapport

Bestilling:

Rapporten kan lastes ned som pdf
på Folkehelseinstituttets nettsider: www.fhi.no

Grafisk designmal:

Per Kristian Svendsen og Grete Sjøimer

Grafisk design omslag:

Fete Typer

ISBN elektronisk utgave 978-82-8406-204-4

Emneord (MeSH): Røykeslutt, kreftbehandling, intervensjon.

Sitering: Kvaavik E, Helleve A, Grøtting MW, Hov DH, Dolgner TK. "Røykeslutt i kreftbehandling – evaluering av et røykesluttprogram". [Smoking cessation in cancer treatment – evaluation of a quitting program] Rapport 2021. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2021.

Innhold

Innhold	4
Hovedbudskap	6
Sammendrag	7
Innledning	7
Metode	7
Resultater	8
Diskusjon	8
Konklusjon	9
Key Messages	10
Executive Summary	10
Introduction	10
Methods	11
Results	11
Discussion	12
Conclusion	13
Forord	14
1 Innledning	15
1.1 Bakgrunn	15
1.2 Intervensjonen	15
1.3 Problemstilling	16
2 Metode	18
2.1 Studiedesign	18
2.2 Utvalg	18
2.3 Effektevaluering	19
2.3.1 Mål	19
2.3.2 Spørreskjema	20
2.3.3 Datainnsamlingsprosess	20
2.3.4 Statistiske analyser	21
2.4 Prosessevaluering	21
2.5 Etikk	22
3 Effekten av å tilby et strukturert røykesluttprogram til kreftpasienter i behandling	23
3.1 Kartlegging av røykevaner blant henviste kreftpasienter	23
3.2 Deltakelse	23
3.3 Sosiodemografi og tobakksbruk ved baseline	24
3.4 Endring i røykestatus	25
4 Gjennomføring av tiltaket	27

4.1 Deltakelse i intervensjonen	27
4.2 Rekrutteringsprosessen	28
4.2.1 Legenes rolle og engasjement	29
4.2.2 Rekruttering via etablerte rutiner	30
4.2.3 Pasientens valg?	31
4.3 Erfaringer fra veiledningen	32
4.3.1 Røykesluttveiledernes perspektiv	32
4.3.2 Opplevelse av skam	33
5 Diskusjon	34
6 Konklusjon	35
7 Referanser	36
8 Vedlegg	37

Hovedbudskap

Kreftpasienter som røyker har dårligere respons på behandling enn pasienter som slutter å røyke etter diagnose. Effektive tiltak for røykeslutt blant kreftpasienter vil derfor bedre behandlingsprognosen i denne pasientgruppen.

I denne studien undersøkte vi om det å få tilbud om å delta i et røykesluttprogram basert på strukturert røykesluttveiledning med minst fire veiledningssamtaler og tilbud om gratis nikotinerstatningsprodukter, hadde effekt på røykeslutt blant kreftpasienter i behandling.

Resultatene fra undersøkelsen tyder på at kreftpasienter lyktes bedre i sine røykeslutforsøk når de fikk tilbud om strukturert røykesluttveiledning sammenliknet med pasienter som ikke fikk dette tilbudet.

Sammendrag

Innledning

Blant kreftpasienter som slutter å røyke før påbegynt behandling er risikoen for død og for komplikasjoner av behandlingen vist seg å være lavere enn blant pasienter som fortsetter å røyke. Sammenlignet med pasienter som røyker, har pasienter som ikke røyker også høyere livskvalitet og funksjonsnivå. Røykeslutt kan forbedre behandlingseffekten og redusere bivirkninger sammenlignet med fortsatt røyking blant kreftpasienter.

Forskning viser at de mest vellykkede intervensjonene for mennesker med kreft er høyintensitetsintervensjoner, rettet mot risikoatferd og/eller bruk av flerkomponentintervensjoner som inkluderer medikamentell behandling, veiledning og sosial støtte. De nasjonale retningslinjene for røykeslutt anbefaler systematisk veiledning i kombinasjon med farmasøytiske hjelpemidler for å øke sjansene for å bli, og forbli, røykfri. Retningslinjene blir imidlertid ulikt praktisert ved kreftavdelingene i Norge.

Hovedmålet med dette prosjektet var å undersøke effekten av å tilby et røykesluttprogram med minst fire veiledningssamtaler basert på Motiverende Intervju og tilbud om gratis nikotinerstatningsprodukter til kreftpasienter som skulle i behandling.

I tillegg har vi vurdert gjennomføringen av programmet og presenterer funn for røykestatus blant de henviste pasientene, annen tobakksatferd og demografiske forhold blant studiedeltakerne ved studiestart.

Metode

Studien ble gjennomført fra september 2017 til mars 2020 og inkluderte en intervensjonsgruppe og en kontrollgruppe. Intervensjonsgruppen fikk strukturert røykesluttveiledning basert på Motiverende Intervju, kombinert med tilbud om gratis røykesluttmedisiner (nikotinerstatningsprodukter) mens kontrollgruppen ikke fikk tilsvarende tilbud.

Kreftpasienter som var 18 år og eldre som røykte og var henvist til kreftbehandling ved et av seks inkluderte sykehus med onkologiske avdelinger i Norge, ble invitert til å delta. Kun pasienter med en overlevelsesprognose på minst 12 måneder, som ikke led av demens eller annen psykisk lidelse som påvirker evnen til å gi informert samtykke, ble invitert.

På grunn av praktiske og etiske hensyn valgte vi et design hvor deltakerne i kontroll- og intervensjonsgruppe ble rekruttert ved samme sykehusavdeling men i to ulike tidsperioder. Kontrollgruppens rekrutteringsperiode og baselineundersøkelse ble avsluttet en måned før rekruttering til intervensjonsgruppen begynte.

Deltakere ble invitert til å svare på et spørreskjema på baseline og et nytt etter seks måneder. Rekrutteringsperioden gikk fra 1.september 2017 til 1.mars 2019 for kontrollgruppen, og fra 1. mars 2019 til 1.mars 2020 for intervensjonsgruppen. Deltakerne i intervensjonsgruppa fikk informasjon og tilbud om å delta i det strukturerte røykesluttprogrammet, mens deltakerne i kontrollgruppa ikke fikk tilsvarende tilbud. Et par av sykehusene tilbød pasientene i kontrollgruppen noen få prøver av div. nikotinlegemidler og ev. informasjon om betydningen av røykeslutt).

Etter gjennomføringen av oppfølgingsundersøkelsen i intervensjonsgruppa, ble røykeatferden blant deltakere i de to gruppene sammenliknet.

Det ble også gjennomført en prosessevaluering, der formålet var å undersøke hvordan studien og programmet ble gjennomført ved sykehusene som deltok.

Resultater

Av henviste kreftpasienter ved fem av de seks deltakende sykehusene¹, var det omtrent 17 % som røykte daglig eller av og til. I tillegg var det 3 % som nylig hadde sluttet og derfor var aktuelle som deltakere i studien. Andelen røykere blant henviste kreftpasienter ligger på nivå med røykeandelen i befolkningen i samme aldersgrupper (55 år og eldre).

Gjennomsnittsalder for deltakerne som deltok på begge tidspunkt var 62 år og alderen var signifikant høyere i kontrollgruppa enn i intervensjonsgruppa; hhv. 64 og 61 år. Det var flere kvinner enn menn som deltok (63 %), og i intervensjonsgruppa var det en høyere andel med lang utdanning og en lavere andel alderspensjonister enn i kontrollgruppa. Det er litt høyere frafall i intervensjonsgruppa enn i kontrollgruppa (hhv. 54 % og 51 %).

Det var en statistisk signifikant nedgang i andelen som røykte (daglig- og av-og-til-røyking kombinert) i begge gruppene. Likevel var det en signifikant større nedgang i røyking blant pasientene i intervensjonsgruppa sammenliknet med pasienter i kontrollgruppa. Denne forskjellen var på 12 prosentpoeng (p-verdi 0,043). Kontrollert variablene for kjønn, alder, utdanning, arbeidsmarkedsutfall og samboerskap økte effekten med i underkant av 2 prosentpoeng, altså en 14 prosentpoengs forskjell mellom nedgangen i røyking.

Prosessevalueringa tydet på at det kunne være organisatoriske utfordringer knyttet til identifisering av pasienter som røykte og kapasitet til å kunne tilby veiledning når pasienter møter opp til behandling. Innad ved sykehusene kunne det være variasjon i eierskap til tilbudet mellom ulike profesjoner. Inntrykket til røykesluttveiledere er at pasientene har verdsatt at veiledningsformen har vært imøtekommende og lite dømmende. En del av veiledningstimene ble gjennomført på telefon, og antall veiledningstimer som hver av deltakerne fikk varierte.

Diskusjon

De positive resultatene i studien må ses sammenheng med flere metodiske utfordringer ved studien som kan påvirke gyldigheten til resultatene. Først og fremst var deltakelsen i studien lavere enn forutsatt, og det deltok bare om lag en femtedel så mange som planlagt, basert på styrkeberegninger. Dette har betydning for sikkerheten i resultatene og tolkningen av disse. En annen utfordring er det høye frafallet av deltakere mellom baseline og oppfølging, og at det var ulikt fordelt mellom gruppene. Dette frafallet er problematisk dersom de som har svart på oppfølgingen, er de som i størst grad har hatt nytte av røykesluttintervensjonen.

En annen utfordring er knyttet til selve designet på studien. Ideelt hadde studien blitt gjennomført som en randomisert kontrollert studie ved at pasienter ble randomisert til intervensjonsgruppe eller kontrollgruppe ved samme sykehusavdeling eller mellom sykehus. Dette ble imidlertid vurdert som etisk utfordrende av sykehusene som deltok, og derfor ble den gjennomført med et seriedesign. Dette kan introdusere to typer av

¹ Data mangler fra Haukeland sykehus.

problemer; deltakere i de to gruppene deltok i ulike tidsperioder, og de nye røykepreventive tiltakene som ble iverksatt i løpet av prosjektperioden, kan ha påvirket den ene studiegruppen. For det andre ble ikke deltakerne randomisert til en gruppe, men de ble invitert til enten kontrollgruppa eller intervensjonsgruppa.

Når det gjelder selve tilbudet, gav røykesluttveilederne uttrykk for at veiledningen basert på Motiverende Intervju hadde fungert bra. I utgangspunktet skulle pasientene motta minst fire veiledningstimer hver, men resultatene tyder på at det har vært store variasjoner i hvor mange veiledninger pasientene har fått.

Konklusjon

I denne studien fant vi en positiv effekt av å tilby et strukturert røykesluttprogram for kreftpasienter i behandling. Programmet bestod av individuell veiledning (basert på Motiverende Intervju) og tilbud om gratis nikotinerstatningsprodukt for dem som ønsker det, sammenliknet med ikke å få et slikt tilbud. Resultatene kan tyde på at rundt 10 % flere kreftpasienter vil slutte å røyke dersom de tar imot et tilbud som dette. Kartleggingen av røykevaner blant pasienter som kom til behandling viste at rundt 20 % av disse røykte eller var i en slutteprosess. Det gir et bilde på hvor mange pasienter som kan ha nytte av et slikt tilbud. Tilbud om røykesluttveiledning for kreftpasienter som skal i behandling, bør tilstrebes forankret i hele organisasjonen.

Key Messages

Cancer patients who do not smoke may see a better outcome of the treatment than patients who smoke. Effective measures for smoking cessation among cancer patients may therefore improve the treatment prognosis for this group of patients.

In this study, we examined the effect of offering a structured smoking cessation counselling consisting of at least four individual counselling sessions and offering cost-free nicotine replacement therapy to cancer patients in treatment.

The results from the study indicate that cancer patients succeeded better with their smoking cessation attempts when they received the structured smoking cessation guidance than when they received the individual hospital's standard smoking cessation program or measures.

Executive Summary

Title: Smoking cessation in cancer treatment – evaluation of a quitting program

Introduction

The risk of death or complications among cancer patients who stop smoking before initiation of cancer treatment is significantly lower than among patients who continue to smoke. Compared with patients who smoke, patients who have never smoked have significantly higher quality of life and level of function. Smoking cessation can improve the treatment effectiveness and reduce side effects compared to cancer patients who still smoke.

In general, high-intensity multicomponent interventions aimed at risk behaviors including medicinal treatment, counseling and social support are considered best practice smoking cessation. The national guidelines for smoking cessation recommend systematic guidance in combination with pharmaceutical aids to increase the likelihood of becoming, and remaining, smoke-free.

The main goal of this study was to examine the effect of offering a smoking cessation program consisting of at least four individual counselling sessions based on Motivational Interviewing and offering cost-free nicotine replacement therapy to cancer patients to be treated.

In addition, we assessed implementation of the program and present the findings regarding smoking status among the referred patients, as well as tobacco use habits and demographic data for the study participants at the start of the study.

Methods

The study period took place from September 2017 till March 2020 and included an intervention group and a control group. The intervention group received structured smoking cessation guidance based on Motivational Interviewing, combined with offering cost-free smoking cessation medication (nicotine replacement therapy) while the control group received the individual hospital's standard smoking cessation program or measures.

Cancer patients age 18 years and older who smoked and were referred to cancer treatment at one of six participating hospitals with an oncological department were invited to participate. Only cancer patients with survival prognosis of a least 12 months, not suffering dementia or other mental illness affecting the capacity to give informed consent, were invited.

Due to practical and ethical considerations, we chose a design where both the control and intervention group participants were recruited by the same hospital department, but during two different time periods. The control group's recruitment and baseline questionnaire were completed one month before recruitment to the intervention group began.

Participants were invited to answer a questionnaire at baseline and to answer a follow-up questionnaire after six months. The recruiting period lasted from 1. September 2017 to 1. March 2019 for the control group and from 1. March 2019 to 1. March 2020 for the intervention group. The participants in the intervention group received information and an offer to participate in the structured smoking cessation program, while the control group participants were offered the individual hospital's standard smoking cessation program or measures.

After completing the follow-up questionnaire in the intervention group, the smoking behavior among participants in the two groups was compared.

A process evaluation was also conducted, where the purpose was to examine how the study and the program were conducted at the participating hospitals.

Results

Out of the referred cancer patients at five of the six participating hospitals, approximately 17 % smoked daily or occasionally. In addition, 3 % had recently quit smoking and were therefore eligible as study participants. The proportion of smokers among referred cancer patients is on par with the proportion of smokers in the population in the same age groups (55 years and older).

The average age of the participants overall was 62 years, while the average age was significantly higher in the control group than in the intervention group; 64 and 61 years respectively. There were more female participants (63 %) than male. The intervention group had a larger proportion of participants with a higher education and a smaller proportion of retired participants than in the control group. There was a slightly higher

dropout rate in the intervention group than in the control group (54 % and 51 %, respectively).

There was a statistically significant decrease in the proportion who smoked (daily and occasional smoking combined) in both groups. Nevertheless, there was a significantly larger decrease in smoking among the patients in the intervention group compared to patients in the control group. The difference was 12 percentage points (p-value 0.043). After adjusting for gender, age, education, labor market participation and cohabitation, the effect increased by just under two percentage points, i.e. a 14-percentage point difference for the decrease in smoking.

Findings from the process evaluation indicated that there may be organizational challenges at the hospitals related to the identification of patients who smoke and the capacity to offer guidance when patients show up for treatment. There were also some variations between individuals and professions in their ownership to the provision of the smoking cessation program. The smoking cessation counselors' impression was that patients appreciated that counseling approach was friendly and not judgmental. Some of the counselling sessions were conducted by telephone, and the number of counselling sessions that the participants received varied.

Discussion

The positive study results in the study must be seen in the light of several methodological challenges. These challenges may affect the validity of the results. First and foremost, participation in the study was lower than expected, with about one-fifth of the planned participation, based on strength calculations. This has an impact on the accuracy of the results and the interpretation of these. Another challenge is the high drop-out rate of participants between baseline and follow-up and the fact that the drop-out rate differed between the groups. This drop-out may be problematic if those who have responded to the follow-up are those who have benefited the most from the smoking cessation intervention.

Another challenge is related to the actual design of the study. The study would ideally have been conducted as a randomized controlled trial by randomizing patients to the intervention group or control group at the same hospital or between hospitals. However, this was considered as unethical as well as challenging for the participating hospitals, and therefore the study was conducted with a serial design. This can introduce two types of problems; firstly, that participants in the two groups participated during different periods, and new smoking prevention measures that were implemented during the project period may have affected the groups differently. Secondly, participants were not randomized to a group, but were invited to either the control group or the intervention group.

Regarding the smoking cessation program that the patients were offered, the feedback from the smoking cessation counselors was that the guidance based on Motivational Interview had worked well. The plan was for each and one patient to receive at least four

hours of counseling, but the results indicate that there have been considerable variations in number of counseling sessions the patients received.

Conclusion

This study demonstrated a positive effect of offering a structured smoking cessation program to cancer patients under treatment. The program of individual counselling sessions based on Motivational Interviewing and offering cost-free nicotine replacement therapy for those who wanted it, compared to the individual hospital's standard smoking cessation program or measures. The results may indicate that around 10 % more cancer patients will stop smoking if they receive an offer like this. The mapping of smoking habits among patients who came for treatment showed that around 20 % smoked or had recently quit smoking. This provides a picture of how many patients who can benefit from such an offer. An offer of smoking cessation guidance for cancer patients who are going into treatments should be rooted in the entire organization.

Forord

Hensikten med denne studien var å undersøke effekten av et røykesluttprogram på røyking blant kreftpasienter som skulle i behandling. Kreftforeningen tok initiativ til studien og inviterte FHI med på laget for å evaluere intervensjonen. Evalueringen har vært forankret i Senter for evaluering av folkehelseiltak. Studien er gjennomført med finansiering av Kreftforeningen.

Kreftforeningen initierte studien, rekrutterte sykehus, finansierte tiltaket (røykesluttveileder-stillinger og nikotinlegemidler) og tilpasset/organiserte opplæringen i bruk av Motiverende intervju (MI) innen tobakksavvenning for kreftpasienter i samarbeid med Helsedirektoratet. FHI hadde ansvar for gjennomføring av evalueringen av tiltaket. Dette omfattet innsamling og analysering av røykevanedata, samt rapportering av resultatene.

Denne rapporten beskriver studiens design og metode, selve intervensjonsprogrammet samt resultatet av analysene.

I tillegg til Kreftforeningens bidrag i studien, ønsker vi å takke pasienter og ansatte ved de seks sykehusene som deltok i studien; Universitetssykehuset i Oslo, Sørlandet sykehus, Ålesund sjukehus, Nordlandssykehuset, Haukeland universitetssykehus og St. Olavs Hospital. Sykehusene har bidratt med rekruttering av deltakere blant sine kreftpasienter, innsamling av data på baseline og oppfølging og har hatt ansvaret for røykesluttveiledning i intervensjonsgruppa.

Oslo, april 2021

Knut-Inge Klepp

områdedirektør

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

Å fortsette å røyke etter å ha fått stilt en kreftdiagnose øker risikoen for dødelighet og dødelighet av kreft. Fortsatt røyking gir også økt risiko for nye, andre kreftformer, tilbakefall av kreft, samt redusert effekt av medikamentell kreftbehandling og strålebehandling samt å øke risikoen for å få behandlingsrelatert toksisitet [1-3]. Risikoen for tidlig død eller komplikasjoner blant pasienter som slutter å røyke før påbegynt kreftbehandling er lavere enn blant pasienter som fortsetter å røyke (dog noe høyere enn hos dem som aldri har røykt). Sammenlignet med pasienter som røyker, har pasienter som aldri har røykt og pasienter som har sluttet i tillegg høyere livskvalitet og funksjonsnivå. Det gjelder også pasienter i palliativ behandling. Røykeslutt kan bedre behandlingseffekten og redusere bivirkninger sammenlignet med fortsatt røyking. Det vil derfor kunne være relevant for sykehusavdelinger som behandler kreftpasienter å ha et røykesluttstilbud som en del av den standardiserte behandling for denne pasientgruppen [4]. Å få en kreftdiagnose kan for mange røykere være en motivasjon for å slutte å røyke, men det er sjelden kreftpasienter som røyker blir fulgt opp systematisk i et eventuelt røykesluttforsøk [5].

