

Tiltak for å redusere røyking, spesielt i grupper med lav sosioøkonomisk status

Rapport fra Kunnskapssenteret Nr 13 –2007

Kunnskapsoppsummering



Bakgrunn: Denne rapporten er første del av kunnskapsoppsummeringer om effekten av tiltak overfor sosioøkonomiske grupper, og som ser nærmere på tiltak overfor røykere. **Problemstilling:** Hva er effekten av tiltak for å redusere røyking 1) blant ulike sosioøkonomiske grupper? 2) blant lavere sosioøkonomiske grupper? **Metode:** Vi søkte systematisk etter litteratur i internasjonale forskningsdatabaser, valgte ut studier som oppfylte våre inklusjonskriterier, vurderte kvaliteten og oppsummerte resultatene. **Resultater:** Vi har oppsummert resultatene fra fire kunnskapsoppsummeringer og 19 randomiserte kontrollerte studier. Få av studiene sammenlignet resultater for ulike sosioøkonomiske grupper. Vi har definert fire hovedmålgrupper for tiltakene: Studier av røykeforebyggende tiltak overfor **skoleelever** viste sammensatte resultater. Elever med yrkesskoler og lavere akademisk utdanning hadde høyere intensjon om å røyke. Bruk av gratis nikotinplaster og støttende telefonsamtaler hadde en kortvarig effekt for **gravide**. Høy familieinntekt og få venner som røykte var viktige faktorer for røykeslutt. Tiltak overfor **dagligrøykere** var effektive. Høy sosioøkonomisk

(fortsetter på baksiden)

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Postboks 7004, St. Olavs plass
N-0130 Oslo
(+47) 23 25 50 00
www.kunnskapssenteret.no
ISBN 978-82-8121-162-9 ISSN 1890-1298

nr 13-2007

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten



(fortsettelsen fra forsiden) status, motivasjon og hvor mye tid man tilbringer sammen med ikke-røykere påvirket lengden på røykeslutt. Tiltak overfor **høyrisikogrupper** viste at pasienter med godt sosialt nettverk har større sannsynlighet for å slutte å røyke. Rådgivning økte røykeslutt mer blant lavere sosioøkonomiske grupper enn høystatusgrupper. **Konklusjon:** Tiltak for røykeslutt er mest effektive i grupper med høy sosioøkonomisk status. Få studier rapporterer effekter separat for grupper med lav sosioøkonomisk status.

Tiltak for å redusere røyking, spesielt i grupper med lav sosioøkonomisk status

Rapport fra Kunnskapssenteret Nr 13 –2007

Kunnskapsoppsummering



Bakgrunn: Denne rapporten er første del av kunnskapsoppsummeringer om effekten av tiltak overfor sosioøkonomiske grupper, og som ser nærmere på tiltak overfor røykere. **Problemstilling:** Hva er effekten av tiltak 1) for å redusere røyking blant ulike sosioøkonomiske grupper? 2) for å redusere røyking blant lavere sosioøkonomiske grupper? **Metode:** Vi søkte systematisk etter litteratur i internasjonale forskningsdatabaser, valgte ut studier som oppfylte våre inklusjonskriterier, vurderte kvaliteten og oppsummerte resultatene. **Resultater:** Vi har oppsummert resultatene fra fire kunnskapsoppsummeringer og 19 randomiserte kontrollerte studier. Få av studiene sammenlignet resultater for ulike sosioøkonomiske grupper. Vi har definert fire hovedmålgrupper for tiltakene: Studier av røykeforebyggende tiltak overfor **skoleelever** viste sammensatte resultater. Elever med yrkesskoler og lavere akademisk utdanning hadde høyere intensjon om å røyke. Bruk av gratis nikotinplaster og støttende telefonsamtaler hadde en kortvarig effekt for **gravide**. Høy familieinntekt og få venner som røykte var viktige faktorer for røykeslutt. Tiltak overfor **dagligrøykere**

(fortsetter på baksiden)

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Postboks 7004, St. Olavs plass
N-0130 Oslo
(+47) 23 25 50 00
www.kunnskapssenteret.no
ISBN 978-82-8121-162-9 ISSN 1890-1298

nr 13-2007

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten



(fortsettelsen fra forsiden) var effektive. Høy sosioøkonomisk status, motivasjon og hvor mye tid man tilbringer sammen med ikke-røykere påvirket lengden på røykeslutt. Tiltak overfor **høyrisikogrupper** viste at pasienter med godt sosialt nettverk har større sannsynlighet for å slutte å røyke. Rådgivning økte røykeslutt mer blant lavere sosioøkonomiske grupper enn høystatusgrupper. **Konklusjon:** Tiltak for røykeslutt er mest effektive i grupper med høy sosioøkonomisk status. Få studier rapporterer effekter separat for grupper med lav sosioøkonomisk status.

