
Stumper moralismen i kamp mot røyken

VI INTERVJUER

PER HALVORSEN

Email: per.halvorsen@legeforeningen.no

Tidsskriftet

“...så skrek han høyt. Det var angsten som kom flygende med panikken i nebbet. Ganske uten annen hjelp enn sitt eget lille jeg skulle han heretter møte alle som kom for å ta ham. Heretter måtte han lære å forsvare seg uten fyr på lighteren først”.

Slik er det å slutte å røyke ifølge dagbladjournalist Sissel Benneche Osvold (1). Overlege Frode Gallefoss ved Vest-Agder sentralsykehus setter gjerne navnet sitt under beskrivelsen. Hvor vanskelig det kan være, får han daglige påminnelser om av pasienter som sliter med en selvfølelse som det knapt er annet enn sneipen igjen av.

– Noen forteller at de får dårlig samvit-

tighet hver eneste gang de tar en røyk. Å møte disse menneskene med moralisme vil være det samme som å kutte av den hånden de rekker ut etter hjelp, sier han.

I arbeidet for å bekjempe den vestlige verdens helseproblem nummer én, vil lungelegen ha allmennlegene på banen. Men da råder han dem til å åpne armene og legge ned pekefingeren først.

Tobakk på samvittigheten



Frode Gallefoss anbefaler allmennlegene å møte røykerne med åpne armer fremfor med hevet pekefinger. Foto P. Halvorsen

Vi legger merke til det idet vi begir oss ut av lungepoliklinikken bakveien: Vi kapper usynlige røyketråder spent opp foran døren av grønnkledd helsepersonell som har innvilget seg en “fem-minutt”. En pakke Prince og en plastlighter ligger på hjørnet av en betongplattform og venter på sug. Lungelege Gallefoss føler ingen grunn til å hovre, selv om han selv ikke har mer enn rundt regnet 500 gram pipetobakk på samvittigheten. Det ble svidd av i løpet av studiedagene i Dublin. Der hadde Tønsberg-gutten klart å karre seg inn på medisinstudiet med språk- og musikklinje som ballast. Han orket ikke tanken på å måtte ta matematikk- og fysikkartium som kreves for opptak til første

avdeling medisin ved fakultetene i Norge. Vanerøyker ble han aldri, men han nekter ikke for å ha kjent lengselen etter den optimale følelsen av fylde som bare en blås etter en bedre middag kan gi.

Ikke et sekund har han behov for å undervurdere hvor vanskelig det er å kutte ut røyken. – Desto viktigere er det at de som skal intervenere, tenker igjennom hvordan de gjør det, mener han. Sammen med kollega Per M. Mathisen har han derfor utviklet et dataprogram for røykeavvenning til bruk i allmennhelsetjenesten. Ved å hjelpe legene til strukturerte samtaler om røykeavvenning, håper Gallefoss å kunne senke terskelen for tobakkssintervensjon. Flere undersøkelser viser at selv meget enkel veiledning fra allmennleger fører til at 5–8 % av røykerne slutter (2). Og når vi vet at tobakken krever 8 000 liv hvert år bare i Norge, skulle det meste være sagt om behovet for innsats.

Samtalen som verktøy

Gallefoss hadde kjent på det lenge: Her hadde han tatt Norges dyreste utdanning, og så var han nødt til å bruke tiden på å behandle unødvendige sykdommer!

– I stedet for å sitte å se på at folk røyker seg inn i døden, måtte jeg finne på noe som kunne gjøre det enklere å komme på talefot med pasienten om hvordan vedkommende best kan avvikle forholdet til tobakken. Så lenge jeg kan gjøre noe, kan jeg alltid leve med litt frustrasjon, sier han.

Gallefoss' utgangspunkt er å finne den enkelte pasients terskel for å ville snakke om røykeavvenning. Det krever et bevisst forhold til pasientkommunikasjon og samtalen som klinisk verktøy. "Åpne spørsmål" er et nøkkelbegrep, for eksempel "Hva tenker du selv om dette med tobakken?".