En systematisk gjennomgang av studier som undersøker røykeslutt i sammenheng med kreftomsorg ble publisert i 2009 [6]. I studien ble høyintensitetsintervensjoner rettet mot risikoatferd og/eller bestående av flere komponenter som medikamentell behandling, atferdsveiledning og sosial støtte pekt på som de mest vellykkede intervensjonene for mennesker med kreft.

I forskningslitteraturen finner en støtte for både at røykeslutt har positiv effekt på utfallet av kreftbehandling og at røykesluttprogrammer er effektive i røykesluttforsøk. De generelle nasjonale retningslinjene [7] for røykeslutt anbefaler individuell, strukturert veiledning i kombinasjon med farmasøytiske hjelpemidler for å øke sjansene for å bli, og forbli, røykfri². Dagens tilbud om røykesluttavvenning ved kreftavdelingene i Norge varierer mellom sykehusene. Denne intervensjonsstudien skal undersøke effekten på røykeslutt av et røykesluttprogram som inneholder minst fire veiledningssamtaler og oppfølging ved behov (nærmere beskrevet nedenfor).

1.2 Intervensjonen

I denne studien har vi studert effekten av et røykesluttprogram³ som ble tilbudt kreftpasienter ved deres første henvisning for behandling på en onkologisk sykehusavdeling. Dette kan være behandling som cellegift, immunterapi, strålebehandling eller kirurgi i forbindelse med en nylig kreftdiagnose, oppfølging av behandling for kreft

² <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/roykeavvenning>

³ Helsedirektoratets standard røykesluttprogram basert på MI ble modifisert for å passe til kreftpasienter i behandling.

som har begynt på et annet sykehus eller behandling gitt i forbindelse med andre aspekter av kreftdiagnosen, for eksempel bivirkninger av kreftbehandling.

Det teoretiske grunnlaget for røykesluttprogrammet er Motiverende Intervju (MI), en etablert veiledningsmetode som tidligere er brukt i røykesluttprogrammer, så vel som i andre atferdsendringsprogrammer. Motiverende Intervju er en metode for samtaler om endring, motivasjon og mestring i form av blant åpne spørsmål og invitasjon egne refleksjoner. Målet er konstruktive samtaler hvor intervjuobjektet får mulighet til å selv bestemme at endring skal skje, og å tenke ut hvordan han/hun best kan få det til⁴. En Cochrane-gjennomgang av forskningslitteraturen fra 2015 [8] konkluderte med at MI kan hjelpe folk med å slutte å røyke, men understreket samtidig at det var store variasjoner i studiekvalitet og intervensjonsimplementeringer [8]. MI-baserte, systematiske røykesluttprogram, som det programmet vi tester i denne studien, er så vidt vi kjenner til ikke blitt testet i norske sykehusmiljø tidligere.

I tillegg til MI-basert røykesluttveiledning inkluderte intervensjonen tilbud om gratis hjelpemidler til røykeslutt (nikotinerstatningsprodukter) og skulle bestå av minst fire individuelle veiledningstimer (30-45 min per gang) i tillegg til en oppstartsamtale, samt oppfølging etter behov i løpet av seks måneder med en utdannet røykesluttveileder. Veiledningen skulle primært foregå i sykehuslokalene, i forbindelse med planlagt kreftbehandling for pasientene.

Minst to sykepleiere eller stråleterapeuter ved hvert av de inkluderte sykehusene⁵ fikk opplæring i å bruke MI⁶ i røykesluttveiledning. Kreftforeningen hadde ansvaret for opplæringen og tilpasningen av Helsedirektoratets røykesluttprogram, i samarbeid med Helsedirektoratet, og dekket en 50 % stilling som røykesluttveileder ved hver kreftavdeling samt nikotinlegemidler. Det ble utarbeidet en røykesluttmanual for veilederne og en informasjonsfolder til deltakerne i studien. Veiledningen (én til én) fant sted i tilknytning til oppsatte kreftbehandlinger, alternativt via telefon. Den første veiledningsavtalen skulle skje i et fysisk møte, og hvis det var mulig, ble den første veiledningsavtalen gjennomført før kreftbehandlingen begynte. Hver veilednings-økt varte i 30-45 minutter.

1.3 Problemstilling

Hovedmålet med dette prosjektet var å undersøke effekten på røykeslutt av å tilby et røykesluttprogram til kreftpasienter i behandling, samt å vurdere gjennomføringen av programmet.

I rapporten vil vi også beskrive:

- Røykestatus blant de henviste pasientene.

⁴ Se <https://www.helsedirektoratet.no/tema/motiverende-intervju-mi/motiverende-intervju-som-metode>

⁵ Universitetssykehuset i Oslo, Sørlandet sykehus, Ålesund sjukehus, Nordlandssykehuset, Haukeland universitetssykehus og St. Olavs Hospital ble valgt ut basert på at de hadde onkologiske avdelinger og var motiverte for å delta i studien.

⁶ Individuell veiledning for snus- og røykeslutt: <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/snakk-om-snus-og-roykeslutt-samtaleguide-om-individuell-slutteveiledning-for-deg-som-jobber-ved-frisklivssentralen>
Snus- og røykeslutt veiledning for veiledere: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/tobakksfri-mal-for-snus-og-roykesluttkurs-for-deg-som-jobber-pa-frisklivssentralen>

- Røyke- og snusbruk-status samt tobakksrelatert atferd blant studiedeltakerne ved studiestart (samlet og i kontroll- og i intervensjonsgruppa).
- Demografiske variabler (kjønn, alder, utdanning, arbeidslivstilknytning, sivilstatus).
- Gjennomføring av røykesluttveiledningen ved sykehusene og erfaringer med programmet blant røykesluttveiledere og pasienter.

2 Metode

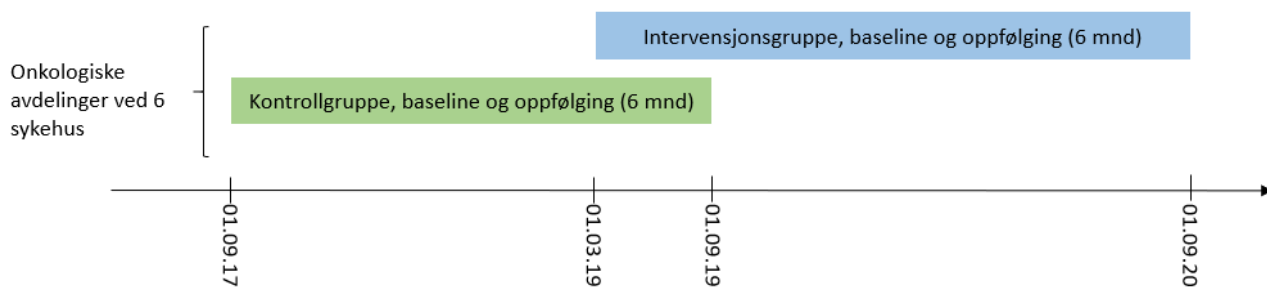
2.1 Studiedesign

Studien inkluderer en intervensjonsgruppe og en kontrollgruppe. Intervensjonsgruppen fikk strukturert røykesluttveiledning basert på MI, tilpasset kreftbehandling, kombinert med tilbud om gratis røykesluttmedisiner (nikotinlegemidler) mens kontrollgruppen fikk sykehusets «standard/usual care»). Dette varierte fra sykehus til sykehus. To av sykehusene tilbød for eksempel pasienter som røyker en røykeslutt-pakke med noen få prøver av forskjellige medisiner for røykeslutt og informasjon om fordelene ved røykeslutt i forbindelse med behandling.

På grunn av praktiske og etiske hensyn valgte vi et design der deltakere til både kontroll- og intervensjonsgruppe ble løpende rekruttert i to perioder ved hvert sykehus. Rekrutteringen til kontrollgruppen varte i omtrent 1,5 år, fra høsten 2017 til februar 2019⁷. En måned etter den siste rekrutterte deltakeren til kontrollgruppen, dvs. fra mars 2019, begynte rekrutteringen av deltakere til intervensjonsgruppen. Den varte i ett år, til mars 2020. Deltakerne i begge gruppene fikk oppfølgingsundersøkelsen seks måneder etter at de hadde bevart baselineskjema. Figuren nedenfor gir en oversikt over tidspunktet for rekruttering og observasjoner.

Dette designet ble valgt for å minimere muligheten for at deltakere i kontrollgruppen skulle møte deltakere i intervensjonsgruppen som fikk behandling i de samme avdelingene. I tillegg sikret dette designet at deltakerne i kontrollgruppen og i intervensjonsgruppen kom fra de samme sykehusene.

Figur 1. Studieforløpet for kontroll- og intervensjonsgruppen



2.2 Utvalg

Deltakerne i studien ble rekruttert fra seks sykehus. Initiativet til studien ble tatt ved et av sykehusene, mens resten av sykehusene ble invitert med dels basert på tips, interesse/motivasjon for røykeslutt, størrelse og geografisk spredning. To sykehus falt fra underveis og måtte erstattes av to nye sykehus i løpet av prosjektperioden.

Alle kreftpasienter ved de seks inkluderte sykehusene som var 18 år eller eldre, som fikk tilbud om stråle-, kjemo- eller immunterapi ved første konsultasjon og som på det tidspunktet røykte tobakkssigaretter daglig eller sjeldnere enn daglig eller hadde sluttet å

⁷ Ca. to måneder inn i rekrutteringsperioden gjennomførte vi en midtevaluering på i de deltakende sykehusene (FHI og Kreftforeningen)

røyke mindre enn seks uker tidligere fikk invitasjon til å delta i studiens kontroll- eller intervensjonsgruppe. Kreftpasienter med en estimert overlevelsesprognose på mindre enn 12 måneder (vurdert av behandlende lege), som led av demens eller annen psykisk lidelse som påvirker evnen til å gi informert samtykke, ble imidlertid ekskludert fra å delta i studien.

Deltakere ble rekruttert i forbindelse med deres første legekonsultasjon ved den onkologiske avdelingen de var henvist til⁸. Pasientene fikk på forhånd tilsendt et enkelt kartleggingsskjema av røykestatus sammen med informasjonsbrevet om behandlingen fra sykehuset (Vedlegg 1). Pasienten hadde med seg kartleggingsskjemaet til den første konsultasjonen med legen. Legen registrerte pasientens røykestatus (Vedlegg 2.1) og basert på om pasienten oppfylte inkluderingskriteriene, informerte legen både muntlig (Vedlegg 2.1) og skriftlig om studien (Vedlegg 3.1). Sykehusene tok vare på disse skjemaene og sendte dem til FHI ved studieslutt.

Den opprinnelige planen var å invitere pasienter til å delta i kontrollgruppen til man hadde minst 600⁹ deltakere i gruppen¹⁰. Det viste seg at rekruttering av deltakere gikk langt vanskeligere enn antatt. Rekrutteringsperioden ble derfor forlenget til mars 2019. Pasienter som ønsket å delta i studien ble henvist til sykepleier eller stråleterapeut umiddelbart etter konsultasjonen med legen og fikk hjelp til å fylle ut det web-baserte spørreskjemaet.

Deltakere til intervensjonsgruppen ble rekruttert på samme måte som deltakerne i kontrollgruppen, men i tillegg informerte legen pasienter som røykte eller nylig hadde sluttet å røyke om at de ville få tilbud om å delta i et røykesluttprogram med individuell veiledning (vedlegg 2.2 og 3.2). Rekrutteringsperioden for intervensjonsgruppen ble også forlenget grunnet forsinket rekrutteringstempo. På samme måte som for deltakere til kontrollgruppen, ble pasientene som ønsket å delta i intervensjonsgruppen henvist til en røykesluttveileder (utdannet sykepleier eller stråleterapeut) som i tillegg til å bistå med spørreskjemaet, avtalte time for første konsultasjon om røykeslutt med pasienten.

2.3 Effektevaluering

2.3.1 Mål

Studiens mål var å evaluere effekten av å implementere og tilby et strukturert røykesluttprogram basert på motiverende intervju (MI) med minst fire konsultasjoner og oppfølging kombinert med tilbud om gratis medisiner for røykeslutt¹¹ (nikotinerstatningspreparater), sammenlignet med standard røykesluttbehandling på seks onkologiske avdelinger ved seks forskjellige sykehus i Norge. Noen avdelinger tilbød

⁸ Hvis det ikke var gjennomførbart å invitere pasienten på første konsultasjon, kunne pasienten bli rekruttert ved andre konsultasjon eller mellom første og andre konsultasjon.

⁹ Med en forskjell på 8 % i utfallsvariabelen mellom intervensjons- og kontrollgruppen etter 6 måneder (andel som slutter satt til henholdsvis 33 % og 25 % i beregningene), kan en forskjell som er signifikant på 0,05-nivå detekteres med 80 % sannsynlighet hvis det er 600 deltakere i begge gruppene.

¹⁰ Der det ikke var aktuelt å invitere pasienten ved første konsultasjon kunne de bli invitert ved andre konsultasjon. Ved lang tid mellom første og andre konsultasjon kunne vedkommende bli invitert mellom de to konsultasjonene per telefon.

¹¹ De som ønsket å benytte seg av reseptbelagte røykeslutt hjelpemidler måtte konsultere med fastlegen sin for å få resept.

allerede ved studiestart en «røykeslutt-pakke» med noen få prøver av medisiner for røykeslutt til pasienter som røyker.

2.3.2 Spørreskjema

Pasienter som ønsket å delta i studien fikk tilgang til et elektronisk spørreskjema¹² som en sykepleier eller stråleterapeut hjalp med å få tilgang til og eventuelt fylle ut. Hvis imidlertid pasienten ble invitert etter den første konsultasjonen, via en telefonsamtale, ble lenken til spørreskjemaet sendt på e-post. Disse deltakerne hadde da ikke like lett tilgang til hjelp fra sykepleier/terapeut, og det er mindre sikkert at han/hun fylte ut spørreskjemaet. Se vedlegg 4 for detaljer. Det var også mulig å bruke et spørreskjema på papir som sykehusene kunne ettersende til FHI.

Spørreskjemaet på baseline var identisk for kontroll- og intervensjonsgruppa. Det inneholdt spørsmål om røykevaner, (som daglig eller ikke-daglig røyking, sigaretter per dag røykt (SPD), antall tidligere slutforsøk, bruk av røykeslutthjelpemidler og/eller andre metoder, samt bruk av andre tobakks- og nikotinprodukter enn sigaretter (snus og e-sigaretter), i tillegg til spørsmål om diagnose, alder, kjønn og personnummer (se vedlegg 7 for informasjon om hele spørreskjemaet). Informasjon om studien og samtykkeskjema var nettbasert. Pasientene som samtykket til å delta ble tatt videre til det nettbaserte skjemaet (se vedlegg 5 og 6).

Informasjon om røykestatus, bruk av røykeslutthjelpemidler, bruk av andre nikotinprodukter og opplevde problemer knyttet til det å slutte å røyke ble samlet inn via spørreskjema ved seks måneders oppfølging. I tillegg fikk intervensjonsgruppa spørsmål om hvordan de opplevde røykesluttveiledningen (vedlegg 8 for kontrollgruppe og vedlegg 9 for intervensjonsgruppe).

Ved hver veiledning med røykesluttveilederen mellom baseline og seks måneders oppfølging, registrerte veilederen røykestatus (vedlegg 10).

2.3.3 Datainnsamlingsprosess

Til både baseline- og oppfølgingsundersøkelsen ble det primært brukt en nettbasert spørreskjemaløsning. Lenke til oppfølgingskjemaet ble sendt fra FHI til e-postadressene pasientene oppga ved baseline. Lenkene ble sendt ut i bolker omtrent en gang i måneden. Det innebar at deltakerne fikk lenke til oppfølgingsspørreskjemaet fra 5,5 til 6,5 måneder etter at baselineskjemaet var besvart. Det ble sendt en purring per e-post etter 1-2 uker i etterkant til de som ikke svarte ved første e-post.

En liste med navn på deltakere som heller ikke besvarte undersøkelsen etter purring, ble sendt til de respektive sykehusene sammen en listene over de pasientene som manglet e-postadresser. Sykehusene kontaktet pasientene per telefon og fylte ut skjemaet elektronisk på vegne av og i samråd med pasienten.

¹² I tillegg til de elektroniske spørreskjemaene, var papirbaserte spørreskjemaer tilgjengelige, men bare som en reserveløsning i tilfelle midlertidig mangel på datamaskiner eller internettilgang på sykehusavdelingene, eller hvis pasienten skulle fylle ut spørreskjemaet hjemme og ikke hadde internettilgang. Førstevalg var alltid elektroniske spørreskjemaer.

2.3.4 Statistiske analyser

For å analysere effekter av røykeslutteprogrammet ble det benyttet en lineær regresjonsanalyse der utfallet var endring i røykeadferd fra baseline til oppfølging gitt ved følgende ligning:

$$y_{i2} - y_{i1} = \alpha + \beta g_i + e_i$$

her er y_{it} , $t=1,2$ røykestatus på henholdsvis baseline og oppfølging. g indikerer gruppetilhørighet (kontroll eller intervensjon) og e er feilleddet. Effekten av intervensjonen er gitt av β . Denne må tolkes som effekten av å tilby røykesluttoppfølging til pasienter (*intention to treat*) og ikke effekten av å delta i programmet.

Dataene og beskrivende statistikk er også oppsummert i enkle frekvenstabeller med t-tester og p-verdier for å identifisere statistisk signifikante forskjeller mellom gruppene. Signifikante forskjeller i observerbare kjennetegn kan oppstå arbitrært og trenger ikke bety at inndeling i grupper ikke er tilstrekkelig randomisert.

Vi brukte Stata, versjon 16.0 til analysene.

2.4 Prosessevaluering

Formålet med prosessevalueringen var å undersøke hvordan studien og programmet ble gjennomført ved sykehusene som deltok. Vi ønsket å undersøke kvaliteten på gjennomføringen av røykesluttsprogrammet og identifisere mulige utfordringer og erfaringer ved sykehusene.

Det ble gjennomført seks telefonintervjuer med til sammen ni røykesluttveiledere ved alle de seks sykehusene som deltok i studien. Ved tre av sykehusene ble intervjuet gjennomført med begge veilederne samtidig. Alle røykesluttveilederne var kvinner og hadde bakgrunn som sykepleier eller stråleterapeut. Noen hadde arbeidet med røykeslutt tidligere, og alle hadde gjennomført kurset i motiverende intervju (MI) innen tobakksavvenning for kreftpasienter. Intervjuene ble gjennomført mens røykesluttprogrammet fremdeles pågikk. I intervjuene ble det brukt semistrukturerte intervjuguider (se vedlegg 12 for intervju med deltakere og vedlegg 13 for intervju med røykesluttveiledere). Intervjuguidene fokuserte på ulike aspekter ved røykesluttprogrammet, røykesluttveilederes perspektiv samt deltakeres erfaringer.

I tillegg bli det gjennomført telefonintervju med to pasienter som hadde fått røykesluttveiledning. Den opprinnelige planen var at det skulle gjennomføres intervju med minst ti deltakerne ved fysisk oppmøte ved to av sykehusene. Pga. situasjonen med covid-19 lot dette seg ikke gjennomføre, og derfor ble intervjuene gjennomført per telefon. Pasientene som deltok ble rekruttert via røykesluttveilederne som tok kontakt med pasienter de vurderte som mulige kandidater.