Tittel	Tiltak for å redusere røyking, spesielt i grupper med lav sosioøkonomisk status.
Institusjon	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Ansvarlig	John-Arne Røttingen, <i>direktør</i>
Forfattere	Steiro, Asbjørn, <i>forsker</i> (prosjektleder) Smedslund, Geir, <i>seniorforsker</i> (faglig leder) Hammerstrøm, Karianne T, <i>forskningsbibliotekar</i>
ISBN	978-82-8121-162-9
ISSN	1890-1298
Rapport	Nr 13 – 2007
Prosjektnummer	367
Rapporttype	Kunnskapsoppsummering
Antall sider	79 (med vedlegg)
Oppdragsgiver	Divisjon folkehelse-levetår, Sosial- og helsedirektoratet
Sitering	Steiro A, Smedslund G, og Hammerstrøm, K. Tiltak for å redusere røyking, spesielt i grupper med lav sosioøkonomisk status. Rapport Nr 13-2007. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2007.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten fremskaffer og formidler kunnskap om effekt av metoder, virkemidler og tiltak og om kvalitet innen alle deler av helsetjenesten. Målet er å bidra til gode beslutninger slik at brukerne får best mulig helsetjenester. Senteret er formelt et forvaltningsorgan under Sosial- og helsedirektoratet, uten myndighetsfunksjoner. Kunnskapssenteret kan ikke instrueres i faglige spørsmål.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Oslo, august 2007

1-sides oppsummering

Bakgrunn:

Denne rapporten er første del av kunnskapsoppsummeringer om effekten av tiltak overfor sosioøkonomiske grupper, og som vurderer røykeslutttiltak.

Problemstilling:

Hva er effekten av tiltak 1) for å redusere røyking blant ulike sosioøkonomiske grupper?
2) for å redusere røyking blant lavere sosioøkonomiske grupper?

Metode: Vi søkte systematisk etter litteratur i internasjonale forskningsdatabaser, valgte ut studier som oppfylte våre inklusjonskriterier, vurderte kvaliteten og oppsummerte resultatene.

Resultater:

Det pågår for tiden en oppsummering av befolkningsrettede kontrolltiltak rettet mot røyking for å redusere sosial ulikhet i helse.

Vi har oppsummert resultatene fra fire kunnskapsoppsummeringer og 19 randomiserte kontrollerte studier. Få av studiene sammenlignet resultater for ulike sosioøkonomiske grupper. Vi har definert fire hovedmålgrupper for tiltakene: Studier av røykeforebyggende tiltak overfor **skoleelever** viste sammensatte resultater. Elever med yrkesskoler og lavere akademisk utdanning hadde høyere intensjon om å røyke. Bruk av gratis nikotinplaster og støttende telefonsamtaler hadde en kortvarig effekt for **gravide**. Høy familieinntekt og få venner som røykte var viktige faktorer for røykeslutt. Tiltak overfor **dagligrøykere** var effektive. Høy sosioøkonomisk status, motivasjon og hvor mye tid man tilbringer sammen med ikke-røykere påvirket lengden på røykeslutt. Tiltak overfor **høyrisikogrupper** viste at pasienter med godt sosialt nettverk har større sannsynlighet for å slutte å røyke. Rådgivning økte røykeslutt mer blant lavere sosioøkonomiske grupper enn høystatusgrupper.

Konklusjon:

Tiltak for røykeslutt er mest effektive i grupper med høy sosioøkonomisk status. Få studier rapporterer effekter separat for grupper med lav sosioøkonomisk status.

Sammendrag

BAKGRUNN

Det er tidligere publisert studier om sosial ulikhet i helse i Norge, som dokumenterer en sosial gradient i forhold til røykeslutt, fremtidig røykeidentitet og kunnskap om helsetjenestens tilbud om oppfølging. Blant lavere sosioøkonomiske grupper er det færre som slutter å røyke. Det finnes få effektstudier om hvilke tiltak som virker for å få grupper med lav sosioøkonomisk status til å redusere sin røyking.