– Dette er et åpent, fortrolig og udogmatisk spørsmål som innbyr til et åpent og fortrolig svar. Det er blottet for føringer, vitner om positiv nysgjerrighet og signaliserer at avsenderen ikke har behov for å trenge seg på med sin egen person og sine egne synspunkter. Lukkede spørsmål, ja/nei-spørsmål, bærer svært ofte i seg moralisme. De signaliserer forutinntatthet og fordommer og er iblandet for mye av avsenderens person, forklarer Gallefoss.

Han mener røykende pasienter kan inndeles i tre kategorier: Kunden, som sier "Ja, jeg vil slutte, kan du hjelpe meg" og kaster seg over første og beste tilbud om røykeavvenning. Klageren, som har en viss motivasjon, men som for eksempel er bekymret for å gå opp i vekt hvis han ikke pleier regelmessig omgang med sigarettene, og den besøkende som kan møtes med lite annet enn standardisert informasjonsmateriell.

– Ved å kartlegge hvor på motivasjonsskalaen røykeren befinner seg, kan man på en mye enklere måte skreddersy intervensjonen. Derfor må man engasjere pasienten i å klargjøre sin egen bestilling og hva det er vedkommende egentlig vil at du som lege skal hjelpe ham med, sier han.

Enkle virkemidler

– Er det ikke fristende for en lege å slå nevene i bordet og synge ut med et: “Hør nå her, din tobeinte luftforurensner av en slavesjel, hvis du ikke har noe annet å gjøre enn å forlenge helsekøene med dine selvpåførte plager, kan du ta med deg lungene dine et annet sted?”

– Det kan være fristende å moralisere, men det vil neppe hjelpe. Jeg tror vi kan oppnå mye med enkle virkemidler. Men

leger generelt kan være så fastgrodd i det høyteknologiske avanserte at de glemmer å foreta de enkle grepene. Resultatet er at de enten løfter pekefingeren eller blir de reneste nihilister og tenker: “Dette må du ordne opp i selv.” Da har man imidlertid fraskrevet seg ansvaret for å bidra til å løse et av de virkelig store helseproblemene i vår tid, sier Gallefoss.

– Hvorfor er det så vanskelig å nå målene i handlingsplanen for et røykfritt Norge i 2000 fra 1989?

– På begynnelsen av 1990-tallet var bevilgningene til Tobakksskaderådet minimale. Det var rett og slett lite penger til å drive primærforebygging. Det er først og fremst på dette feltet Norge ikke har vært gode nok, ifølge Verdens helseorganisasjon. Dette gav heller ikke Tobakksskaderådet anledning til å bruke fantasien. Men i takt med at bevilgningene har økt, er det også oppnådd resultater. I øyeblikket opplever vi den laveste andelen dagligrøykere i Norge siden Tobakksskaderådet ble etablert i 1973, sier han (3).

I 1995 fikk Gallefoss Verdens helseorganisasjons gullmedalje for forebyggende arbeid mot tobakksskader. Året før mottok han informasjonsprisen for 1994 av Agder-avdelingen av Forum for offentlig informasjon.

Det som gjør både primærforebygging og røykeavvenning så utfordrende og vanskelig, er ifølge overlegen at det finnes så mange veier til målet.

– Det er flere ting som fungerer. Utfordringen blir å finne ut hva som fungerer for hvem. Noen må ha nøktern informasjon, andre reagerer best på skremselspropaganda. Overfor jenter nytter det kanskje å argumentere med at de får kalde hender, dårlig ånde eller gule tenner av å røyke. Uansett: Skal man gjøre noe som monner, nytter det ikke bare med en enkelt kortvarig kampanje. Man må møte problemet fra flere kanter samtidig, og det må skje over tid, påpeker han.