I intervjuene ble det brukt semistrukturerte intervjuguider (se vedlegg 12 for intervju med deltakere og vedlegg 13 for intervju med røykesluttveiledere). Intervjuguidene fokuserte på ulike aspekter ved røykesluttprogrammet, røykesluttveilederes perspektiv samt deltakeres erfaringer. Intervjuene ble tatt opp digitalt etter samtykke fra informantene. De transkriberte intervjuene ble analysert ved bruk av en temabasert tilnærming.

2.5 Etikk

Individuelle data samlet inn på forskjellige tidspunkt i løpet av studien er koblet sammen basert på deltakernes personnummer samt e-postadresse, navn og postadresse, som ble registrert ved rekruttering, og dette sikret riktig kobling.

Datafilene, som inneholder både direkte og indirekte identifiserbar informasjon samt sensitiv informasjon om deltakerne, er lagret og behandlet slik at bare forskere tilknyttet prosjektet har tilgang til anonymiserte filer. Dette ble sikret ved å bruke Nettskjema og Tjeneste for sensitive data (TSD) (Universitetet i Oslo) i datainnsamling og -lagring¹³.

De digitale opptakene av de kvalitative intervjuene er lagret på en kryptert lagringsdisk og transkribert ordrett. Etter transkripsjon ble opptakene slettet. Sitater fra intervjuene er anonymisert, men er knyttet til sykehusene og tilfeldig nummerert.

Dataene innhentet fra de kvalitative intervjuene er ikke knyttet til deltakernes svar gitt i den kvantitative delen av studien.

¹³ <http://www.uio.no/english/services/it/research/storage/sensitive-data/index.html>

3 Effekten av å tilby et strukturert røykesluttprogram til kreftpasienter i behandling

3.1 Kartlegging av røykevaner blant henviste kreftpasienter

Kartleggingsskjemaet som de henviste pasienten hadde fylt ut på forhånd hadde kun ett spørsmål om røykevaner og ingen bakgrunnsinformasjon. Resultatene er presentert i tabell 1 nedenfor og viser at ca. 17 % av henviste kreftpasienter røykte daglig eller av og til. I tillegg var det 3 % som hadde sluttet innenfor de siste seks ukene før oppmøte ved sykehuset.

Tabell 1. Røykestatus for henviste pasienter til sykehusene OUS, Ålesund, Nordland, St. Olavs og SSHF før studiestart (n=2560)

	Faktiske tall	Prosent
Røyker daglig	325	12,7
Røyker enkelte dager	105	4,1
Ikke nå, men slutta for mindre enn 6 uker siden	77	3
Ikke nå, men slutta for mer enn 6 uker siden	1207	47,1
Aldri røykt	846	33
Totalt	2560	100

*Data mangler fra Haukeland.

Dette gir et kvalifisert anslag på hvor mange ny-henviste¹⁴ kreftpasienter som røyker ved oppmøte til første behandling. Mange av kreftpasientene er ofte eldre. Sammenlignet med nasjonal røykevanestatistikk, var andelen dagligrøykere i 2020 17 % i aldersgruppen 55-64 år, og 12 % i aldersgruppen 65-74 år (SSB¹⁵). Dette ligger omtrent på tilsvarende nivå som resultatene vist i tabellen ovenfor. Selv om det kan tenkes at noen røykere vil slutte på egen hånd når de får en alvorlig diagnose, så kan resultatene fra kartleggingen tyde på at omtrent hver femte henviste pasient som kommer til behandling er røyker, eller er i en slutteprosess (har sluttet innenfor de siste seks ukene). Dette gir en pekepinn på hvor mange pasienter som potensielt vil ha behov for hjelp til røykeslutt¹⁶.

3.2 Deltakelse

Totalt ble det i løpet av hele prosjektperioden rekruttert omtrent 440 deltakere til studien fordelt på kontrollgruppe (208) og intervensjonsgruppe (232). Som det kom frem av tabell 1 ovenfor ble det i løpet av prosjektperioden registrert 507 pasienter som røykte og av

¹⁴ Deltakerne til studien var ny-henviste pasienter til sykehusene. Det inkluderer både pasienter som nylig hadde blitt diagnostiserte med kreft og pasienter som har fått diagnosen lengre tilbake i tid men som er henvist til nytt sykehus som en del av behandlingsforløpet.

¹⁵ <https://www.ssb.no/statbank/table/05307/tableViewLayout1/>

¹⁶ Antall pasienter som potensielt vil ha behov for hjelp til røykeslutt i forbindelse med kreftbehandling vil muligens ligge noe høyere hvis man anslår røykeandelen hos ny-diagnostiserte pasienter.

disse besvarte 440 pasienter baselineskjema. Selv om noen pasienter ble rekruttert mer tilfeldig og sporadisk ved f. eks. at pasienter rutinemessig blir spurt om de røyker i forbindelse med CT-behandling, og det mangler kartleggingsdata fra ett av sykehusene, tyder et grovt anslag basert på disse tallene på at mellom 50-75 % av alle pasienter som røyker vil kunne være interessert i delta i et røykesluttopplegg i regi av sykehusene dersom dette blir tilbudt. Anslaget må tas med flere forbeholdt. Det kan tenkes at interessen for å delta røykesluttprogrammet i denne sammenhengen også er påvirket at deltakelsen i røykesluttprogrammet også innebar deltakelse i et forskningsprosjekt.

Rekrutteringen og deltakelsen viste seg å være langt lavere enn forventet. I kapitel 4 nedenfor drøftes noen mulig forklaringer på den lave deltakelsen. Det ble underveis tatt flere initiativ for å øke rekrutteringen, og det var også diskusjoner med Kreftforeningen som oppdragsgiver hvorvidt studien skulle fullføres gitt utfordringene med rekrutteringen. Det var enighet om å fullføre studien, selv om risikoen da ville være stor for at en ikke ville ha nok statistisk styrke til å kunne vurdere effekten av tiltaket.

I kontrollgruppa var det 208 som deltok på baseline og 102 på oppfølging. Av disse var det 93 pasienter som deltok på begge tidspunktene, omtalt som nettoutvalget i kontrollgruppa. I intervensjonsgruppa var det 232 som deltok på baseline og 108 på oppfølging. Av disse var det 108 som deltok på begge tidspunktene, altså som utgjorde nettoutvalget i intervensjonsgruppa. Det er litt lavere frafall i intervensjonsgruppen sammenlignet med kontrollgruppen (53 % vs. 55 %). I analysen vi beskriver her er nettoutvalget brukt. For tall for røykestatus i bruttoutvalget, dvs. alle som deltok på enten baseline eller oppfølging eller begge (se vedlegg 14).

3.3 Sosiodemografi og tobakksbruk ved baseline

Gjennomsnittsalder for deltakerne som deltok på begge tidspunkt (nettoutvalget) var 62 år og alderen var signifikant høyere i kontrollgruppa; 64 mot 61 år i intervensjonsgruppa. Det var flere kvinner enn menn som deltok (63 %). I intervensjonsgruppa var det lavere gjennomsnittsalder, en lavere andel alderspensjonister og høyere andel med lang utdannelse enn i kontrollgruppa, se tabell 2.

Tabell 2. Sosio-demografiske variabler ved baseline for nettoutvalget i studien

	Kontrollgruppe (N=92)	Intervensjonsgruppe (N=107)	Alle (N=199)
Alder, gjennomsnitt	64	61***	62
Alder, gruppert %			
20-49 år	6	12*	9
50-59 år	20	32***	27
60-69 år	45	33**	39
70-79 år	27	19**	23
80 eller eldre	1	3	2
Kjønn, % kvinner	66	61	63
Sivilstatus, % gift/samboende	60	66	63
Utdanning, % minst 4 år universitet/høyskole	18	28**	24
Yrkesaktiv, %	31	37	34
Alderspensjonist, %	48	35***	41
Annet, %	20	28*	24

*P<0,1, **P<0,05, *** P<0,01, t-test mellom intervensjon og kontroll.

3.4 Endring i røykestatus

Tabell 3 nedenfor viser andel i nettoutvalget som røykte daglig, av og til, og som nylig hadde sluttet i kontroll- og i intervensjonsgruppa, både på baseline og etter seks måneder. Det var en statistisk signifikant nedgang i dagligrøyking i begge grupper. Nedgangen fra baseline til oppfølgingstidspunktet var 23 prosentpoeng i kontrollgruppa og 32 prosentpoeng i intervensjonsgruppa. Forskjellen i nedgangen i dagligrøyking mellom intervensjons- og kontrollgruppa er på 9 prosentpoeng (p-verdi 0,19). Det vil si at det ikke er en signifikant større nedgang i dagligrøyking for intervensjonsgruppen sammenlignet med kontrollgruppen. Dersom vi slår sammen dagligrøykere og av-og-til-røykere til én gruppe røykere, finner vi en signifikant større nedgang i røyking for intervensjonsgruppa på 12 prosentpoeng (p-verdi (0,043).

Dette siste resultatet bekreftes også i en regresjon der avhengig variabel er endring i røykestatus (daglig og av og til-røyking slått sammen) ($\beta^{17}=-12,8$, p-verdi=0,041). Som resultatene ovenfor viser, er det det en del observerbare forskjeller mellom gruppene. En regresjon som også kontrollerer for kjønn, alder, utdanning, arbeidsmarkedsutfall (uten jobb, i jobb, pensjonist) og det å bo med en partner øker effekten med i underkant av 2 prosentpoeng ($\beta=-14,4$, p-verdi=0,029).

Tabell 3. Røykestatus på baseline og seks måneders oppfølging i nettoutvalget i kontroll- og intervensjonsgruppa*. Antall (prosent).

Røykestatus	Kontroll (N=93)			Intervensjon (N=108)		
	Baseline	6 måneders oppfølging	P	Baseline	6 måneders oppfølging	P
Røyker daglig	67 (72)	46 (49)	0,001	82 (76)	47 (44)	<0,001
Røyker av og til	11 (12)	18 (19)	0,15	12 (11)	18 (17)	0,25
Røyker ikke (har sluttet)	14 (15)	28 (30)	0,01	13 (12)	43 (40)	<0,001

*Nettoutvalget: de som deltok på begge tidspunkt.

Andel av-og-til-røykere øker fra baseline til oppfølging seks måneder seinere i både kontroll- og intervensjonsgruppa (tabell 3). Dette kan skyldes at noen dagligrøykere på baseline oppgav å bare røyke av og til på oppfølgingstidspunktet, altså en reduksjon i røykeintensitet. Andelen som oppgav å ha røykt tidligere har økt betydelig fra baseline til oppfølging, og mest i intervensjonsgruppa. Tallet på tidligere røykere ved oppfølging omfatter både dem som sluttet før baseline og dem som har sluttet i studieperioden.

Annen røykeatferd og nikotinbruk på baseline og oppfølging

Blant de 149 dagligrøykerne i nettoutvalget i studien, var det nesten 60 % som røykte ferdigsigaretter og omtrent 40 % som røykte rulletobakk på baseline. Fire av fem hadde tidligere prøvd å slutte å røyke og om lag en tredjedel hadde brukt røykeslutthjelpemidler i tidligere røykesluttforsøk. Blant dagligrøykerne oppgav over 90 % på baseline at de aldri hadde brukt snus og over 60 % at de aldri hadde brukt e-sigaretter. Det var noe flere som brukte e-sigaretter daglig eller av og til enn som brukte snus daglig eller av og til; 11 % vs.

¹⁷ β -koeffisienten viser effekten av å være i intervensjonsgruppa på sannsynligheten for å slutte å røyke. Estimater er oppgitt i prosentpoeng.

4 %. Det var ikke betydelige forskjeller mellom kontroll- og intervensjonsgruppa (se vedlegg 14 for en mer detaljert beskrivelse av tallene).

På oppfølgingstidspunktet seks måneder etter oppstart av studien var det fortsatt over 90 % som aldri hadde brukt snus og over 60 % som aldri hadde brukt e-sigaretter, men andelen som brukte snus og e-sigaretter daglig eller av og til var noe høyere enn ved oppstart; hhv. 6 % og 13 %. Ved oppfølgingstidspunktet var det 35 % som hadde brukt et eller flere røykeslutthjelpemidler, og betydelig flere i intervensjonsgruppa (46 %) enn i kontrollgruppa (34 %) (se vedlegg 14 for nærmere beskrivelse av tallene).

Røykeintensiteten (sigaretter per dag, SPD) blant dagligrøykere i kontrollgruppa endret seg nesten ikke fra baseline til oppfølging; fra et gjennomsnitt på 10,5 SPD blant 60 dagligrøykere på baseline til 10,0 SPD blant 44 som fortsatt røykte daglig (eller hadde begynt igjen). Dagligrøykerne i intervensjonsgruppa reduserte imidlertid gjennomsnittlig SPD fra 13,8 SPD blant 79 dagligrøykere på baseline til 11,6 SPD blant 45 dagligrøykere ved oppfølging etter seks måneder. De som røykte daglig på oppfølgingstidspunktet kan ha røykt daglig hele tiden eller de kan ha slutta og begynt igjen.

Det var 45 % som oppgav å bo sammen med andre som røyker, og denne andelen var ulik i kontroll- og intervensjonsgruppa (hhv. 44 og 49 %). Av dem som oppgav andre røykende i husstanden var 78 % selv dagligrøykere, 10 % av-og-til-røykere, mens 12 % var tidligere røykere.

Blant dem som røykte ved studiestart og hadde sluttet å røyke på oppfølgingstidspunktet (N=71), var de hyppigst rapporterte problemene i forbindelse med røykeslutt nikotin-/sigarettusug (52 %), anspenthet/uro (34 %) og kjedsomhet (25 %). Trettini prosent rapporterte vektøkning i forbindelse med røykeslutt. De mest framtrepende positive erfaringene var bedret smak- og luktesans (51 %) og bedre form/lungekapasitet (44 %) (se vedlegg 14 for detaljer).

Blant dem som hadde røykt ved studiestart, men ikke greid å slutte eller hadde tilbakefall, var det de samme opplevde problemene og positive opplevelsene som nevnt over som var hyppigst rapportert, men tallene var langt lavere i denne gruppa (se vedlegg 14 for detaljer).

4 Gjennomføring av tiltaket

4.1 Deltakelse i intervensjonen

I løpet av intervensjonsperioden ble det rekruttert 232 pasienter til studien som besvarte baselineundersøkelsen og anslagsvis har flesteparten av disse hatt minst en veiledningssamtale med røykesluttveileder. Av disse var det litt under halvparten (108 pasienter) som besvarte spørreskjemaet etter seks måneder. Røykesluttveiledere fylte ut et enkelt skjema med løpende kartlegging etter hver veiledningstime. Til sammen eksisterer det informasjon for 112 av de pasientene som deltok, men dette er ikke et komplett datasett for alle deltakerne. Tilbakemeldinger fra koordinatorene ved sykehusene i ettertid, tyder på at det har vært variasjoner mellom sykehusene når det gjelder andelen som har fått minst fire veiledningstimer. Ved et sykehus var det under halvparten som fikk minst fire veiledningstimer, mens det ved et annet var over 80% av deltakerne dette gjaldt.

For de 112 deltakerne det er registrert informasjon for, var det 13 i løpet av perioden som har gitt beskjed om at de ikke lengre ønsker å ta imot tilbudet. De fleste av disse oppgav at det var fordi de manglet motivasjon/interesse mens noen oppgav at de hadde sluttet å røyke og ikke lengre følte at de trenger tilbudet.

Et gjennomgående inntrykk fra registreringene er at de fleste gjennom veiledningsforløpet har opplevd røykesprekk en eller flere ganger. Det er ikke uvanlig at personer som slutter å røyke går gjennom en prosess med tilbakefall før de lykkes i å slutte å røyke. Dette kan tale for at det er viktig å tilby et veiledningsopplegg med flere veiledningstimer slik tilfelle var i dette prosjektet.

I oppfølgingsundersøkelsen for de pasientene som deltok i intervensjonen, ble det stilt spørsmål om de opplevde at rådene de fikk ved veiledningen var nyttige (tabell 4) og om de selv opplevde at veiledningen gjorde det lettere å slutte å røyke (tabell 5). Disse spørsmålene ble ikke stilt til deltakerne i kontrollgruppa.

Tabell 4. I hvilken grad opplevde du at rådene du fikk i røykesluttveiledningen var nyttige (prosent)?

	<u>Intervensjon (N=108)*</u>
I svært stor grad	20
I stor grad	47
I liten grad	19
Ikke i det hele tatt	3

*11 % av intervensjonsgruppa besvarte ikke spørsmålet

Tabell 5. I hvilken grad opplevde du at røykesluttveiledningen gjorde det lettere for deg å slutte å røyke?

	<u>Intervensjon (N=108)</u>
I svært stor grad	12
I stor grad	35
I liten grad	27
Ikke i det hele tatt	5
Jeg har ikke sluttet å røyke	10

Resultatene viser at to tredjedeler av pasientene som fikk veiledning, opplevde at denne var nyttig i stor eller svært stor grad. Omtrent halvparten av deltakerne opplevde at veiledning gjorde det lettere for dem å slutte å røyke. Denne type selvrappotering av nytte er først og fremst et uttrykk for pasientene opplevelser av tilbudet. Tilbudet som pasientene fikk inkluderte også tilbud om gratis nikotinerstatningsprodukter, og det kan også være andre grunner til at pasienter lyktes med å slutte å røyke.

4.2 Rekrutteringsprosessen

Rekrutteringsprosessen involverte flere ansatte ved sykehusene og bestod av flere ledd. Legene hadde en sentral rolle fordi det var snakk om deltakelse i et forskningsprosjekt. I utgangspunktet var intervensjonen tiltenkt pasienter som nylig hadde blitt diagnostisert med kreftsykdom. Kreftbehandling fungerer imidlertid slik at pasienter kan få oppfølging ved flere sykehus i løpet av behandlingstiden. Selv om rekruttering skjedde ved førstegangshenvisning til sykehusene som var med i studien, så kunne noen av pasientene ha hatt diagnosen over lengre tid mens andre var nylig diagnostiserte.

En utfordring ved rekrutteringsprosedyrene var å fange opp alle de pasientene som var aktuelle for inkludering i studien. For det første at pasienter som var røykere ble registrert som røykere ved ankomst, for det andre ved at legene fikk beskjed om at pasienten røykte og deretter eventuelt inviterte pasienten til å delta og til sist at det var en røykesluttveileder tilgjengelig.

For veilederne var det uforutsigbart når det møtte opp pasienter til behandlingen som var røykere og derfor kunne vurderes for inkludering i studien. Røykestatus til pasienten ble først kjent ved første oppmøte, ved at pasienten ved oppmøte leverte kartleggingsskjema om røykestatus. I praksis innebar dette at røykesluttveilederne som hadde andre arbeidsoppgaver ved avdelingen, ble kontaktet når det dukket opp en pasient som ønsket å bli inkludert. Dette stilte krav til at veilederne var fleksible i arbeidssituasjonen sin slik at de kunne forlate den ordinære arbeidsoppgaven de var i gang med for å ta seg av nye deltakere i studien. For noen kunne dette oppleves som en slags belastning for avdelingene:

«Nei det handler jo om at man da må forlate det arbeidet man egentlig holder på med. Så hvis man da står i pasientbehandling og får en telefon og må da forlate det og la kollegaene ta over, og slipper alt man har med en gang, så har jo det vært litt ressurskrevende»
(Røykesluttveileder, sykehus 4)

Andre beskrev det som at arbeidssituasjonen ble mer hektisk:

«Det har til tider vært ganske hektiske i forhold til det å kombinere samtale samtidig som man skal gjøre på sin vanlige jobb, særlig når man skal ha den oppstartsamtaalen fordi den ønsker man jo å ha så tidlig som mulig sånn at de kommer i gang før de starter behandling».
(Røykesluttveileder, sykehus 5)

Rekrutteringsprosedyren la i praksis ikke bare opp til en rekrutteringsordning som stilte krav til fleksibilitet innad i avdelingen, det innebar også at veilederne måtte være fleksible med sin egen arbeidstid. En veileder beskrev det som et veldig snevert tidsvindu:

«Og da var det veldig viktig å ta det der og da. Det kunne være [klokken] halv fire, da var du på vei hjem, men det var viktig å svare der og da, for ellers så var toget gått.»