MANDAT

Sosial- og Helsedirektoratet (SHDir) har gitt Kunnskapscenteret i oppdrag å oppsummere effekten av røykeslutttiltak i grupper med lav sosioøkonomisk status

Kunnskapsoppsummeringen skal være ett grunnlagsdokument i forbindelse med direktoratets arbeid med tiltak overfor aktuelle målgrupper, og identifisere behovet for nasjonal virkemiddelforskning. Det er viktig å dokumentere effektive tiltak for å redusere røyking i grupper med lav sosioøkonomisk status.

METODE

Vi har gått gjennom kunnskapsgrunlaget for intervensjon mot røyking i grupper med lav sosioøkonomisk status. Vi søkte systematisk etter litteratur i databasene Medline, Embase, Cochrane Library, PsychInfo, Cinahl, Social Services Abstracts, Sociological Abstracts, Eric, International Bibliography of the Social Sciences, Social Sciences Citation Index, Social Care Online, C2-SPECTR, SveMed, BiblioMap, Bibsys og Google Scholar fram til november 2006. Relevans og studiekvalitet er vurdert i henhold til Kunnskapscenterets metodebok.

Vi inkluderte effektstudier hvor målsettingen med tiltakene var en reduksjon av daglig sigarettøyking eller røykeslutt i grupper med lav sosioøkonomisk status, eller en reduksjon i forskjeller i røykeslutt mellom grupper med ulik sosioøkonomisk status.

RESULTATER

Totalt 4 kunnskapsoppsummeringer og 19 enkeltstudier er inkludert i rapporten. Vi fant en rekke studier som rapporterte sosioøkonomiske data ved oppstarten av tiltaket (baseline), men som ikke har brukt bakgrunnsvariabler som inntekt og utdanning til å gjennomføre analyser av forskjeller mellom sosioøkonomiske grupper. Dette hadde utvilsomt vært nyttig kunnskap for denne kunnskapsoppsummeringen, men må ekskluderes fordi effekt av intervensjon ikke er dokumentert. De studiene som er inkludert kan deles etter målgruppe for intervensjon.

Skole/elever/ungdom

En nederlandsk studie viste at venners røykeatferd hadde en signifikant effekt på intensjon om å røyke og egen røykeatferd. Foreldres tillatelse til å røyke hadde signifikant betydning for røykestart. Elever med yrkesskoler og lavere akademisk utdanning hadde høyere intensjon om å røyke.

En britisk studie viste at nikotinerstatningstiltak ikke var effektive overfor unge dagligrøykere, og etter 13 uker var det ingen som ikke røykte. Det var lav deltakelse på tiltaket. Over tid var det også stort tilbakefall blant de unge.

En ferdighetsgruppe, der tiltaket økte deltakernes selvbevissthet, med fokus på problemløsning og kommunikasjonsmetoder for å håndtere røykepress, viste noe bedre resultater over tid. Denne amerikanske studien med skoleelever med lavere sosioøkonomisk status viste at ferdighetsgruppen hadde noe bedre resultat, enn en utdanningsgruppe og en kontrollgruppe.

En amerikansk studie av røykeforebyggende tiltak overfor skoleelever med latinamerikansk bakgrunn viste at tiltakene hadde en effekt på røykeatferden, og det var færre som deltok på tiltak som rapporterte røyking etter tiltaket. Det ble også færre nye røykere i tiltaksgruppen.

Bruk av helsefremmende tiltak klarte ikke å endre røykeatferden over en oppfølgingstid på to år, men bidro i stedet til å øke kunnskapsnivået blant deltakerne om hva som er mulige konsekvenser av røyking. Det er en sosial gradient i røykeslutt, som viser at skoleelever fra familier med lavere utdanning hadde høyere intensjon om å røyke.

Gravide/helsestasjon/unge mødre

I en studie fra Tyrkia av gravide kvinner så en nærmere på kortidstiltak for å øke røykeslutt. Begge tiltaksgruppene fikk en signifikant økning i røykeslutt og endring av røykemønster, sammenlignet med kontrollgruppen. Høy familieinntekt, deltakelse i tiltaksgruppe og få venner som røykte var viktige faktorer for å predikere røykeslutt blant kvinnene.

I en amerikansk studie fikk gravide en selvhjelpsbok og røykeslutttiltak over telefon. 20 prosent av deltakerne klarte å slutte å røyke, uten signifikant forskjell mellom tiltaksgruppene. I den første gruppen klarte 22, 5 % å slutte, i den andre gruppen 16, 7 % og i den tredje gruppen 20,8 %. Høy og lavstatusgruppene var underrepresentert, og derfor kan ikke resultatene generaliseres til alle offentlige klinikker.