Lagspiller med pasienten

Lungelegens sans for å spille på lag med pasientene, er også kommet til uttrykk gjennom hans arbeid for astmapasienter. Med etableringen av Astmaskolen på midten av 1990-tallet, ønsket han å overlate mer av kontrollen for den daglige oppfølgingen av sykdommen til pasientene selv (4).

– Helsetjenesten har tradisjonelt vært mest rettet mot behandling fremfor opplæring. Den gamle måten å tenke på var at helsetjenesten skulle ta ansvar for pasienten, undersøke og undervise med utgangspunkt i en “slik-gjør-du-det-holdning”. Pasientens oppgave var å følge de råd han fikk. Astmaskolen har et annet utgangspunkt. Poenget er ikke å overlesse pasienten med informasjon. Pasienten trenger ikke å vite alt, men nok til å overta en naturlig del av kontrollen. Det er ingen motsetning mellom det å være skipper på egen skute og å trenge los når farvannet blir for vanskelig å manøvrere i, sier han.

Han mener tradisjonell pasientopplæring noen ganger bærer for mye preg av legens ønske om å fremstå som ekspert. – Pasienten kan bli sittende igjen med beundring i blikket og tenke: “Du verden, så mye han kan”, men føler seg ikke nødvendigvis så mye mer selvhjulpen av den grunn. Men pasienten er ekspert på sin egen sykdom. Legen er ekspert på sykdommen i sin alminnelighet, sier han.

I sitt doktorgradsarbeid vurderer Gallefoss effekten av astmaopplæring i en randomisert, kontrollert studie og dokumenterer at de som får opplæring bruker medisinerne riktigere, har færre sykmeldinger og bedre livskvalitet enn dem som ikke deltar i opplegget.

– For samfunnet lønner det seg helt klart å lære opp disse pasientene. Vi står overfor en udiskutabel vinn-vinn-situasjon, sier han.

Sludder og VAS

Egentlig skulle han ha blitt musikk lærer. Noen entydig forklaring på hvorfor det ble legeyrket isteden, har Frode Gallefoss ikke.

– Livet er styrt av tilfeldigheter. Medisinen virket dessuten spennende, og jeg har erfaring med at det jeg engasjerer meg i viser seg å bli interessant. Musikken kan jeg dessuten drive med på si. Akkurat det er vanskeligere med medisinen.

I 1998 var han primus motor for revyen Sludder og VAS, sentralsykehusets første revy noensinne. I år var det på'n igjen, blant annet med det som trolig er Norges første revynummer om medisinske feil.

– Jeg må bare medgi at jeg trives veldig godt på scenen. Kanskje er det galskapen, det at det representerer den diametrale motsatsen til det daglige alvoret ved sykehuset. Det er viktig å ha balanse i livet, et ståsted der man vet at det jeg gjør på scenen, det får ingen konsekvenser, sier han.

fakta

-
- Frode Gallefoss, født 16. mai 1956
 - Overlege ved lungeseksjonen ved Vest-Agder sentralsykehus
 - Cand.med. Oslo 1984

- Grunnlegger av Astmaskolen og en av forfatterne av det Windows-baserte røykeavvenningsprogrammet Røykeavvenning i allmennpraksis
 - Mottok Verdens helseorganisasjons gullmedalje for forebyggende arbeid mot tobakksskader i 1995 og Legeforeningens kvalitetssikringspris for spesialisthelsetjenesten i 1998
-

LITTERATUR

1. Osvoid SB. Slutt å røyk', da vel! Dagbladet 2.7.1997.
 2. Gallefoss F, Mathisen PM. Røykeavvenning i allmennpraksis. Oslo: Den norske lægeforening, 2000.
 3. Høie I. Stabilt røykesug, men flere festrøykere Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 1684–5.
 4. Nasjonal plan for astmaskolen. Skipper på egen skute. Informasjon til astmatikere med vekt på egenkontroll. Kristiansand: Vest-Agder sentralsjukehus, 1998.
-

Publisert: 10. august 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 23. mars 2026.