(Røykesluttveileder, sykehus 3)

Innenfor et avgrenset forskningsprosjekt, har rekrutteringen kunnet fungert pga. røykeveilederens innsats. For en mulig permanent ordning vil det trolig være viktig å ha en grad av fleksibilitet, pragmatisme og engasjement fra sykehusenes side. Den ene pasienten som ble intervjuet opplevde det som viktig at det ble presentert som et tilbud der en fikk avtale med en gang:

«At det var legen som sa at det fantes et tilbud, og så fikk jeg en avtale med en gang. Og det var kjempeviktig. At jeg ikke måtte vente i tre dager på en ny avtale, men at det ble tatt da, med en gang» (Pasient 1)

4.2.1 Legenes rolle og engasjement

Røykesluttveilederne gav uttrykk for at rekrutteringsprosedyren i varierende grad fungerte i henhold til den opprinnelige planen. En grunn til at ikke alle pasientene fikk tilbudet kan ha vært at pasienter ved førstegangskonsultasjon får informasjon om avansert kreftbehandling og prognose og det derfor kan ha blitt vurdert som riktig å begrense belastning av informasjon til pasientene ved den anledningen. I tillegg til utfordringen beskrevet ovenfor med å tilpasse rekrutteringen med andre oppgaver, var det utfordringer knyttet til å identifisere og tilby deltakelse til mulige kandidater. Denne utfordringen ble av mange veiledere koplet til legenes rolle i rekrutteringen. Flere opplevde at det kunne være store forskjeller mellom legene i hvor mange pasienter som ble rekruttert. Ved et sykehus ble det beskrevet slik:

«Det er store forskjeller. Det var alltid de samme [legene] som ringte.» (Røykesluttveileder, sykehus 3)

Grunnen til at det var variasjon mellom legene ble av røykesluttveilederne forklart med faktorer som legens manglende kjennskap til tilbudet, eierskap til tematikken eller at legen prioriterte å fokusere på andre sider ved behandling og sykdom under konsultasjonen. Ved et av sykehusene gav veilederne uttrykk for at de hadde brukt en del tid på å informere og skolere legene:

«Vi har hatt flere forelesninger for legene [...] nettopp for å på en måte fortelle dem hva denne studien går ut på og viktigheten av å rekruttere og sånn. Jeg føler vi har mast veldig mye på dem, men det har skjedd veldig lite» (Røykesluttveileder, sykehus 2)

Veilederne opplevde at variasjonen mellom legene ikke bare gjaldt selve rekrutteringen til dette spesifikke prosjektet, men også mer generelt som engasjement for tematikken. En annen røykesluttveileder fortalte om liknende forskjeller mellom leger når det gjelder engasjementet for røykeslutt i behandling:

«Engasjement ja, vi ser at det er enkelte leger som er veldig flinke og har det langt frem i hjernebarken at de skal spørre, mens andre leger ikke har det» (Røykesluttveileder, sykehus 6).

Andre veiledere pekte på at grunnen til at legene opptrådte forskjellig hadde sammenheng med legenes travle hverdag:

«Ellers så tror jeg rett og slett det handler om en hektisk hverdag, jeg tror ikke det er noen av legene våre som ikke synes røykeslutt er viktig.» (Røykesluttveileder, sykehus 4)

Det ble ikke gjort intervju med leger i denne studien. Først og fremst fordi deres rolle i prosjektet primært var knyttet til pasientvurderingen med tanke på deltakelse i forskningsprosjektet hvor det ville bli gjort oppfølgingsundersøkelser etter seks måneder. Et eventuelt fremtidig tilbud om røykesluttveiledning til pasienter som skal i behandling vil kunne tilbys uavhengig av slike vurderinger. Likevel har legene en autoritativ posisjon overfor pasientene, slik at det uansett vil kunne være viktig at legene i konsultasjoner med pasienter løfter temaet om røykevaner og verdien av røykeslutt.

Samtidig var det også røykesluttveiledere som opplevde at leger kunne gi råd til pasientene omkring røyking som hadde et langt mer kortsiktig perspektiv:

«Det jo fortsatt leger som har sagt til pasientene ting som motstrider den prosedyren da, som fortsetter å holde på sånne gamle regler som at «du kan røyke to timer før og to timer etter det er helt greit.» (Røykesluttveileder, sykehus 5)

I motsetning til de tilfellene hvor legene ikke snakker om røykevaner med pasientene i det hele tatt, vil det kunne være mer utfordrende hvis ikke legene er samstemte med annet personell ved sykehusene i hva som kommuniseres til pasientene med hensyn til røykevaner.

4.2.2 Rekruttering via etablerte rutiner

I tillegg til de som ble rekruttert via legen, var det en del potensielle deltakere i studien har blitt fanget opp av røykesluttveilederne selv. Enten har røykesluttveiledere selv sett at røykevaner er nevnt i pasientjournalen eller at de har fanget opp pasienter i forbindelse med at pasienter rutinemessig blir spurt om røykevaner når pasienten skulle ha CT (computed tomography) hvor et av spørsmålene som stråleterapeuten skal stille pasienten er om røykevaner. Andre kunne fortelle om at de fanget opp pasienter i konsultasjoner på poliklinikken.

Erfaringene fra prosjektet tyder på at et tilbud om røykeslutt til kreftpasienter vil være avhengig av en kombinasjon av prosedyrer, pragmatisme og eierskap til tilbudet. I mange tilfeller ble pasienter også rekruttert gjennom veiledernes egen innsats:

«Vi ser at enkelte leger er flinke og rekrutterer og får tak i oss som veiledere, mens veldig mange pasienter blir plukket opp av oss to gjennom føring i journaler eller lignende, der vi har ført at pasienten røyker, eller vi spør pasienten rett ut.» (Røykesluttveileder, sykehus 1)

«Det har vært veldig vanskelig å få legene med på dette, det har hele tiden sklidd igjennom uten at legene har tatt tak i det, så på vår avdeling, stråleterapiavdelingen i alle fall, så har det veldig ofte blitt plukket opp når de kommer til CT her hos oss.» (Røykesluttveileder, sykehus 2)

Som drøftet ovenfor, dreide rekruttering i dette prosjektet seg både om å delta i et røykesluttveiledningsforløp, men også til forskning om dette. Erfaringene fra prosjektet tyder på at en i et eventuelt fremtidig opplegg bør tilpasses etablerte rutiner i størst mulig grad.

4.2.3 Pasientens valg?

Kreftpasienter er mennesker i en alvorlig livskrise. Selv om det er dokumentasjon for at røykeslutt kan bedre effekten av kreftbehandlingen, vil det fremdeles være pasienten selv som må avgjøre om en ønsker å ta imot tilbudet om røykeslutt. Når pasienten er ved sykehuset for å få behandling, er i møter med fagpersoner og ekspertise som skal hjelpe dem, vil det være en vurdering hvordan pasientene skal forespørres om å delta i en slik veiledning. På den ene siden må tilbudet om slik hjelp formidles til alle som er aktuelle for slik veiledning, men på den andre siden bør en vurdere hvordan tilbudet kan formidles på en måte som pasienten opplever som et reelt valg. En utfordring vil være å formidle tilbudet uten at pasienten opplever at dette var et tilbud de *må* takke ja til, særlig når det er legen som spør.

I dette prosjektet var det flere røykesluttveiledere som hadde erfaringer som kunne tyde på at pasienten kunne takke ja til tilbudet da legen spurte, men som i samtalen med røykesluttveilederen likevel gav beskjed om at de ikke ønsket å delta. En røykesluttveileder opplevde for eksempel flere ganger at legen hadde rekruttert en pasient, men når de etterpå snakket med henne sa de at de ikke interessert allikevel fordi: «*Det er noe annet å si det ovenfor legen enn overfor oss*» (Røykesluttveileder, sykehus 3).

Røykesluttveiledere ved andre sykehus kunne fortelle om lignende erfaringer:

«Jeg tror det er vanskelig å si nei til en lege når legen sier at du må slutte å røyke og vi har et tilbud og dette anbefaler vi sterkt at du blir med på. Så når de da slipper unna på første runde så har de en tendens til at det ikke passer på andre og tredje runde og.» (Røykesluttveileder, sykehus 4)

Røykesluttveilederne som ble intervjuet i denne studien gav uttrykk for at de var klar over denne utfordringen, både i forbindelse med rekrutteringen, men også i løpet av veiledningsforløpene. Det var også flere eksempler på pasienter som bare deltok på den første veiledningen, men ikke på flere. Det kan skyldes at pasienten som ble spurt av legen i forkant av en behandlingsrunde har opplevd at det har vært vanskelig å takke nei til der og da, men at det kan ha vært lettere å melde seg av ved neste avtalte veiledning.

Sett fra et helseperspektiv vil det være ønskelig at flest mulig pasienter slutter å røyke i forbindelse med behandlingen. Det er også rimelig at pasienter får denne informasjonen om betydningen av røykeslutt for effekten av behandlingen. Ifølge noen av røykesluttveilederne, var det flere pasienter som gav uttrykk for at de var glade for at de ble spurt så direkte.

En røykesluttveileder opplevde at det av og til ikke var helt klart for pasientene om de skulle få røykesluttveiledning eller delta i et forskningsprosjekt. Hun opplevde at det i den første samtalen med pasient var viktig å avklare dette:

«Når legen eller sekretæren har kontaktet oss for å si at nå er det en aktuell pasient, og vi da har tatt inn denne pasienten til en oppstartssamtale, så har den samtalen vært ganske viktig i forhold til det å avklare litt både dette med at det her er en studie og at vi har fått snakket litt om konsekvenser av røykingen i behandling.» (Røykesluttveileder, sykehus 5)

Det kan både ha sammenhengen med at informasjonen fra legene ikke har vært entydig, men en kan også tenke seg at det for pasientene kan være vanskelig å holde oversikt over all den informasjonen de har fått i den situasjonen de er i.

Det er rimelig å tenke seg at det har vært en viss skjevhet i rekrutteringen til både forskningsdelen og blant dem som har takket ja til å ta imot røykesluttveiledningen. Pasienter som ikke ønsker å slutte å røyke eller ikke ønsker oppmerksomhet omkring egen røykeatferd har sannsynligvis villet delta i mindre grad enn andre.

4.3 Erfaringer fra veiledningen

Røykesluttveilederne opplevde at veiledningstiden både ble brukt til å snakke om røykesluttprosessen, og til å snakke om andre ting som pasientene var opptatt av. Pasienter med alvorlige sykdommer har naturlig nok tanker om mange ting, og røykesluttveilederne kunne oppleve at en i løpet av en veiledningstime også kunne snakke om andre tema relatert til livssituasjonen generelt. I tillegg hadde røykesluttveilederne helsefaglig bakgrunn og arbeidserfaring, så for mange var det naturlig at samtalen også dreide seg om spesifikke spørsmål knyttet til sykdomsforløpet og behandlingen mer generelt.

En røykesluttveileder beskrev det som at det ellers i opplegget rundt behandlingen ikke var lagt opp til særlig tid til samtaler med pasientene, som åpenbart har et behov for samtale generelt:

«Så da har de jo et behov, så hvis de så må prate om noe annet så tenker jo jeg at det er kjempebra at de får muligheten til det, selv om det ikke er det det skal brukes til.» (Røykesluttveileder)

Andre forteller om liknende erfaringer, hvor de har opplevd at de må pensle tematikken tilbake på sporet:

«Det er jo mange som sliter med mange andre ting så jeg har jo av og til følt meg mer som psykolog enn ja... men det har av og til vært litt vanskelig da, har jeg opplevd da, og på en måte pense inn på den samtalen, men jeg føler på en måte at vi må snakke om litt andre ting og for å få de klar til å snakke om den røykingen» (Røykesluttveileder, sykehus 2)

«Men det er noe med at det kommer noen samtaler som kan være litt tunge da fordi de kan jo plutselig fortelle om alt mulig, og da blir det litt sånn at man prøver å ikke ha flere en to, maks tre samtaler på en dag, fordi det blir tungt. Du merker at... du blir ikke sliten av det, men det blir litt mye da»

I utgangspunktet var målsetningen at deltakerne skulle gjennomføre minst fire veiledningstimer. I de aller fleste tilfeller ble første veiledningstime gjennomført i forbindelse med at den første behandlingen ble gjennomført. Neste veiledningstime ble som regel avtalt etter hver veiledningstime, ofte tilpasset til neste behandling. Mange av pasientene som har fått behandling har bodd hjemme hos seg selv, ofte med lang reiseavstand til sykehuset. Både på bakgrunn av den lange reiseveien for pasientene og i koronasituasjonen som oppstod i den siste perioden av prosjektet, ble det ved flere sykehus også gjennomført veiledning over telefon. Erfaringene til røykesluttveilederne med å gi veiledning over telefon var blandet.

4.3.1 Røykesluttveiledernes perspektiv

Røykesluttveilederne i prosjektet var i hovedsak kvinner med helsefaglig bakgrunn, og mange av dem hadde hatt en faglig interesse og engasjement for å gi pasienter støtte og hjelp i røykesluttprosesser. Alle veiledere hadde gjennomført et eget kurs i motiverende intervju (MI) innen tobakksavvenning for kreftpasienter.

Ved et av sykehusene brukte veilederne tid sammen for å snakke om erfaringene sine, som de opplevde kunne bidra til å støtte hverandre:

«Vi har egentlig snakket godt sammen hvis det har vært utfordringer og prøvd å gi hverandre råd eller hvis man har erfaringer man kan dele. Også har jo vi prøvd å ha sånne felles dager innimellom alle fire da, sånn studiedag, så vi får hente oss litt inn og komme med litt konkrete eksempler som vi synes var litt vanskelig for eksempel, så vi har jo prøvd å hjelpe hverandre da» (Røykesluttveileder, sykehus 2)

Denne type erfaringer og behovet for å dele erfaringer med andre kollegaer kunne ha sammenheng med de litt overordnede erfaringer med veiledningen men også fordi samtalene også dreide seg mye om pasientenes livssituasjonen mer generelt.

4.3.2 Opplevelse av skam

De sosiale normene knyttet til røykeatferden i samfunnet generelt har endret seg over lengre tid. For pasienter med en alvorlig kreftdiagnose, er det lett å forestille seg at de kan ha en opplevelse av skam for egen røyking. Lungekreft er den kreftformen som i størst grad kan koples til røyking, men det var få pasienter med lungekreft som deltok i studien. Men røyking er også en risikofaktor for andre kreftformer, og for noen av pasientene kan dette ha blitt opplevd som en dobbel skam at de i det hele tatt røyker og dernest at deres røykeatferd kan ha bidratt til sykdomsutviklingen.

En røykesluttveileder opplevde at mange av pasientene syntes dette var utfordrende:

«At mange ikke klarer å slutte å røyke før de har fått en alvorlig diagnose, det tror jeg mange sliter med. At de ikke en gang klarer å slutte å røyke nå, de vil jo bli friske.» (Røykesluttveileder, sykehus 2)

Deltakerne i dette prosjektet ble rekruttert ved første gangs henvisning til et sykehus, men diagnosedet tidspunktet kan ha ligget lengre tilbake i tid. Det er rimelig å anta at noen røykere har brukt diagnosen og det tidspunktet til å gjøre endringer i egne levevaner og sannsynligvis sluttet flere på egen hånd før de ble henvist til sykehuset. Det er mulig at den gruppen av pasienter som røyker når de skal i behandlingen, er en gruppe av hovedsakelig dagligrøykere som enten ikke har klart å slutte selv eller som kanskje heller ikke har ønsket å slutte.

Røykesluttveiledningen baserte seg på motiverende intervju som er en metode som legger til rette for en dialog mellom veileder og pasient som tar utgangspunktet i pasienten perspektiv for å unngå at veiledningen skal bli moraliserende og oppdragende. Ifølge flere røykesluttveiledere, fikk de tilbakemeldinger fra pasientene på at de satte pris denne siden ved veiledningssamtalene og det var annerledes enn det de hadde forventet.

Ifølge røykesluttveilederne var det særlig to ulike refleksjoner omkring egen røykeatferd blant dem som fikk røykesluttveiledningen. Den ene refleksjonen gikk ut på at endring av røykeatferden ble oppfattet som noe en selv kunne gjøre noe med, i motsetning til selve kreftsykdommen og sykdomsforløpet. Røykesluttveiledere kunne fortelle at pasienter gav uttrykk for at røykesluttprosessen kunne gi en mestringsopplevelse i en ellers vanskelig tid. Den andre refleksjonen gikk i motsatt retning. Flere pasienter som ifølge røykesluttveilederne kunne gi uttrykk for at røykingen ble opplevd som noe positivt som det var vanskelig å legge bort i den situasjonen de ellers befant seg i. Dvs. at i en situasjon med alvorlig sykdom så var røykeatferden sett på som en form for trøst.

5 Diskusjon

I denne studien fant vi en positiv effekt av å tilby et røykesluttopplegg for kreftpasienter som skal i behandling basert på veiledning, Motiverende Intervju og gratis nikotinerstatningsprodukt for dem som ønsker det. Resultatene kan tyde på at rundt 10 % flere kreftpasienter vil slutte å røyke dersom de tar imot et tilbud som dette. Kartleggingen av røykevaner blant pasienter som kom til behandling viste at rundt 20 % av disse røykte eller nylig hadde sluttet. Det gir et bilde på hvor mange pasienter som kan ha nytte av et slikt tilbud.

Utgangspunktet for studien var at kreftpasienter vil ha bedre utbytte av behandling dersom de unngår å røyke i behandlingsperioden. Effekten som er påvist, er målt som røykevaner etter 6 måneder. Tilbakemeldingen fra veiledningen tyder på at røykesluttprosessen har gått over en periode. Vi vet derfor ikke hvor mange av dem som har sluttet etter seks måneder som ikke har røykt i perioden de har fått behandling. Røykeslutt etter seks måneder vil uansett kunne anses som en helsegevinst.

Det er flere metodologiske utfordringer ved studien som kan påvirke gyldigheten til resultatene. Først og fremst fordi deltakelsen i studien ble langt lavere enn antatt. Basert på styrkeberegninger i forkant, var målet å rekruttere 600 pasienter til kontrollgruppen og 600 pasienter til intervensjonsgruppen. Forskerne og sykehusansatte som var involvert i prosjektet anså dette som realistisk. Grunnen til at rekrutteringen likevel ble vanskelig kan ha sammenhengen med at prosedyrene var kompliserte og at det ble utfordrende å forankre rekrutteringsprosessen spesielt ved de største sykehusene. Rekrutteringen ble særlig komplisert pga. forskningsdelen av prosjektet, hvor legen skulle gjøre en vurdering av om en pasient skulle kunne inkluderes eller ei. I et eventuelt fremtidig tilbud om røykesluttveiledning, vil det ikke være nødvendig med en slik vurdering.

En annen metodologisk utfordring når det gjelder å bruke disse resultatene til å si noe om effekten av røykesluttintervensjonen, er at det var et høyt frafall av deltakere mellom baseline og oppfølging. Dette frafallet er problematisk dersom de som har svart på oppfølgingen, er de som i størst grad har hatt nytte av røykesluttintervensjonen. Det er litt lavere frafall i intervensjonsgruppen sammenlignet med kontrollgruppen (53 % vs. 55 %). En robusthetsjekk kan være å anta at alle som ikke svarer, er røykere. En regresjon der vi antar at alle, både i intervensjonsgruppen og i kontrollgruppen, som ikke svarer på oppfølging, røyker, gir en liten reduksjon i effektstørrelsen ($\beta = -11,6$, p -verdi = 0,004), men gir ingen substansielle endringer i konklusjonen. En tilsvarende øvelse der vi lar de som ikke svarer på oppfølging, ha samme røykestatus som de hadde på baseline gir en reduksjon i effektstørrelsen, men endrer ikke konklusjonen om at tiltaket hadde effekt.