En amerikansk studie av kvinner i fruktbar alder som fikk gratis nikotinplaster og støttende telefonsamtaler viste en kortvarig effekt av røykeslutt, men ingen forskjeller etter seks måneders oppfølgingstid, noe som betyr at oppfølgende rådgivning på telefon forsterket kortidseffektene, men ikke langtidseffektene av røykeslutt

Befolkning/geografisk område/voksne

En britisk studie viste at et kognitivt atferdsprogram hadde effekt på røykeslutt og etter 12 måneders oppfølging hadde 20 % av tiltaksgruppen sluttet å røyke og ca 9 % hadde redusert forbruket med 25 %. Til sammenligning så var det i kontrollgruppen 6 % som hadde sluttet å røyke og det var her ingen som klarte å redusere det daglige røykeforbruket.

En dansk studie av et intensivt tiltak sammenlignet med et lavintensitetstiltak viste at etter ett år var det 16.3 % i høyintensitetsgruppa som avsto fra røyking, mens det var 12.7 % i lavintensitetsgruppa som ikke røyket, sammenlignet med 7.3 % i resten av populasjonen.

En amerikansk studie av dagligrøykere som fikk et selvhjelpshefte, personlig tilbakemelding og telefonrådgivning viste at tiltakspakken hadde en effekt ved 3 og 12 måneder.

I en studie fra Australia var det alder og motivasjon som predikerte sannsynligheten for røykeslutt etter 3 måneder. For oppfølgingstidspunktet etter 6 måneder var det sosioøkonomisk status, motivasjon, lav nikotinavhengighet og hvor mye tid en tilbrakte sammen med ikke-røykere, som var viktige faktorer for lengden av røykeslutt.

En studie fra Sveits testet effekten av et "skreddertilpasset" røykesluttprogram. Røykeslutt var 2.6 ganger større i tiltaksgruppen, enn i kontrollgruppen. Programmet var mer effektivt blant gruppen med høyere utdanning, enn i gruppen med lavere utdanning. Høy sosioøkonomisk status, høy alder ved oppstart av dagligrøyking og ønske om å slutte å røyke var viktige suksesskriterier for røykeslutt. Tiltakene **økte forskjellene** mellom sosioøkonomiske grupper, fordi det var flere personer med høy sosioøkonomisk status som klarte å slutte i løpet av tiltaksperioden sammenliknet med de med lav status.

Høyrisikogrupper/pasientgrupper

En dansk studie på sykehus med røykesluttintervensjoner rettet mot pasienter med hofteproblemer, viste at menn med et godt sosialt nettverk hadde større sannsynlighet for å lykkes med å slutte å røyke enn menn med et dårlig nettverk. Forskerne fant også at mer en 4 timers trening i uka og høyt utdanningsnivå var viktige suksessfaktorer for om pasientene klarte å slutte å røyke.

En norsk studie av høyrisikogrupper viste at rådgivning om røykeslutt var spesielt effektivt overfor lavere sosioøkonomiske grupper som deltok i tiltaket. Blant de som sluttet å røyke, reduserte lavere sosioøkonomiske grupper kolesterolnivået mer enn høyere sosioøkonomiske grupper. Dette var den **eneste** studien som var mer effektiv i å øke røykeslutt blant lavere sosioøkonomiske grupper sammenliknet med høystatusgrupper.

KONKLUSJON

Vi har identifisert studier som fyller noe av kunnskapsgapet, men det er behov for å gjennomføre flere norske effektstudier. Et tankevekkende resultat fra denne oppsummeringen er at flere studier viste bedre resultater for grupper med høy inntekt og utdanning. Det betyr at det blir større forskjeller i mellom de sosioøkonomiske gruppene. Det er derfor viktig å se nærmere på tiltak som er spesielt designet for lavere sosioøkonomiske grupper. I de åtte inkluderte studiene, som var rettet mot lavere sosioøkonomiske grupper, brukes mange av de samme tiltakene som nikotinerstatning, støttende telefonsamtaler, og støttespillere for deltakerne.

Generelt er det lite virkemiddelforskning overfor dagligrøykere i lavere sosioøkonomiske grupper. I effektstudier innsamles bakgrunnsdata ved oppstarten av studien (baseline), og det er derfor mange studier som rapporterer sosioøkonomiske data for å vurdere om gruppene er sammenlignbare. Vi har identifisert at det er behov for i større grad å analysere sosioøkonomiske forskjeller med utgangspunkt i foreliggende undersøkelser, eller eventuelt gjennomføre nye studier. Det kan gjennomføres analyser av eksisterende data fra effektstudier med utgangspunkt i studienes rapportering av bakgrunnsdata, men dette er en tidkrevende prosess og det er praktisk vanskelig å gjennomføre

Key messages

Background

This report is the first review of effects on interventions to different socio-economic groups, and which assess smoking cessation interventions.