Det kan også være en utfordring at kontrollgruppen ved de ulike sykehusene fikk sykehusets eventuelle vanlige røykeslutttilbud. Vi vet at dette varierer fra sykehus til sykehus, og at forskjellen mellom intervensjonsprogrammet og standard tilbud for noen av sykehusene var liten. Dette vil kunne påvirke effekten av intervensjonsprogrammet.

Til slutt er det knyttet utfordringer til selve designet på studien. I utgangspunktet kunne studien bli gjennomført som en randomisert kontrollert studie ved at pasienter ble randomisert til intervensjonsgruppe eller kontrollgruppe fortløpende ved samme avdeling. Det ble imidlertid av de involverte prosjektpartnere vurdert som etisk utfordrende å gjennomføre studien med denne type design. Det valgte designet kan

introdusere to typer av problemer; for det første ved at deltakere i de to gruppene deltok i ulike perioder, og røykeklimaet i samfunnet kan ha endret seg i løpet av denne tida, som strakte seg over mer enn ett år. Røykeklimaet i samfunnet kan påvirke både hvordan folk røyker og hvordan de rapporterer om røykingen sin. For det andre ble ikke deltakerne randomisert til en gruppe, men de ble invitert til enten kontrollgruppa eller intervensjonsgruppa. Dette kan medføre at det blant annet er ulik motivasjon for røykeslutt og annen røykeatferd i de to gruppene. Det kan også være at det er endringer over tid i type pasienter som er inne til behandling. Kanskje den viktigste utfordringen er at designet ikke gir statistisk kontroll over eventuelle endringer over tid som ikke har med intervensjonen å gjøre (som for eksempel utilsiktede endringer i rekrutteringsprosedyrer).

Når det gjelder selve røykeslutttilbudet, gav røykesluttveilederne uttrykk for at veiledningen basert på Motiverende Intervju hadde fungert bra. Samtidig var det også klart at mange pasienter hadde behov for å snakke om mange andre ting de hadde på hjertet, spesielt knyttet til livssituasjonen sin som alvorlig syk. I utgangspunktet skulle pasientene motta minst fire veiledningstimer hver. Tilbakemeldingene fra veilederne kan tyde på at det har vært store variasjoner i hvor mange veiledninger pasientene har fått, og at det har vært utfordringer knyttet til gjennomføring av veiledningen. Mange pasienter bodde et stykke unna sykehuset hvor de gikk i behandling, og veiledningstimene ble derfor gjennomført med forskjellig hyppighet. Mange gjennomførte derfor veiledninger også på telefon, ofte for at pasienten ikke skulle måtte gjennomføre en lengre reise.

Tilbakemeldingene fra røykesluttveilederne som deltok i prosjektet, antydte at det var variasjoner mellom legene når det gjaldt å rekruttere deltakere til prosjektet. Det kan være mange gode grunner til dette, og for prosjektets del var legenes rolle særlig knyttet til inkluderingsprosedyren til selve studien. Det likevel også tenkes at sykehusene kunne gjøre tiltak for å sikre at forankring av eventuelle tilbud om røykeslutt blant hele sykehusets personell.

6 Konklusjon

I denne studien fant vi at hver femte kreftpasient som skal til behandling røyker, eller nylig har sluttet å røyke. Det gir en pekepinn på hvor mange kreftpasienter i behandling som kan være aktuelle for å delta i et røykesluttprogram i regi av behandlende sykehus.

Funnene fra denne studien viser at et tilbud om røykesluttveiledning kombinert med utdeling av gratis nikotinerstatningsprodukt kan ha en positiv effekt i røykeslutforsøk blant kreftpasienter som skal til behandling i sykehus i Norge.

For at et tilbud om strukturert røykesluttveiledning skal fungere, vil det sannsynligvis være viktig at tilbudet er godt forankret i sykehusenes rutiner og en viss fleksibilitet som sikrer oppstart i forbindelse med at pasienten møter opp til behandling.

7 Referanser

1. *The health consequences of smoking: 50 years of progress. A report of the Surgeon General 2014*, U. S. Department of Health and Human Services, Center for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health: Atlanta, GA.
2. Toll, B.A., et al., *Assessing tobacco use by cancer patients and facilitating cessation: an American Association for Cancer Research policy statement*. Clin Cancer Res, 2013. **19**(8): p. 1941-8.
3. Oslo universitetssykehus. *Røyking ved kreftbehandling – anbefalinger ved røykeslutt*. 2016 [cited 2017 21.03]; Available from: <http://ehandboken.ous-hf.no/document/52862>
4. Warren, G.W., S. Sobus, and E.R. Gritz, *The biological and clinical effects of smoking by patients with cancer and strategies to implement evidence-based tobacco cessation support*. Lancet Oncol, 2014. **15**(12): p. e568-80.
5. Lucchiari, C., et al., *Helping patients to reduce tobacco consumption in oncology: a narrative review*. Springerplus, 2016. **5**(1): p. 1136.
6. Cooley, M.E., R. Lundin, and L. Murray, *Smoking cessation interventions in cancer care: opportunities for oncology nurses and nurse scientists*. Annu Rev Nurs Res, 2009. **27**: p. 243-72.
7. Helsedirektoratet. *Røykeavvenning. Nasjonal faglig retningslinje for røykeavvenning*. 2016; Available from: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/roykeavvenning>
8. Lindson-Hawley, N., T.P. Thompson, and R. Begh, *Motivational interviewing for smoking cessation*. Cochrane Database Syst Rev, 2015(3): p. Cd006936.

8 Vedlegg

- 1 Registreringsskjema for røykestatus sendt til potensielle deltakere til studien, identiske skjema til kontroll- og intervensjonsgruppa
- 2.1 Legens registrering av pasientens røykestatus og mulige deltakelse i kontrollgruppa
- 2.2 Legens registrering av pasientens røykestatus og mulige deltakelse i intervensjonsgruppa
- 3.1 Skriftlig informasjon om studien til pasienter for å gi dem muligheten til å gi et informert samtykke til deltakelse i kontrollgruppa.
- 3.2 Skriftlig informasjon om studien til pasienter for å gi dem muligheten til å gi et informert samtykke til deltakelse i intervensjonsgruppa
- 4 Oversikt over datainnsamlingsprosedyre i kontroll- og intervensjonsgruppa
- 5 Skriftlig informasjon til kontrollgruppa, inkludert i baselinespørreskjemaet
- 6 Skriftlig informasjon til intervensjonsgruppa, inkludert i baselinespørreskjemaet
- 7 Baselinespørreskjema (identiske til kontroll og intervensjonsgruppa utenom spm. 33 som bare intervensjonsgruppa fikk på baseline)
- 8 Oppfølgingsspørreskjema til kontrollgruppa
- 9 Oppfølgingsspørreskjema til intervensjonsgruppa
- 10 Løpende røykeregistrering
- 11 Informasjon, individuelle intervju
- 12 Intervjuguide – deltakere
- 13 Intervjuguide – røykesluttveiledere
- 14 Resultater

Vedlegg 1: Registreringsskjema for røykestatus sendt til potensielle deltakere til studien, identiske skjema til kontroll- og intervensjonsgruppaRegistrering av røykestatus

Senter for kreftbehandling ved [Navnet på sykehuset] er interessert i å kjenne til røykevanene dine. Vi vil i en periode registrere røykevaner til alle pasienter som skal til behandling hos oss. Derfor ber vi deg fylle ut skjemaet nedenfor og ta det med til første konsultasjon hos oss.

Røyker du daglig, av og til eller ikke i det hele tatt? Sett ett kryss.

- Daglig
- Enkelte dager
- Ikke nå, slutta for mindre enn 6 uker siden
- Ikke nå, slutta for mer enn 6 uker siden
- Har aldri røykt

Vedlegg 2.1: Legens registrering av pasientens røykestatus og mulige deltakelse i kontrollgruppa

Sykehus: _____

Dato for konsultasjonen (dd.mm.åå): _____. _____. ____.

Pasientens røykestatus (kryss av):

- Røyker daglig
- Røyker enkelte dager
- Røyker ikke nå, slutta for mindre enn 6 uker siden
- Røyker ikke nå, slutta for mer enn 6 uker siden
- Har aldri røykt

Mulighet for deltakelse i prosjektet:

1. Pasienten røyker eller har nylig sluttet og har god prognose (> 12 mndr.): **Kan delta.**
2. Pasienten røyker ikke eller har kort forventet levetid: **Kan ikke delta.**

Hvis pasienten kan delta, gir legen følgende muntlige informasjon om studien ved første konsultasjon:

«..... sykehus deltar i en studie om røykeslutt blant kreftpasienter. Studien gjennomføres av Folkehelseinstituttet i samarbeid med Kreftforeningen. Du har mulighet til å delta i studien. Studien kan bidra til at hjelp til røykeslutt blir integrert i kreftbehandlingen i fremtiden. Om du velger å delta eller ikke, har ingen betydning for ditt forhold til oss og den behandlingen du får fra oss. Du kan lese mer om studien og hva deltakelse innebærer for deg her [Dele ut informasjonsskriv, App C]. Du trenger ikke å gi noen grunn for å takke nei til å delta. Hvis du ønsker å delta, vil en av våre sykepleiere/stråleterapeuter vise deg hvordan du kan fylle ut det elektroniske spørreskjemaet vi bruker. Du kan også ta med deg informasjonsskrivet hjem og fylle ut spørreskjemaet på egen hånd. (Legen må da gi pasienten adressen til nettskjema eller dele ut papirskjema hvis pasienten ikke har tilgang til nett hjemme). Eller vi kan få en sykepleier/stråleterapeut til å ringe deg og ta det over telefon.»

Skjemaene (vedlegg 2) kan **enten** samles og lagres i avdelingen så lenge kontrollgruppeperioden pågår og deretter sendes samlet til:

Folkehelseinstituttet, Postboks 222 Skøyen, 0213 Oslo. Att: Elisabeth Kvaavik

Eller personell som arbeider med forskningsprosjektet på sykehuset kan overføre informasjonen til en tabell og sende denne elektronisk til:

Elisabeth.Kvaavik@fhi.no

Vedlegg 2.2: Legens registrering av pasientens røykestatus og mulige deltakelse i intervensjonsgruppa

Sykehus: _____

Dato for konsultasjonen (dd.mm.åå): _____. _____. ____.

Pasientens røykestatus (kryss av):

- Røyker daglig
- Røyker enkelte dager
- Røyker ikke nå, slutta for mindre enn 6 uker siden
- Røyker ikke nå, slutta for mer enn 6 uker siden
- Har aldri røykt

Mulighet for deltakelse i prosjektet:

1. Pasienten røyker eller har nylig sluttet og har god prognose (> 12 mndr.): **Kan delta.**
2. Pasienten røyker ikke eller har kort forventet levetid: **Kan ikke delta.**

Hvis pasienten kan delta, gir legen følgende muntlige informasjon om studien ved første konsultasjon:

«..... sykehus deltar i en studie om røykeslutt blant kreftpasienter. Studien gjennomføres av Folkehelseinstituttet i samarbeid med Kreftforeningen. Du har mulighet til å delta i studien. Ved å være med får du tilbud om å delta i et røykesluttprogram med individuell veiledning. Studien kan bidra til at hjelp til røykeslutt blir integrert i kreftbehandlingen i fremtiden.

Om du velger å delta eller ikke, har ingen betydning for ditt forhold til oss og den behandlingen du får fra oss. Du kan lese mer om studien og hva deltakelse innebærer for deg her [Dele ut informasjonsskriv, App D] Du trenger ikke å gi noen grunn for å takke nei til å delta.

Hvis du ønsker å delta, vil en av våre røykesluttveiledere vise deg hvordan du kan fylle ut det elektroniske spørreskjemaet vi bruker. Du kan også ta med deg informasjonsskrivet hjem og fylle ut spørreskjemaet på egen hånd. (Legen må da gi pasienten adressen til nettskjema eller dele ut papirskjema hvis pasienten ikke har tilgang til nett hjemme). Eller vi kan få en sykepleier/stråleterapeut til å ringe deg og ta det over telefon.»

Skjemaene (vedlegg 2) kan **enten** samles og lagres i avdelingen så lenge intervensjonsperioden pågår og deretter sendes samlet til:

Folkehelseinstituttet, Postboks 222 Skøyen, 0213 Oslo. Att: Elisabeth Kvaavik.

Eller personell som arbeider med forskningsprosjektet på sykehuset kan overføre informasjonen til en tabell og sende denne elektronisk til:

Elisabeth.Kvaavik@fhi.no

Vedlegg 3.1: Skriftlig informasjon om studien til pasienter for å gi dem muligheten til å gi et informert samtykke til deltakelse i kontrollgruppa.

Bakgrunn og formål med forskningsprosjektet Røykeslutt i kreftbehandling

Forskningsprosjektet «Røykeslutt i kreftbehandling» skal kartlegge hvor mange som slutter å røyke i forbindelse med kreftbehandling. Pasienter som røyker eller som nylig har sluttet å røyke kan delta i studien. Studien kan bidra til at hjelp til røykeslutt blir integrert i kreftbehandling i fremtiden. Studien gjennomføres av Folkehelseinstituttet (FHI) i samarbeid med Kreftforeningen, Oslo universitetssykehus, Ålesund sjukehus, St. Olavs hospital, Nordlandssykehuset HF - Bodø, Haukeland universitetssjukehus og Sørlandet sykehus.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Deltakerne i studien vil bli bedt om å fylle ut to spørreskjema – ett ved studiestart og ett seks måneder senere. Det tar 10-15 minutter å fylle ut spørreskjemaene, som er elektroniske og fylles ut på pc.

Det første spørreskjemaet inneholder spørsmål om hvor lenge deltakeren har røykt, antall sigaretter, debutalder, om de har prøvd å slutte, bruk av hjelpemidler o.l. i tillegg til hva slags kreftdiagnose de har, kjønn, alder, utdanning og sivil status.

Det andre spørreskjemaet inneholder spørsmål om røyking og røykeslutt. Det skjer i forbindelse med kontroll ved sykehuset.

Hva skjer med informasjonen som samles inn?

Alle personopplysninger som samles inn vil bli behandlet konfidensielt. Kun forskerne ved FHI vil ha tilgang til personopplysningene deltakerne gir fra seg. For å ivareta konfidensialitet vil personopplysninger om hver enkelt deltaker lagres i datafiler der den enkelte blir gitt et identitetsnummer adskilt fra deltakerens personnummer eller andre kjennetegn som kan identifisere ham/henne. En liste der identitetsnumrene er koblet med personnumrene lagres adskilt fra øvrige data.

Det vil bli publisert rapporter og vitenskapelige artikler om resultatene fra undersøkelsen, men deltakerne vil ikke kunne gjenkjennes i disse publikasjonene.

Prosjektet avsluttes i desember 2020. Etter prosjektslutt oppbevares identifiserbare data i fem år, til desember 2025, slik at prosjektlederne kan kontakte deltakerne igjen for eventuelle oppfølgingsundersøkelser. Deretter vil alle innsamlede data anonymiseres. Studien er tilrådd av Personvernombudet ved FHI (ref.nr. 17/11231).

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og deltakerne kan når som helst trekke sitt samtykke uten å oppgi grunn. Dersom de trekker seg, vil alle opplysninger om dem bli anonymisert. Det får ikke innvirkning på kreftbehandlingen dersom noen ikke ønsker å delta i studien eller senere velger å trekke seg.

Hva skjer nå?

Hvis du ønsker å delta i studien, vil en sykepleier gi deg tilgang til det første spørreskjemaet idag. Du vil også få hjelp til å fylle det ut hvis du trenger det.

Spørreskjemaadresse: <https://skjema.uio.no/roykeslutt>

Har du spørsmål om studien, kan du sende e-post til Arnfinn.Helleve@fhi.no eller ringe 21 07 88 16.

Vedlegg 3.2: Skriftlig informasjon om studien til pasienter for å gi dem muligheten til å gi et informert samtykke til deltakelse i intervensjonsgruppa

Bakgrunn og formål med forskningsprosjektet Røykeslutt i kreftbehandling

Forskningsprosjektet «Røykeslutt i kreftbehandling» skal kartlegge hvor mange som slutter å røyke i forbindelse med kreftbehandling. I tillegg vil vi undersøke hvor mange pasienter som slutter å røyke når de får tilbud om å delta i et røykesluttprogram i forbindelse med behandling. Andelen som slutter å røyke sammenliknes med røykesluttandelen blant pasienter som ikke får dette tilbudet. Alle pasienter som røyker eller som nylig har sluttet å røyke kan delta i studien. Studien kan bidra til at hjelp til røykeslutt blir integrert i kreftbehandling i fremtiden. Studien gjennomføres av Folkehelseinstituttet (FHI) i samarbeid med Kreftforeningen, Oslo universitetssykehus, Ålesund sjukehus, St. Olavs hospital, Nordlandssykehuset – Bodø, Sørlandet sykehus og Haukeland universitetssjukehus.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Deltakerne i studien vil bli bedt om å fylle ut to spørreskjema – ett ved studiestart og ett seks måneder senere. Det tar 10-15 minutter å fylle ut spørreskjemaene, som er elektroniske og fylles ut på pc.

Det første spørreskjemaet inneholder spørsmål om hvor lenge deltakeren har røykt, antall sigaretter, debutalder, om de har prøvd å slutte, bruk av hjelpemidler o.l. i tillegg til hva slags kreftdiagnose de har, kjønn, alder, utdanning og sivil status.

Det andre spørreskjemaet inneholder spørsmål om røyking og røykeslutt. I tillegg vil røykesluttveilederen notere røykestatus underveis i behandlingsløpet når dere møtes.

Hva skjer med informasjonen som samles inn?

Alle personopplysninger som samles inn vil bli behandlet konfidensielt. Kun forskerne ved FHI og røykesluttveileder på sykehuset (så lenge datainnsamlingen varer) vil ha tilgang personopplysningene deltakerne gir fra seg. Når datainnsamlingen er slutt, overføres alle data til FHI. For å ivareta konfidensialitet vil personopplysninger om hver enkelt deltaker lagres i datafiler der den enkelte blir gitt et identitetsnummer adskilt fra deltakernes personnummer eller andre kjennetegn som kan identifisere ham/henne. En liste der identitetsnumrene er koblet med personnumrene lagres adskilt fra øvrige data.

Det vil bli publisert rapporter og vitenskapelige artikler om resultatene fra undersøkelsen, men deltakerne vil ikke kunne gjenkjennes i disse publikasjonene.

Prosjektet avsluttes i desember 2020. Etter prosjektslutt oppbevares identifiserbare data i fem år, til desember 2025, slik at prosjektlederne kan kontakte deltakerne igjen for eventuelle oppfølgingsundersøkelser. Deretter vil alle innsamlede data anonymiseres. Studien er tilrådd av Personvernombudet ved FHI (ref.nr. 17/11231).

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og deltakerne kan når som helst trekke sitt samtykke uten å oppgi grunn. Dersom de trekker seg, vil alle opplysninger om dem bli anonymisert. Det får ikke innvirkning på kreftbehandlingen dersom noen ikke ønsker å delta i studien eller senere velger å trekke seg.

Hva skjer nå?

Hvis du ønsker å delta i studien, vil en røykesluttveileder gi deg tilgang til det første spørreskjemaet i dag og informere deg om røykeslutttilbudet vårt. Du vil også få hjelp til å fylle ut skjemaet hvis du trenger det.

Spørreskjemaadresse: <https://skjema.uio.no/roykeslutt>

Har du spørsmål om studien, kan du sende e-post til Arnfinn.Helleve@fhi.no eller ringe 21 07 88 16.

Vedlegg 4: oversikt over datainnsamlingsprosedyrer i kontroll- og intervensjonsgruppa

Table 1 Recruitment and data collection procedures in the control group

Visit # in OD	Week/year	Task	Description	Responsible	App.
Notice letter	38/2017	Register the patient's smoking status	The notice letter re. first visit in OD will include a short smoking status registration form (NB. The form does not include any personal identifiable information)	Receptionist/MD/other	A
1	39+/2017	Collect and register patient's smoking status	Receptionist/MD in OD collect/register all patients' smoking status. S/he asks the patient's about smoking status if they have not filled in the short smoking form.	Receptionist/MD/other	B
		Inform eligible patients	Receptionist/MD gives short, oral information about the study and hand out extended written information to eligible participants (smokers and recent quitters who are capable to understand the study concept and to consent, and with survival prognosis at least 12 months).	Receptionist/MD/other depending on the chosen procedure in the specific hospital dep.	B, C
		Invite eligible patients	Receptionist/MD invites eligible patients to participate in the study's control group. Some patients may prefer to read the provided study information at home and decide whether to participate before second consultation.	Receptionist/MD/other	C
1/2	39/40+/2017	Willingness to participation	MD/receptionist refer eligible patients who wish to take part in the study control group to a nurse or radiation therapist.	MD/receptionist	G
		Assessment of smoking status 1	A nurse/radiation therapist/assists the eligible patients to get access to the web-based questionnaire (Q)	Nurse/radiation therapist	G

			(pc, laptop, Ipad or tablet in OD).		
		Consenting to participation	The eligible patients receive extended information about the study in the Q, followed by the question whether s/he consents to participate. Consent release the Q to be filled in immediately.	Nurse/radiation therapist	E, G
1/2	39/40+/2017	Standard care	The participant receive the standard smoking tools/information currently provided by the particular OD.	Nurse/radiation therapist	*
After 6 months	14+/2018	Assessment of smoking status 2	Follow up data collection will be carried out by electronic Q sent to the participant's e-mail address (NIPH) or by filling in the Q in connection with a visit at the hospital dep., by sending paper Q to the patient or by telephone call (nurse/radiation therapist).	MD/Nurse/radiation therapist	H

OD: oncological department, App.: appendix, MD: medical doctor, CG: control group, SCC: smoking cessation counsellor (nurse or radiation therapist), Q. questionnaire. ***Standard care will be described at a later stage.**

Table 2 Recruitment and data collection procedures in the intervention group

Visit # in OD	Week/year	Task	Description	Responsible	App .
Notice letter	10/2019	Register the patient's smoking status	The notice letter re. first visit in OD will include a short smoking status registration form (NB. The form does not include any personal identifiable information)	Receptionist/SCC/MD/other	A
1	11+/2019	Collect and register patient's smoking status	Receptionist/SCC/MD in OD register all patients' smoking status. S/he asks the patient's about smoking status if they have not filled in the short smoking form.	Receptionist/SCC/MD/other	B
		Inform eligible patients	Receptionist/SCC/MD give short, oral information about the study and hand out extended written information to eligible participants (smokers and recent quitters who are capable to understand the study concept and to consent, and with survival prognosis at least 12 months).	Receptionist/SCC/MD/other depending on the chosen procedure in the specific hospital dep.	B, D
		Invite eligible patients	Receptionist/SCC/MD either invites eligible patients to participate in the study's intervention group, or ask the patient to read the provided study information at home and decide whether to participate before second consultation.	Receptionist/SCC/MD/other	C
1/2	11/12+/2019	Willingness to participation	MD/receptionist refer eligible patients who wish to take part in the study intervention group to the smoking cessation counsellor.	MD/receptionist	D

		Assessment of smoking status 1	SCC assists the eligible patients to get access to the web-based questionnaire (Q) (pc, laptop, Ipad or tablet in OD).	SCC	G
		Consenting to participation	The eligible patients receive extended information about the study is included in the Q, followed by the question whether the eligible patient consents to participate. Consent release the Q to be filled in immediately.	SCC	F, G
		Making 1. appointment with the SCC	Making appointment for the first consultation with the SCC	SCC	-
2+	11/12+/2019	Implementation of smoking cessation program (intervention)	The participant receive the first consultation in the smoking cessation program used in all OD.	SCC	*
		Running assessment of smoking status	SCC assess smoking status for each participant at each consultation.	SCC	J
After 6 months	36+/2019	Assessment of smoking status 2	Follow up data collection will be carried out by electronic Q sent to the participant's e-mail address (NIPH) or by filling in the Q in connection with a visit at the hospital dep., by sending paper Q to the patient or by telephone call (SCC/nurse/radiation therapist).	MD/SCC/nurse/radiation therapist	I
After 7 months	40+/2019	Invitation to interview study (10 participants)	PIs inform and invite selected participants to take part in the interview study.	PI	K
After 7 months	41+/2019	Interviews of 10 participants	PIs interviews invited participants who are willing to take part in the interviews. The interviews will be	PI	L

			carried out at a suitable venue chosen by the participant.		
After 7 months	40+/2019	Invitation to interview study (10 SCC)	PIs invite selected SCC to take part in the interview study.	PI	-
After 7 months	41+/2019	Interviews of 10 SCC	PIs interviews invited SCCs who are willing to take part in the interviews. The interviews will be carried out in the OD or by Skype.	PI	M

OD: oncological department, App.: appendix, MD: medical doctor, IG: intervention group, SCC: smoking cessation counsellor (nurse or radiation therapist), Q: questionnaire, PI: principal investigator.

***Intervention program will be described at a later stage.**

Vedlegg 5: Skriftlig informasjon til kontrollgruppa, inkludert i baselinespørreskjemaet.

Røykeslutt i kreftbehandling

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet «*Røykeslutt i kreftbehandling*»

Bakgrunn og formål

Forskningsprosjektet «Røykeslutt i kreftbehandling» skal kartlegge hvor mange som slutter å røyke i forbindelse med kreftbehandling. Pasienter som røyker eller som nylig har sluttet å røyke inviteres til å delta i studien. Det er frivillig å delta. Studien kan bidra til at hjelp til røykeslutt blir integrert i kreftbehandling i fremtiden. Studien gjennomføres av Folkehelseinstituttet (FHI) i samarbeid med Kreftforeningen, Oslo universitetssykehus, Ålesund sjukehus, St. Olavs hospital, Universitetssykehuset Nord-Norge, Haukeland universitetssykehus, Nordlandssykehuset HF og Sørlandet sykehus.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Deltakelse i studien innebærer at du svarer på spørsmål av typen hvor lenge du har røykt, antall sigaretter, debutalder, om du har prøvd å slutte, bruk av hjelpemidler o.l. i tillegg til hva slags kreftdiagnose du har, kjønn, alder, utdanning og sivil status. Det tar 10-15 minutter å fylle ut spørreskjemaet. Om 6 måneder vil vi kontakte deg igjen slik at du kan fylle ut et spørreskjema med spørsmål om røyking og røykeslutt. Det skjer i forbindelse med kontroll her ved sykehuset eller ved ditt lokale sykehus.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Kun forskerne ved FHI vil ha tilgang til personopplysningene du har gitt. For å ivareta konfidensialitet lagres personopplysninger om deg i datafiler der hver deltaker er gitt et identitetsnummer adskilt fra deltakernes personnummer eller andre kjennetegn som kan identifisere deg. En liste der identitetsnumrene er koblet med personnumrene lagres adskilt fra øvrige data.

Deltakerne vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjoner om studien.

Prosjektet avsluttes i desember 2020. Etter prosjektslutt oppbevares identifiserbare data i fem år, til desember 2025, slik at vi kan kontakte deg igjen for deltakelse i eventuelle oppfølgingsundersøkelser. Deretter vil alle innsamlede data anonymiseres.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert. Det får ikke innvirkning på behandlingen din dersom du ikke ønsker å delta i studien eller senere velger å trekke deg. Hvis du vil trekke deg fra studien, kan du gi beskjed til avdelingen der du får behandling, eller sende e-post til Arnfinn.Helleve@fhi.no eller ringe 21 07 88 16.

Studien er tilrådd av Personvernombudet ved FHI (ref.nr. 17/11231).

Vedlegg 6: Skriftlig informasjon til intervensjonsgruppa, inkludert i baselinespørreskjemaet.Røykeslutt i kreftbehandling

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet «*Røykeslutt i kreftbehandling*»

Bakgrunn og formål

Forskningsprosjektet «Røykeslutt i kreftbehandling» skal kartlegge hvor mange som slutter å røyke i forbindelse med kreftbehandling. I tillegg vil vi undersøke hvor mange pasienter som slutter å røyke når de får tilbud om å delta i et røykesluttprogram i forbindelse med behandling. Andelen som slutter å røyke sammenliknes med røykesluttandelen blant pasienter som ikke får dette tilbudet. Alle pasienter som røyker eller som nylig har sluttet å røyke inviteres til å delta i studien. Det er frivillig å delta. Studien kan bidra til at hjelp til røykeslutt blir integrert i kreftbehandling i fremtiden. Studien gjennomføres av Folkehelseinstituttet (FHI) i samarbeid med Kreftforeningen, Oslo universitetssykehus, Ålesund sjukehus, St. Olavs hospital, Nordlandssykehuset – Bodø, Sørlandet sykehus og Haukeland universitetssjukehus.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Deltakelse i studien innebærer at du svarer på spørsmål av typen hvor lenge du har røykt, antall sigaretter, debutalder, om du har prøvd å slutte, bruk av hjelpemidler o.l. i tillegg til hva slags kreftdiagnose du har, kjønn, alder, utdanning og sivil status. Det tar 10-15 minutter å fylle ut spørreskjemaet. Om 6 måneder vil vi kontakte deg igjen slik at du kan fylle ut et spørreskjema med spørsmål røyking og røykeslutt.

I tillegg vil røykesluttveilederen notere røykestatus underveis i behandlingsløpet når dere møtes.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Kun forskerne ved FHI og røykesluttveileder på sykehuset (så lenge datainnsamlingen varer) vil ha tilgang til personopplysningene deltakerne gir fra seg. Når datainnsamlingen er slutt, overføres alle data til FHI. For å ivareta konfidensialitet lagres personopplysninger om deg i datafiler der hver deltaker er gitt et identitetsnummer adskilt fra deltakernes personnummer eller andre kjennetegn som kan identifisere deg. En liste der identitetsnumrene er koblet med personnumrene lagres adskilt fra øvrige data.

Deltakerne vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjoner om studien.

Prosjektet avsluttes i desember 2020. Etter prosjektslutt oppbevares identifiserbare data i fem år, til desember 2025, slik at vi kan kontakte deg igjen for deltakelse i eventuelle oppfølgingsundersøkelser. Deretter vil alle innsamlede data anonymiseres.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi grunn. Dersom du trekker deg vil alle opplysninger om deg bli anonymisert. Det får ikke innvirkning på behandlingen din dersom du ikke ønsker å delta i studien eller senere velger å trekke deg. Hvis du vil trekke deg fra studien, kan du gi beskjed til avdelingen der du får behandling, eller sende e-post til Arnfinn.Helleve@fhi.no eller ringe 21 07 88 16.

Studien er tilrådd av Personvernombudet ved FHI (ref.nr. 17/11231).

Vedlegg 7: Baselinespørreskjema (identiske til kontroll og intervensjonsgruppa utenom spm. 33 som bare intervensjonsgruppa fikk på baseline)

[Skriftlig Informasjon om studien her, Appendix E/F]

Hva er ditt fødselsnummer (11 siffer)? *

Samtykker du til å delta i røykesluttstudien slik den er beskrevet ovenfor? *

Hvis du samtykker kommer du til å få noen spørsmål om røyking som beskrevet i informasjonen du har fått. Du får i alt to spørreskjema som vi ber deg fylle ut – ett nå og ett om 6 måneder.

1. Ja, jeg samtykker til å delta i studien
 2. Nei, jeg ønsker ikke å delta i studien
-

Spørsmål til alle som samtykker til å delta hvis ikke annet er angitt:

1. Røyker du nå?
 - a. Ja, daglig
 - b. Ja, av og til
 - c. Nei, men jeg har røykt før

2. Hva slags tobakk røyker/røykte du vanligvis?
 - a. Ferdigsigaretter
 - b. Rulletobakk
 - c. Pipe
 - d. Sigarer/sigarillos

3. Har du røykt flere enn 100 sigaretter, selvrullede røyk, pipestapper og/eller sigarer/sigarillos (kalles heretter «sigaretter/piper/sigarer») i løpet av ditt liv?
 - a. Ja
 - b. Nei.

Hvis røyker daglig:

4. Hvor mange sigaretter/piper/sigarer røyker du *vanligvis* per dag?

Hvis røyker daglig:

5. Hvor raskt etter at du våkner om morgenen, tar du din første sigarett/pipe/sigar?
 - a. Innen 5 minutter
 - b. 5-30 minutter
 - c. 31-60 minutter
 - d. Mer enn en time

Hvis røyker av og til:

6. Hvor ofte røyker du?
 - a. Sjeldnere enn en dag per uke
 - b. Omtrent en dag per uke

- c. Mer enn en dag per uke

Hvis røyker av og til:

7. Hvor mange sigaretter/piper/sigarer røyker du *vanligvis* per uke?

Hvis tidligere røyker:

8. I tiden du røykte regelmessig, omtrent hvor mange sigaretter/piper/sigarer røykte du da vanligvis per dag?

9. Hvor gammel var du da du begynte å røyke regelmessig? År

Hvis røyker av og til eller har slutta å røyke:

10. Hvor lenge siden er det at du har røykt?

- a. 1 dag
- b. 1 går
- c. 2-7 dager
- d. 1-2 uker
- e. 3-4 uker
- f. 5-6 uker
- g. 7-8 uker
- h. 2-3 måneder
- i. Mer enn 3 måneder

Hvis røyker daglig eller aot:

11. Har du noen gang prøvd å slutte å røyke?

- a. Ja
- b. Nei

Hvis noen gang prøvd å slutte å røyke:

12. Omtrent hvor mange ganger har du prøvd å slutte å røyke de siste 12 månedene?

- a. 1 gang
- b. 2-3 ganger
- c. 4-5 ganger
- d. 6 ganger eller flere
- e. Har ikke prøvd å slutte de siste 12 månedene
- f. Husker ikke

Hvis har prøvd å slutte minst en gang siste året (men altså begynt igjen og røyker nå, ev. har slutta så nylig at han/hun inviteres til å delta i studien):

13. Hvor lenge siden er det du prøvde å slutte sist (se bort fra et ev. nåværende forsøk)?

- a. Mindre enn 1 måned
- b. 1-3 måneder
- c. 4-6 måneder
- d. 7-9 måneder
- e. 10-12 måneder

Hvis har prøvd å slutte minst en gang siste året:

14. Omtrent hvor lenge varte den lengste perioden du holdt opp å røyke siste året?
- Mindre enn en uke
 - 1-2 uker
 - 3-4 uker
 - 1-2 måneder
 - 3-4 måneder
 - 5 måneder eller mer
15. Bruker du snus?
- Ja, daglig
 - Ja, men ikke hver dag
 - Nei, men jeg har brukt snus før
 - Nei, jeg har aldri brukt snus

Hvis snus daglig:

16. Hvor mange porsjoner snus bruker du vanligvis hver dag?

Hvis snus av og til:

17. Hvor mange porsjoner snus bruker du vanligvis hver uke?

Til dem som bruker snus av og til eller har brukt snus før.

18. Når brukte du snus sist?
- 1 dag
 - 1 går
 - 2-7 dager siden
 - 8-30 dager siden
 - 1-3 måneder siden
 - 4-12 måneder siden
 - Mer enn et år siden

19. Bruker du e-sigaretter?
- Ja, daglig
 - Ja, men ikke hver dag
 - Nei, men jeg har brukt det før
 - Nei, har aldri brukt e-sigaretter

Hvis e-sigg daglig, AOT eller tidligere:

20. Bruker du/brukte du e-sigaretter med eller uten nikotin?
- Med nikotin
 - Uten nikotin
 - Begge deler
 - Vet ikke

Hvis Ja, e-sigg daglig:

21. Hvor mange ganger daglig bruker du vanligvis e-sigaretter?

Hvis Ja, e-sigg av og til:

22. Hvor mange ganger i uken bruker du vanligvis e-sigaretter?

Til dem som bruker e-sigaretter av og til eller har brukt det før.

23. Når brukte du sist en e-sigaret?

- q. I dag
- r. I går
- s. 2-7 dager siden
- t. 8-30 dager siden
- u. 1-3 måneder siden
- v. 4-12 måneder siden
- w. Mer enn et år siden

24. Bruker du et eller flere av disse legemidlene, sluttemetodene eller hjelpemidlene nå?

- a. Nikotintyggegummi
- b. Nikotinplaster
- c. Nikotintabletter/pulver/spray
- d. Zyban
- e. Champix
- f. Nikotinporsjonspose fra Zonnic
- g. Nettstedet www.slutta.no
- h. Slutta-appen
- i. Andre apper for røykeslutt
- j. Sosiale medier (f. eks. Facebookgrupper)
- k. Røykesluttkurs
- l. Hypnose
- m. Andre metoder
- n. Ingen av disse

Hvis bruker ett eller flere av følgende: nikotintyggegummi/nikotinplaster/nikotintabletter, pulver, spray/Zyban/Champix/nikotinporsjonspose fra Zonnic:

25. Når brukte du sist nikotintyggegummi/nikotinplaster/ nikotintabletter, pulver, spray/Zyban/Champix/nikotinporsjonspose fra Zonnic?

- a. I dag
- b. I går
- c. 2-7 dager siden
- d. 8-30 dager siden
- e. Mer enn 30 dager siden

Hvis brukt slutta.no:

26. Når besøkte du sist nettsidene www.slutta.no?

- a. I dag
- b. I går
- c. 2-7 dager siden
- d. 8-30 dager siden

- e. Mer enn 30 dager siden

Hvis brukt slutta-appen eller andre apper for røykeslutt, eller sosiale medier for røykeslutt:

27. Når brukte du sist slutta eller andre apper/sosiale medier i forbindelse med røykeslutt?

- a. I dag
- b. I går
- c. 2-7 dager siden
- d. 8-30 dager siden
- e. Mer enn 30 dager siden

Hvis brukt hypnose for røykeslutt:

28. Når brukte du sist hypnose for å slutte å røyke?

- a. I dag
- b. I går
- c. 2-7 dager siden
- d. 8-30 dager siden
- e. Mer enn 30 dager siden

Hvis deltatt på røykesluttkurs:

29. Hvor lenge siden er det sist at du deltok på røykesluttkurs?

- f. I dag
- g. I går
- h. 2-7 dager siden
- i. 8-30 dager siden
- j. Mer enn 30 dager siden

30. Er du?

- a. Kvinne
- b. Mann

31. Hvor gammel er du?

år

32. Hva slags type kreft har du?

33. (Når fikk du din nåværende kreftdiagnose? Måned/år.)

34. Hva slags behandling skal du ha (flere kryss mulig)?

- a. Strålebehandling
- b. Medikamentell behandling (cellegift, immunterapi, hormonbehandling)
- c. Kirurgi (operasjon)

35. Ved hvilket sykehus går du til behandling? *

- a. Helse Møre og Romsdal HF – Ålesund sjukehus
- b. Oslo universitetssykehus
- c. St. Olavs hospital

- d. Nordlandssykehuset - Bodø
- e. Sørlandet sykehus
- f. Haukeland universitetssjukehus

36. Hvor lang skolegang har du?

- a. Grunnskole (7 eller 9 år)
- b. 1-2 årig videregående (framhaldsskole, realskole, gymnas)
- c. 3 årig videregående skole (realskole, gymnas, videregående skole)
- d. 1-4 år på høyskole eller universitet
- e. Mer enn 4 år på høyskole eller universitet

37. Hva er din arbeidssituasjon?

Hvis du er sykemeldt, krysse du av for det alternativet du er sykemeldt fra.