Objective

What is the effect of interventions: 1) to reduce smoking among different socio-economic groups 2) to reduce smoking in lower socio-economic groups?

Methods: We searched systematically for relevant literature in international databases, and appraised and synthesized studies which fulfilled our inclusion criteria.

Results

We summarized results from four reviews and 19 randomized control studies. We have defined four main target groups for smoking cessation interventions: Studies of smoking prevention in schools showed compounded results. Students with technical college and lower academic education had stronger intention to smoke. Free nicotine patches and supporting telephone calls for pregnant showed only short-term effect on smoking cessation. High family income and few smoking friends were important factors for smoking cessation. The interventions toward adult daily smokers were effective. High socio-economic status, high motivation to quit, low nicotine dependence and amount of time spent with non-smokers are important factors for duration of smoking cessation. The interventions toward patients with better social networks have higher probability of quitting smoking. Counselling increased smoking cessation among lower socio-economic groups compared with high socio-economic groups.

Conclusion

Smoking cessation interventions are most efficient for groups with high socio-economic status. Few studies report separate effects for groups with lower socio-economic status, though.

Executive summary

BACKGROUND

Previously, some Norwegian cause-effect studies of social inequality documenting a social gradient in smoking cessation, future smoking identity and knowledge about interventions offered by the health services have been reported. Among lower socio-economic groups, fewer quit smoking than among higher socio-economic groups. There are few effect studies about interventions for helping low socio-economic groups to reduce their smoking.

MANDATE

The Norwegian Directorate for Health and Social Affairs (SHDir) commissioned the Norwegian Knowledge Centre for the Health Services to sum up the effect of smoking cessation interventions in groups with low socio-economic status.

The present overview will be a basic document in the Directorate's work with interventions toward relevant target groups, and shall identify the need for national intervention research. It is important to document effective interventions to reduce smoking in groups with low socio-economic status.

METHODS

We conducted a systematic literature search in the following electronic databases: Medline, Embase, Cochrane Library, PsychInfo, Cinahl, Social Services Abstracts, Sociological Abstracts, Eric, International Bibliography of the Social Sciences, Social Sciences Citation Index, Social Care Online, C2-SPECTR, SveMed, BiblioMap, Bibsys and Google Scholar until November 2006. Relevance and study quality is appraised according to the Knowledge Centre's methodological handbook.

We included effect studies dealing with reduction of daily smoking and/or smoking cessation in groups with low socio-economic status, or a reduction in differences in smoking cessation between groups with different socio-economic status.

RESULTS

A total of 4 reviews and 19 primary studies are included in this report. We found several studies that reported socio-economic data at the start of the intervention (baseline), but they did not use background variables like income and education to analyze differences between socio-economic groups. The included studies can be categorised according to target group for intervention.

School/students/youth

A Dutch study showed that friends' smoking behaviour had a significant effect on intention to smoke and own smoking behaviour. Parents' permission to smoke had a significant effect on smoking initiation. Students with technical school and lower academic education had higher intention to smoke.

A British study showed that nicotine-replacements were not effective in young daily smokers, and after 13 weeks everyone were still smoking. The participation was low. The relapse rate was also high.

A skill group, where the intervention tried to increase the participants' self-confidence, focusing on problem solving and communication methods to deal with smoking pressure, showed somewhat better results over time. This American study with students with lower socio-economic status showed that the skill group had somewhat better results compared to the education group and the control group.

An American study on smoking prevention interventions with Latin-American background had an effect on smoking behaviour and there were fewer in the intervention group that reported smoking after the intervention.

Use of health-promoting interventions did not change smoking behaviour over a follow-up period of two years, but contributed to increase the level of knowledge among the participants about possible consequences of smoking. There is a socio-economic gradient in smoking cessation showing that students from families with lower education have higher intention to smoke.

Pregnant/maternal and child health centre/ young mothers

In a Turkish study on pregnant women, the researchers studied short-term interventions to increase smoking cessation. Both intervention groups had a significant increase in smoking cessation and change in smoking pattern, compared with the control group. High family income, participation in intervention group and few smoking friends were important factors for predicting smoking cessation among the women.