- a. Jeg er i betalt arbeid heltid
- b. Jeg er i betalt arbeid deltid
- c. Jeg er under utdanning
- d. Jeg er arbeidssøkende (mottar dagpenger)
- e. Jeg er uføretrygdet
- f. Jeg er alderspensjonist
- g. Jeg er hjemmeværende
- h. Jeg mottar arbeidsavklaringspenger
- i. Jeg mottar sosialhjelp
- j. Jeg ønsker ikke å svare
- k. Annet/vet ikke

38. Hva er din sivilstatus:

- a. Gift og bor med ektefellen
- b. Samboer (bor med partner)
- c. Gift og bor alene (særbo)
- d. I et fast forhold, men bor alene
- e. Enke/enkemann (og bor alene)
- f. Enslig (og bor alene)
- g. Enslig og bor med andre (venner, barn, søsken, annen familie)
- h. Bor på aldershjem/sykehjem

Hvis gift/samboende eller bor sammen med andre:

39. Røyker den/noen av dem du bor sammen med?

- a. Ja
- b. Nei

Hvis partner eller andre samboere røyker:

40. Røyker han/hun du bor sammen med daglig eller av og til:

- a) Daglig
- b) Av og til

Hvis partner eller andre samboere røyker:

41. Røyker han/hun du bor sammen med innendørs eller utendørs hjemme:

- a) Innendørs hjemme
- b) Utendørs hjemme
- c) Både innendørs og utendørs

Til slutt trenger vi navn og kontaktinformasjon sånn at vi kan kontakte deg om seks måneder for å fylle ut neste spørreskjema

Hva er navnet ditt? _____

Hva er e-postadressen din?

E-postadressen vil eventuelt bli brukt til å sende oppfølgingsundersøkelsen

Hvis du ikke har e-postadresse, kan du skrive postadressen din her:

Hva er telefonnummeret ditt (fasttelefon eller mobilnummer)? _____

Har du kommentarer til selve undersøkelsen, kan du skrive dem her:

**Takk for at du tok deg tid til å fylle ut spørreskjemaet!
Trykk på knappen «Send» nedenfor så får vi registrert svaret ditt.**

Neste skjema får du om 6 måneder.

Til alle som ikke samtykker til å delta:

Takk for svaret!

Trykk på knappen «Send» så får vi registrert at du ikke ønsker å delta i studien om røykeslutt.

Vedlegg 8: 6 måneders spørreskjema til kontrollgruppa**Tekst i følgebrev/e-post:**

Hei

For omtrent seks måneder siden deltok du i spørreundersøkelsen *Røykeslutt i kreftbehandling*. Denne studien gjennomføres av Kreftforeningen og Folkehelseinstituttet i samarbeid med sykehuset der du går til behandling.

Formålet er å kartlegge hvor mange som slutter å røyke i forbindelse med kreftbehandling. Resultatene skal brukes som grunnlag for å utvikle et tilbud om røykeslutt for pasienter i behandling. Vi kontakter deg igjen nå for å be deg fylle ut det andre og siste spørreskjemaet. Det tar 5 til 10 minutter å fylle det ut.

Ved å klikke på lenken nedenfor, kommer du til skjemaet. Skjemaet kan du fylle ut på pc, Mac eller på smarttelefon.

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Kun forskerne ved FHI vil ha tilgang til opplysningene du legger inn i spørreskjemaene. Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke deg uten å oppgi grunn.

Det får ikke innvirkning på behandlingen din dersom du ikke ønsker å delta i studien lenger. Hvis du ønsker å trekke deg fra studien, kan du gi beskjed om det ved å svare på denne e-posten.

Det er fint om du kan fylle spørreskjemaet ut så snart som mulig og innen en uke. Husk å trykke på SEND-knappen når du er ferdig med å fylle ut skjemaet.

<https://skjema.uio.no/roykevaner>

Vennlig hilsen,

Arnfinn Helleve

Forsker, PhD

Avdeling for helse og ulikhet

Folkehelseinstituttet,

Postboks 222 Skøyen, 0213 Oslo, Norge

Tel: (+47) 21 07 88 16

www.fhi.no



Informasjonstekst i spørreskjemaet:**Røykeslutt i kreftbehandling - oppfølging**

For omtrent seks måneder siden deltok du i en undersøkelse om røykeslutt. Her kommer det andre og siste skjemaet du skal fylle ut. Formålet er å kartlegge hvor mange som slutter å røyke i forbindelse med kreftbehandling. Det er frivillig å delta. Studien kan bidra til at hjelp til røykeslutt blir integrert i kreftbehandling i fremtiden. Studien gjennomføres av Folkehelseinstituttet (FHI) i samarbeid med Kreftforeningen, Oslo universitetssykehus, Ålesund sjukehus, St. Olavs hospital, Nordlandssykehuset - Bodø, Haukeland universitetssjukehus og Sørlandet sykehus.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Kun forskerne ved FHI vil ha tilgang til personopplysningene du har gitt. For å ivareta konfidensialitet lagres personopplysninger om deg i datafiler der hver deltaker er gitt et identitetsnummer adskilt fra deltakernes personnummer eller andre kjennetegn som kan identifisere deg. En liste der identitetsnumrene er koblet med personnumrene lagres adskilt fra øvrige data.

Deltakerne vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjoner fra studien.

Prosjektet avsluttes i desember 2020. Etter prosjektslutt oppbevares identifiserbare data i fem år (til desember 2025), slik at vi kan kontakte deg igjen for deltakelse i eventuelle oppfølgingsundersøkelser. Deretter vil innsamlede data bli anonymisert.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert. Det får ikke innvirkning på behandlingen din dersom du ikke ønsker å delta i studien eller senere velger å trekke deg. Hvis du ønsker å trekke deg fra studien, kan du gi beskjed til avdelingen der du får behandling eller sende e-post til arnfinn.helleve@fhi.no eller ringe 21 07 88 16.

Studien er tilrådd av Personvernombudet ved FHI (ref.nr. 17/11231).

Hva er ditt fødselsnummer (11 siffer)?

Røyking

1. Røyker du nå?
 - a. Ja, daglig
 - b. Ja, av og til
 - c. Nei, jeg har sluttet

Hvis røyker daglig eller av og til:

2. Hva slags tobakk røyker du vanligvis?
 - a. Ferdigsigaretter
 - b. Rulletobakk
 - c. Pipe
 - d. Sigarer/sigarillos

Hvis Ja, røyker daglig:

3. Hvor mange sigaretter, selvrullede røyk, pipestapper og/eller sigarer/sigarillos (kalles heretter «sigaretter/piper/sigarer») røyker du *vanligvis* per dag?

4. Har du sluttet å røyke i løpet av det siste halve året og begynt igjen, eller har du røykt hele det siste halve året?
 - a. Jeg sluttet, men begynte igjen
 - b. Jeg har ikke sluttet i det hele tatt det siste halve året

Hvis Dagligrøyker og Ja, slutta, men begynt igjen:

5. Hvor lenge holdt du opp med å røyke?
 - a. Mindre enn 1 uke
 - b. 1 – 2 uker
 - c. 3 – 4 uker
 - d. 1 – 2 måneder
 - e. 3 – 4 måneder
 - f. 5 måneder eller mer

6. Hvor lenge siden er det at du begynte å røyke igjen?
 - a. Mindre enn 1 uke
 - b. 1 – 2 uker
 - c. 3 – 4 uker
 - d. 1 – 2 måneder
 - e. 3 – 4 måneder
 - f. 5 måneder eller mer

Hvis ja, røyker daglig:

7. Hvor raskt etter at du våkner om morgenen, tar du din første sigarett/pipe/sigar?
 - a. Innen 5 minutter
 - b. 5-30 minutter
 - c. 31-60 minutter
 - d. Mer enn en time

Hvis Ja, røyker av og til:

8. Hvor ofte røyker du?
 - a. Sjeldnere enn en dag per uke
 - b. Omtrent en dag per uke

c. Mer enn en dag per uke

9. Hvor mange sigaretter/piper/sigarer røyker du *vanligvis* per uke?

10. Har du sluttet å røyke i løpet av det siste halve året og begynt igjen, eller har du røykt hele det siste halve året?

- a. Jeg sluttet, men begynte igjen
- b. Jeg har ikke sluttet i det hele tatt i løpet av det siste halve året

Hvis AOT-røyker og Ja, slutta, men begynt igjen:

11. Hvor lenge holdt du opp med å røyke?

- a. Mindre enn 1 uke
- b. 1 – 2 uker
- c. 3 – 4 uker
- d. 1 – 2 måneder
- e. 3 – 4 måneder
- f. 5 måneder eller mer

12. Hvor lenge siden er det at du begynte å røyke igjen?

- a. Mindre enn 1 uke
- b. 1 – 2 uker
- c. 3 – 4 uker
- d. 1 – 2 måneder
- e. 3 – 4 måneder
- f. 5 måneder eller mer

Hvis røyker av og til eller har slutta:

13. Hvor lenge siden er det at du har røykt?

- a. I dag
- b. I går
- c. 2 – 7 dager
- d. 1 – 2 uker
- e. 3 – 4 uker
- f. 5 – 6 uker
- g. 7 – 8 uker
- h. 2 – 3 måneder siden
- i. Mer enn 3 måneder

Snus

14. Bruker du snus nå?

- a. Ja, daglig
- b. Ja, men ikke hver dag
- c. Nei, men jeg har brukt snus før
- d. Nei, jeg har aldri brukt snus

Hvis Ja, daglig eller av og til:

Hva slags snus bruker du mest?

- a. Porsjonssnus
- b. Løssnus

Hvis Ja, snus daglig:

15. Hvor mange porsjoner snus bruker du vanligvis hver dag?

Hvis Ja, snus av og til:

16. Hvor mange porsjoner snus bruker du vanligvis hver uke?

Til dem som bruker snus av og til eller har brukt snus før.

17. Når brukte du snus sist?

- a. I dag
- b. I går
- c. 2-7 dager siden
- d. 8-30 dager siden
- e. 1-3 måneder siden
- f. 4-12 måneder siden
- g. Mer enn et år siden

e-sigaretter

18. Bruker du e-sigaretter?

- a. Ja, daglig
- b. Ja, men ikke hver dag
- c. Nei, men jeg har brukt det før
- d. Nei, jeg har aldri brukt e-sigaretter

Hvis Ja, e-sigg daglig:

19. Hvor mange ganger daglig bruker du vanligvis e-sigaretter?

Hvis Ja, e-sigg av og til:

20. Hvor mange ganger i uka bruker du vanligvis e-sigaretter?

Hvis e-sigg daglig, AOT eller tidligere:

21. Bruker du / brukte du e-sigaretter med eller uten nikotin?

- a. Med nikotin
- b. Uten nikotin
- c. Begge deler
- d. Vet ikke

Til dem som bruker e-sigaretter av og til eller har brukt det før.

22. Når brukte du sist en e-sigaret?

- a. I dag
- b. I går
- c. 2-7 dager siden
- d. 8-30 dager siden
- e. 1-3 måneder siden
- f. 4-12 måneder siden

- g. Mer enn et år siden

Nikotinlegemidler og sluttemedikamenter

23. Har du brukt et eller flere av disse legemidlene, sluttemetodene eller hjelpemidlene i løpet av det siste halvåret (6 måneder)? Flere svar mulig
- Nikotintyggegummi
 - Nikotinplaster
 - Nikotintabletter/pulver/spray
 - Zyban
 - Champix
 - Nikotin-porsjonspose fra Zonnic
 - Nettstedet www.slutta.no
 - Slutta-Appen
 - Andre Apper for røykeslutt
 - Sosiale medier (f. eks. Facebookgrupper)
 - Røykesluttkurs
 - Hypnose
 - Andre metoder
 - Ingen av disse

Hvis bruker ett eller flere av følgende: nikotintyggegummi/nikotinplaster/nikotintabletter, pulver, spray/Zyban/Champix/nikotinporsjonspose fra Zonnic:

42. Når brukte du sist nikotintyggegummi/nikotinplaster/ nikotintabletter, pulver, spray/Zyban/Champix/nikotinporsjonspose fra Zonnic?
- I dag
 - I går
 - 2-7 dager siden
 - 8-30 dager siden
 - Mer enn 30 dager siden

Hvis brukt slutta.no:

43. Når besøkte du sist nettsidene www.slutta.no?
- I dag
 - I går
 - 2-7 dager siden
 - 8-30 dager siden
 - Mer enn 30 dager siden

Hvis brukt slutta-appen eller andre apper for røykeslutt, eller sosiale medier for røykeslutt:

44. Når brukte du sist slutta eller andre apper/sosiale medier i forbindelse med røykeslutt?
- I dag
 - I går
 - 2-7 dager siden
 - 8-30 dager siden
 - Mer enn 30 dager siden

Hvis brukt hypnose for røykeslutt:

45. Når brukte du sist hypnose for å slutte å røyke?

- k. I dag
- l. I går
- m. 2-7 dager siden
- n. 8-30 dager siden
- o. Mer enn 30 dager siden

Hvis deltatt på røykesluttkurs:

46. Hvor lenge siden er det sist at du deltok på røykesluttkurs?

- p. I dag
- q. I går
- r. 2-7 dager siden
- s. 8-30 dager siden
- t. Mer enn 30 dager siden

Hvis har slutta å røyke daglig eller av og til, eller slutta og begynt igjen, altså både vellykkede og mislykkede røykeslutforsøk:

24. Opplevde du noe av dette da du sluttet (eller prøvde å slutte) å røyke?

Marker de som er aktuelle.

- a. Nikotin-/sigarettsg
- b. Irritasjon/sinne
- c. Anspenhet/uro/rastløshet
- d. Nedstemthet/ensomhet
- e. Kjedsomhet
- f. Konsentrasjonsvansker
- g. Hodepine/svimmelhet
- h. Trøtthet/søvnproblemer
- i. Munnsår
- j. Mageproblemer (forstoppelse, sultfølelse, annet)
- k. Vektøkning
- l. Oppstemthet/begeistring
- m. Bedre form/lungekapasitet
- n. Bedre smaks- og luktesans

Hvis har slutta å røyke daglig eller av og til, men begynt igjen, altså bare «røykesprekk»/mislykkede slutforsøk:

25. Opplevde du noe av dette rett før du hadde «røykesprekken(e)»?

Marker de som er aktuelle.

- a. Nikotin-/sigarettsg
- b. Irritasjon/sinne
- c. Anspenhet/uro/rastløshet
- d. Nedstemthet/ensomhet
- e. Kjedsomhet
- f. Konsentrasjonsvansker
- g. Hodepine/svimmelhet
- h. Trøtthet/søvnproblemer
- i. Munnsår
- j. Mageproblemer (forstoppelse, sultfølelse, annet)
- k. Vektøkning
- l. Oppstemthet/begeistring
- m. Bedre form/lungekapasitet

n. Bedre smaks- og luktesans

26. Når fikk du din nåværende kreftdiagnose (måned og årstall)? Åpent svar.

**Takk for at du tok deg tid til å fylle ut spørreskjema!
Trykk på knappen «Send» nedenfor så får vi registrert svaret ditt.**

Vedlegg 9: 6 måneders spørreskjema til intervensjonsgruppa Røykeslutt i kreftbehandling - oppfølging

For omtrent seks måneder siden deltok du i en undersøkelse om røykeslutt. Her kommer det andre og siste skjemaet du skal fylle ut. Formålet er å kartlegge hvor mange som slutter å røyke i forbindelse med kreftbehandling. I tillegg vil vi undersøke hvor mange pasienter som slutter å røyke når de får tilbud om å delta i et røykesluttprogram i forbindelse med behandling. Andelen som slutter å røyke sammenliknes med røykesluttandelen blant pasienter som ikke får dette tilbudet. Det er frivillig å delta. Studien kan bidra til at hjelp til røykeslutt blir integrert i kreftbehandling i fremtiden. Studien gjennomføres av Folkehelseinstituttet (FHI) i samarbeid med Kreftforeningen, Oslo universitetssykehus, Ålesund sjukehus, St. Olavs hospital, Nordlandssykehuset – Bodø, Haukeland universitetssjukehus og Sørlandet sykehus.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Kun forskerne ved FHI og røykesluttveileder på sykehuset (så lenge datainnsamlingen varer) vil ha tilgang personopplysningene deltakerne gir fra seg. Når datainnsamlingen er slutt, overføres alle data til FHI. For å ivareta konfidensialitet lagres personopplysninger om deg i datafiler der hver deltaker er gitt et identitetsnummer adskilt fra deltakernes personnummer eller andre kjennetegn som kan identifisere deg. En liste der identitetsnumrene er koblet med personnumrene lagres adskilt fra øvrige data.

Deltakerne vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjoner fra studien.

Prosjektet avsluttes i desember 2020. Etter prosjektslutt oppbevares identifiserbare data i fem år (til desember 2025), slik at vi kan kontakte deg igjen for deltakelse i eventuelle oppfølgingsundersøkelser. Deretter vil innsamlede data bli anonymisert.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert. Det får ikke innvirkning på behandlingen din dersom du ikke ønsker å delta i studien eller senere velger å trekke deg. Hvis du ønsker å trekke deg fra studien, kan du gi beskjed til avdelingen der du får behandling eller sende e-post til arnfinn.helleve@fhi.no eller ringe 21 07 88 16.

Studien er tilrådd av Personvernombudet ved FHI (ref.nr. 17/11231).

Hva er ditt fødselsnummer (11 siffer)?

Røyking

1. Røyker du nå?
 - a. Ja, daglig
 - b. Ja, av og til
 - c. Nei, jeg har sluttet

Hvis røyker daglig eller av og til:

2. Hva slags tobakk røyker du vanligvis?
 - a. Ferdigsigaretter
 - b. Rulletobakk
 - c. Pipe
 - d. Sigarer/sigarillos

Hvis Ja, røyker daglig:

3. Hvor mange sigaretter, selvrullede røyk, pipestapper og/eller sigarer/sigarillos (kalles heretter «sigaretter/piper/sigarer») røyker du *vanligvis* per dag?

4. Har du sluttet å røyke i løpet av det siste halve året og begynt igjen, eller har du røykt hele det siste halve året?
 - a. Jeg sluttet, men begynte igjen
 - b. Jeg har ikke sluttet i det hele tatt det siste halve året

Hvis Dagligrøyker og Ja, slutta, men begynt igjen:

5. Hvor lenge holdt du opp å røyke?

- Måneder
- Uker
- Dager

6. Hvor lenge er det siden du begynte igjen?

- Måneder
- Uker
- Dager

Hvis ja, røyker daglig:

7. Hvor raskt etter at du våkner om morgenen, tar du din første sigarett/pipe/sigar?
 - a. Innen 5 minutter
 - b. 5-30 minutter
 - c. 31-60 minutter
 - d. Mer enn en time

Hvis Ja, røyker av og til:

8. Hvor ofte røyker du?
 - a. Sjeldnere enn en dag per uke
 - b. Omtrent en dag per uke
 - c. Mer enn en dag per uke

9. Hvor mange sigaretter/piper/sigarer røyker du *vanligvis* per uke?

10. Har du sluttet å røyke i løpet av det siste halve året og begynt igjen, eller har du røykt hele det siste halve året?
- Jeg sluttet, men begynte igjen
 - Jeg har ikke sluttet i det hele tatt i løpet av det siste halve året

Hvis AOT-røyker og Ja, slutta, men begynt igjen:

11. Hvor lenge holdt du opp å røyke?

- Måneder
- Uker
- Dager

12. Hvor lenge er det siden du begynte igjen?

- Måneder
- Uker
- Dager

Hvis røyker av og til eller har slutta:

13. Hvor lenge siden er det at du har røykt?

- I dag
- I går
- 2 – 7 dager
- 1 – 2 uker
- 3 – 4 uker
- 5 – 6 uker
- 7 – 8 uker
- 2 – 3 måneder siden
- Mer enn 3 måneder

Snus

14. Bruker du snus nå?

- Ja, daglig
- Ja, men ikke hver dag
- Nei, men jeg har brukt snus før
- Nei, jeg har aldri brukt snus

Hvis Ja, daglig eller av og til:

Hva slags snus bruker du mest?

- Porsjonssnus
- Løssnus

Hvis Ja, snus daglig:

15. Hvor mange porsjoner snus bruker du vanligvis hver dag?

Hvis Ja, snus av og til:

16. Hvor mange porsjoner snus bruker du vanligvis hver uke?

Til dem som bruker snus av og til eller har brukt snus før.

17. Når brukte du snus sist?
- I dag
 - I går
 - 2-7 dager siden
 - 8-30 dager siden
 - 1-3 måneder siden
 - 4-12 måneder siden
 - Mer enn et år siden

e-sigaretter

18. Bruker du e-sigaretter?
- Ja, daglig
 - Ja, men ikke hver dag
 - Nei, men jeg har brukt det før
 - Nei, jeg har aldri brukt e-sigaretter

Hvis Ja, e-sigg daglig:

19. Hvor mange ganger daglig bruker du vanligvis e-sigaretter?

Hvis Ja, e-sigg av og til:

20. Hvor mange ganger i uka bruker du vanligvis e-sigaretter?

Hvis e-sigg daglig, AOT eller tidligere:

21. Bruker du / brukte du e-sigaretter med eller uten nikotin?
- Med nikotin
 - Uten nikotin
 - Begge deler
 - Vet ikke

Til dem som bruker e-sigaretter av og til eller har brukt det før.

22. Når brukte du sist en e-sigarette?
- I dag
 - I går
 - 2-7 dager siden
 - 8-30 dager siden
 - 1-3 måneder siden
 - 4-12 måneder siden
 - Mer enn et år siden

Nikotinlegemidler og sluttemedikamenter

23. Har du brukt et eller flere av disse legemidlene, sluttemetodene eller hjelpemidlene i løpet av det siste halvåret (6 måneder)? Flere svar mulig
- Nikotintyggegummi
 - Nikotinplaster

- c. Nikotintabletter/pulver/spray
- d. Zyban
- e. Champix
- f. Nikotin-porsjonspose fra Zonnic
- g. Nettstedet www.slutta.no
- h. Slutta-Appen
- i. Andre Apper for røykeslutt
- j. Sosiale medier (f. eks. Facebookgrupper)
- k. Røykesluttkurs
- l. Hypnose
- m. Andre metoder
- n. Ingen av disse

Hvis bruker ett eller flere av følgende: nikotintyggegummi/nikotinplaster/nikotintabletter, pulver, spray/Zyban/Champix/nikotinporsjonspose fra Zonnic:

24. Når brukte du sist nikotintyggegummi/nikotinplaster/ nikotintabletter, pulver, spray/Zyban/Champix/nikotinporsjonspose fra Zonnic?
- a. I dag
 - b. I går
 - c. 2-7 dager siden
 - d. 8-30 dager siden
 - e. Mer enn 30 dager siden

Hvis brukt slutta.no:

25. Når besøkte du sist nettsidene www.slutta.no?
- a. I dag
 - b. I går
 - c. 2-7 dager siden
 - d. 8-30 dager siden
 - e. Mer enn 30 dager siden

Hvis brukt slutta-appen eller andre apper for røykeslutt, eller sosiale medier for røykeslutt:

26. Når brukte du sist slutta eller andre apper/sosiale medier i forbindelse med røykeslutt?
- a. I dag
 - b. I går
 - c. 2-7 dager siden
 - d. 8-30 dager siden
 - e. Mer enn 30 dager siden

Hvis brukt hypnose for røykeslutt:

27. Når brukte du sist hypnose for å slutte å røyke?
- a. I dag
 - b. I går
 - c. 2-7 dager siden
 - d. 8-30 dager siden
 - e. Mer enn 30 dager siden

Hvis deltatt på røykesluttkurs:

28. Hvor lenge siden er det sist at du deltok på røykesluttkurs?
- I dag
 - I går
 - 2-7 dager siden
 - 8-30 dager siden
 - Mer enn 30 dager siden

Hvis har slutta å røyke, eller slutta og begynt igjen:

29. Opplevde du noe av dette da du sluttet eller prøvde å slutte å røyke?
Marker de som er aktuelle.
- Nikotin-/sigarettusug
 - Irritasjon/sinne
 - Anspenhet/uro/rastløshet
 - Nedstemthet/ensomhet
 - Kjedsomhet
 - Konsentrasjonsvansker
 - Hodepine/svimmelhet
 - Trøtthet/søvnproblemer
 - Munnsår
 - Magproblemer (forstoppelse, sultfølelse, annet)
 - Vektøkning
 - Oppstemthet/begeistring
 - Bedre form/lungekapasitet
 - Bedre smaks- og luktesans

Hvis har slutta, men begynt igjen, altså «røykesprekk»:

30. Opplevde du noe av dette rett før eller rett etter at du hadde en «røykesprekk»?
Marker de som er aktuelle.
- Nikotin-/sigarettusug
 - Irritasjon/sinne
 - Anspenhet/uro/rastløshet
 - Nedstemthet/ensomhet
 - Kjedsomhet
 - Konsentrasjonsvansker
 - Hodepine/svimmelhet
 - Trøtthet/søvnproblemer
 - Munnsår
 - Magproblemer (forstoppelse, sultfølelse, annet)
 - Vektøkning
 - Oppstemthet/begeistring
 - Bedre form/lungekapasitet
 - Bedre smaks- og luktesans

Compliance - bare til dem som har fått tilbud om å delta i intervensjonen:

31. Hvor ofte har du fått tilbud om samtale med og veiledning hos røykesluttveilederen i løpet av de siste 6 månedene?
- Hver gang jeg var til behandling/kontroll
 - De fleste gangene jeg var til behandling/kontroll

- c. Om lag halvparten av gangene jeg var til behandling/kontroll
- d. Mindre enn halvparten av gangene jeg var til behandling/kontroll
- e. Omtrent aldri eller aldri

32. Hvor ofte takket du ja til samtale/veiledning når du fikk tilbud om dette?

- a. Hver gang jeg fikk tilbudet
- b. De fleste gangene jeg fikk tilbudet
- c. Om lag halvparten av gangene jeg fikk tilbudet
- d. Mindre enn halvparten av gangene jeg fikk tilbudet
- e. Omtrent aldri eller aldri

33. Omtrent hvor mange ganger du snakket med røykesluttveilederen de siste 6 månedene?

34. I hvilken grad gav røykesluttveilederen nyttige råd for å opprettholde røykeslutt da du snakket med ham/henne?

- a. I svært stor grad
- b. I noen grad
- c. I liten grad
- d. Ikke i det hele tatt

35. I hvilken grad var røykesluttveilederen støttende i forbindelse med din røykeslutt da du snakket med ham/henne?

- a. I svært stor grad
- b. I noen grad
- c. I liten grad
- d. Ikke i det hele tatt

36. Fikk du tilbud om nikotinlegemidler av røykesluttveilederen? Kryss av for alt du fikk tilbud om, for det du takket ja til og for om du brukte det som forskrevet.

Legemiddel	Fikk tilbud	Takket ja	Brukte som forskrevet
Nikotin-tyggegummi			
Nikotinplaster			
Nikotintabletter			
Nikotinpulver			
Nikotininhalator/spray			
Nikotin-porsjonspose fra Zonnic			
Annet			

37. Når fikk du din nåværende kreftdiagnose (måned og årstall)? Trekkliste over alle månedene og årene fra 1900 til 2017.

**Takk for at du tok deg tid til å fylle ut spørreskjema!
Trykk på knappen «Send» nedenfor så får vi registrert svaret ditt.**

Vedlegg 10: Løpende kartlegging av røykestatus i intervensjonsgruppa.

Røykestatus registreres ved hver røykesluttsamtale i røykesluttprogrammet.

Deltakerens navn:

Fødselsnummer:

1. Røyker du nå?
 - a) Nei
 - b) Ja, men ikke hver dag
 - c) Ja, daglig

Hvis Ja:

2. Har du sluttet å røyke etter at du begynte på behandlingen, men begynt å røyke igjen, eller har du røykt hele tida siden du begynte i behandling her?
 - a) Ja, slutta å røyke, men begynte igjen
 - b) Nei, har ikke slutta i det hele tatt etter påbegynt kreftbehandling

Hvis slutta og begynt igjen:

3. Hvor lenge holdt du opp å røyke før du «sprakk»?
 - Måneder
 - Uker
 - Dager
4. Hvorfor «sprakk» du?
.....
.....
5. Vil du fortsette å delta i røykesluttprogrammet?
 - a) Nei
 - b) Ja

Hvis nei på 5:

6. Hvorfor ønsker du ikke å delta i programmet lenger?
.....
.....

Hvis ja på 5:

7. Neste konsultasjon (kryss av):
Møte på avdelingen På telefon Dato: Tidspunkt:

Vedlegg 11: Førespurnad om intervju, deltakarar i prosjektet

”Røykeslutt i kreftbehandling”

Bakgrunn og føremål

Det siste halve året har du vore med som deltakar i forskingsprosjektet «Røykeslutt i kreftbehandling». Føremålet med prosjektet har vore å undersøkje effekten av eit tilpassa og intensivt røykesluttprogram for kreftpasientar i behandling. Datainnsamlinga i prosjektet går framleis føre seg. Som ein del av prosjektet skal det også gjennomførast personleg intervju med eit utval av pasientar som har delteke i dette røykesluttprogrammet.

Føremålet med desse intervjuane er å gå litt meir i djupna med dei erfaringane du og dei andre deltakarane har hatt. Analysen av desse intervjuane vil verta brukt til å gje ei betre forståing av resultatane i hovudstudien. Det er ynskjeleg å intervjuje både pasientar som lukkast og pasientar som ikkje har lukkast med røykeslutt.

Du er ein av dei som me gjerne vil gjera eit intervju med.

Kva inneber det å bli intervjuet?

Intervjuet vil bli gjennomført av ein forskar frå Folkehelseinstituttet på eit tidspunkt og stad som passar best for deg. Intervjuet vil ta inntil ein time og kan gjennomførast på eit egna rom på sjukehuset ditt, eller ein anna stad om du ynskjer det. Intervjuet vil gå føre seg som ein samtale der dine synspunkt, tankar og erfaringar vil styre innhaldet. Det vil verta gjort opptak av intervjuet som seinare blir transkribert før det deretter blir sletta.

Kva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysningar vert handsame konfidensielt. Det er berre forskarar ved FHI som vil ha tilgang til dei personopplysningane som er gjevne. I det transkriberte intervjuet og i dataanalysen vil alle svar som kan koplatt til deg som person bli gjort anonyme. Du vil derfor ikkje kunne kjennast igjen i rapportar og publikasjonar frå studien.

Frivillig deltaking

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekkje ditt samtykke utan å oppgje grunn. Dersom du trekkjer deg under eller etter at intervjuet er gjennomført, vil ikkje noko av det du har bidrege med bli brukt i studien.

Studien er meldt til Personvernombodet ved Folkehelseinstituttet.

Vedlegg 12: intervjuguide til deltakere**RØYKJESLUTT I KREFTBEHANDLINGA**

Tematisk intervjuguide

Intervju med kreftpasientar som deltek i røykjesluttprogram

1. Røykjestatus og røykjarahistorikk

Kor lenge har du røykt?

Kva tidlegare erfaringar har du med å slutte å røykje?

Kva røykjesluttmetodar har du erfaringar med frå før?

2. Om å få tilbodet

Korleis opplevde du det å få røykjeslutttilbod i samband med kreftbehandlinga?

Korleis blei tilbodet presentert for deg?

Kva vurderingar gjorde du av tilbodet før du takka ja til å delta?

3. Erfaringar frå å ha delteke i røykjeslutttilbodet

Korleis vil du skildre dialogen med røykjesluttrettleiaren?

Kva tykkjer du har vore det viktigaste utbytte for deg?

Er det noko du tykkjer skulle ha vore annleis i det tilbodet du har fått?

4. Røykjeslutt i kreftbehandling

Korleis er det å prøve å slutte å røykje samstundes med at du er i kreftbehandling?

Korleis er det noverande slutteforsøket samanlikna med tidlegare sluttforsøk?

5. Bakgrunnsvariablar

Kjønn, alder, sivil status, utdanning

Vedlegg 13: intervjuguide til røykesluttveiledere**RØYKJESLUTT I KREFTBEHANDLINGA**

Tematisk intervjuguide

Intervju med røykesluttrettleiarar

1. Erfaring som rettleiar

Kva erfaring har du med å jobbe med rettleiing for røykeslutt?

Kva var grunnen til at du har teke på deg denne oppgåva?

2. Mottaking av tilbodet

Korleis har pasientane respondert på tilbodet om å slutte å røykje i samband med behandlinga?

Kva inntrykk har du av dei vurderingane pasientane har gjort seg før dei takka ja til tilbodet?

I kva grad har pasientane opplevd at dei har hatt eit reelt val om å ta i mot tilbodet?

3. Erfaringar med røykeslutttilbodet

Korleis tykkjer du at tilbodet om røykeslutt har fungert meir generelt?

Korleis vil du skildre ein typisk rettleiingstime?

Korleis vil du skildre dialogen omkring røykeslutt med kreftpasientane?

4. Røykeslutt i kreftbehandling

Kor motivert har pasientane vore for røykeslutt samstundes me å vera i behandling?

I kva grad har du inntrykk av at pasientane prioriterer røykeslutt i den livssituasjonen dei er i?

I kva grad har rettleiingssamtalane omhandla andre ting enn røykeslutt?

5. Bakgrunnsvariablar

Kjønn, alder, utdanning

Vedlegg 14: Resultater

Tabell A1 Røykestatus på baseline og seks måneders oppfølging i kontroll- og intervensjonsgruppa*

	Baseline		6 måneders oppfølging	
	Kontroll (N=208)	Intervensjon (N=232)	Kontroll (N=102)	Intervensjon (N=108)
Røyker daglig	69 %	82 %	51 %	44 %
Røyker av og til	14 %	8 %	20 %	17 %
Sluttet å røyke**	16 %	9 %	28 %	40 %

*Alle som besvarte spørreskjemaet på baseline og alle som besvarte på oppfølging (bruttoutvalget)

**For mindre enn seks uker siden

Tabell A2 Annen tobakksatferd på baseline for dagligrøykerne i nettoutvalget (%)

Røyking	Kontroll (N=67)	Intervensjon (N=82)	Alle (N=149)
Ferdigrøyk blant dagligrøykere	55	56	56
Rulletobakk blant dagligrøykere	39	43	41
Noen gang sluttet å røyke tidligere	75	86	81
Noen gang brukt et	33	<u>28</u>	30
Snusbruk			
Daglig	1	1	1
Av og til	3	2	3
Tidligere	4	5	4
Aldri	91	93	92
E-sigarettbruk*			
Daglig	5	3	4
Av og til	9	6	7
Tidligere	24	22	23
Aldri	62	69	66

*Elektroniske sigaretter

Tabell A3 Bruk av snus og e-sigaretter samt sluttehjelpemidler ved seks måneders oppfølging (prosent).

	<i>Kontroll</i> (N=91)	<i>Intervensjon</i> (N=108)	<i>Alle</i> (N=199)
Snusbruk			
Daglig	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>3</u>
Av og til	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>3</u>
Tidligere	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>3</u>
Aldri	<u>91</u>	<u>94</u>	<u>92</u>
E-sigaretbruk			
Daglig	<u>6</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
Av og til	<u>11</u>	<u>7</u>	<u>9</u>
Tidligere	<u>17</u>	<u>26</u>	<u>22</u>
Aldri	<u>67</u>	<u>64</u>	<u>65</u>
Noen gang brukt et røykeslutthjelpemiddel	<u>34</u>	<u>46</u>	<u>35</u>

Tabell A4 Opplevde problemer ved røykeslutforsøk ved seks måneders oppfølging for de som sluttet å røyke (prosent).

	<i>Kontroll</i> (N=28)	<i>Intervensjon</i> (N=43)	<i>Alle</i> (N=71)
<u>Nikotin-/sigarettssug</u>	<u>42</u>	<u>58</u>	<u>52</u>
<u>Irritasjon/sinne</u>	<u>7</u>	<u>23</u>	<u>17</u>
<u>Anspenhet/uro/rastløshet</u>	<u>14</u>	<u>47</u>	<u>34</u>
<u>Nedstemthet/ensomhet</u>	<u>4</u>	<u>21</u>	<u>14</u>
<u>Kjedsomhet</u>	<u>18</u>	<u>30</u>	<u>25</u>
<u>Konsentrasjonsvansker</u>	<u>4</u>	<u>16</u>	<u>11</u>
<u>Hodepine/svimmelhet</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>4</u>
<u>Tretthet/søvnproblemer</u>	<u>4</u>	<u>12</u>	<u>9</u>
<u>Munnsår</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>
<u>Mageproblemer</u>	<u>4</u>	<u>7</u>	<u>6</u>
<u>Vektøkning</u>	<u>36</u>	<u>42</u>	<u>39</u>
<u>Oppstemthet/begeistring</u>	<u>0</u>	<u>16</u>	<u>10</u>
<u>Bedre form/lungekapasitet</u>	<u>29</u>	<u>53</u>	<u>44</u>
<u>Bedre smak- og luktesans</u>	<u>46</u>	<u>53</u>	<u>51</u>

Tabell A5 Opplevde problemer ved røykeslutforsøk ved seks måneders oppfølging for dem som ikke sluttet å røyke eller som sluttet og begynte igjen (prosent).

	<i>Kontroll</i> (N=46)	<i>Intervensjon</i> (N=47)	<i>Alle</i> (N=93)
<u>Nikotin-/sigarettssug</u>	<u>15</u>	<u>28</u>	<u>22</u>
<u>Irritasjon/sinne</u>	<u>2</u>	<u>13</u>	<u>8</u>
<u>Anspenhet/uro/rastløshet</u>	<u>9</u>	<u>23</u>	<u>16</u>
<u>Nedstemthet/ensomhet</u>	<u>0</u>	<u>21</u>	<u>11</u>
<u>Kjedsomhet</u>	<u>2</u>	<u>21</u>	<u>12</u>
<u>Konsentrasjonsvansker</u>	<u>0</u>	<u>2</u>	<u>1</u>
<u>Hodepine/svimmelhet</u>	<u>2</u>	<u>4</u>	<u>3</u>
<u>Tretthet/søvnproblemer</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>
<u>Munnsår</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>
<u>Mageproblemer</u>	<u>0</u>	<u>9</u>	<u>4</u>
<u>Vektøkning</u>	<u>9</u>	<u>6</u>	<u>8</u>
<u>Oppstemthet/begeistring</u>	<u>0</u>	<u>4</u>	<u>2</u>
<u>Bedre form/lungekapasitet</u>	<u>4</u>	<u>13</u>	<u>9</u>
<u>Bedre smak- og luktesans</u>	<u>4</u>	<u>17</u>	<u>11</u>

Utgitt av Folkehelseinstituttet
Mai 2021
Postboks 4404 Nydalen
NO-0403 Oslo
Telefon: 21 07 70 00
Rapporten kan lastes ned gratis fra
Folkehelseinstituttets nettsider www.fhi.no