In an American study, pregnant women received a self-help booklet and telephone smoking cessation interventions. 20 percent of the participants managed to quit, without significant difference between the intervention groups. Quit rates were 22.5% in the first group, 16.7% in the second group, and 20.8% in the third group. High- and low status groups were under-represented, and therefore the results cannot be generalised to all public clinics.

An American study of women in fertile age who received free nicotine patches and supporting telephone calls showed a short-term effect of smoking cessation, but no differences after six months follow-up, meaning that follow-up telephone counseling amplified the short-term effects but not the long-term effects of the smoking cessation interventions.

Population/geographic areas/adults

A British study shows that a cognitive behaviour programme had an effect on smoking cessation. After 12 months follow-up, 20% of the intervention group had quit smoking and 9% had reduced their consumption by 25%. Six percent in the control group had quit smoking, and no one had managed to reduce their daily consumption.

A Danish study comparing a high-intensity to a low-intensity intervention showed that after one year there were 16.3 percent non-smokers in the high-intensity group compared to 12.7 percent in the low-intensity group. In the rest of the population there were 12.7 percent non-smokers.

An American study of daily smokers who received a self-help booklet, personal feedback and telephone counseling showed an effect at the 3 and 12-month follow-ups.

In an Australian study, age and motivation predicted smoking cessation after 3 months. After 6 months, socio-economic status, motivation, low nicotine dependence, and time spent with non-smokers were important factors for duration of smoking cessation.

A Swiss study tested the effect of a tailored smoking cessation programme. Smoking cessation was 2.6 times larger in the intervention group than in the control group. The programme was more effective among the group with higher education than among the group with lower education.

High socio-economic status, high age at smoking initiation and low intention to smoke are important success criteria for smoking cessation. The interventions **increased the differences** among socio-economic groups, because there were more persons with high socio-economic status who managed to quit as a result of the intervention compared to smokers with low socio-economic status.

High-risk groups/patient groups

In a Danish hospital study, smoking cessation interventions were directed toward patients with hip problems. Men with a good social network had larger probability of succeeding with quitting smoking. The researchers also found that more than 4 hours of weekly physical exercise and a high education level were important success factors for smoking cessation.

A Norwegian study showed that counseling about smoking cessation was especially effective toward lower socio-economic groups. Among the quitters, the lower socio-economic groups reduced their blood cholesterol level more than other groups. This was the **only** study that was more effective among lower socio-economic groups in increasing smoking cessation.

CONCLUSION

We have identified studies that fill some of the knowledge gap, but there is still a need for more Norwegian effect studies. A thought-provoking result from this overview is that most studies show better results for groups with high income and education, implying increasing differences between socio-economic groups. It is therefore important to focus on interventions that are especially designed for lower socio-economic groups. In the eight included studies, several of the same interventions such as nicotine replacement, supporting telephone calls, and supporting persons are used.

In general there is little intervention research directed toward daily smokers in the lower socio-economic groups. In effect studies background data are collected at the start of the studies (baseline), and, thus, many studies report socio-economic data to appraise whether the groups are comparable. We have identified a need for analysing socio-economic differences in existing data from effect studies using the reports of background data. But this is a time-consuming process, and it is difficult to do.

Innhold

1-SIDES OPPSUMMERING	1
SAMMENDRAG	2
KEY MESSAGES	6
EXECUTIVE SUMMARY	7
INNHold	11
FORORD	13
PROBLEMSTILLING	14
1. INNLEDNING	15
1.1 Sosial ulikhet og røykeslutt	16
1.2 Utfallsmål for røykeslutt	17
2. METODE	18
2.1 Identifisering av litteratur	18
2.2 Inklusjons - og eksklusjonskriterier	19
2.3 Vurdering av metodisk kvalitet	19
3. RESULTATER	20
3.1 Kunnskapsgrunnlaget	20
3.2 Systematiske kunnskapsoppsummeringer	20
3.3 Effekt av intervensjon mot Røyking: målgrupper	21
4. DISKUSJON	33
4.1 Begrensninger i dokumentasjonsgrunnlaget	33
4.2 Overføringsverdi	34
5. KONKLUSJON	35
5.1 Behov for videre forskning	35
6. REFERANSER	37
7. VEDLEGG	40

7.1 Søkestrategi for identifisering av studier	40
7.2 Kunnskapsgrunnlaget	44
7.3 Inkluderte systematiske oversikter	46
7.4 Inkluderte enkeltstudier	48
7.5 Ekskluderte enkeltstudier	59
7.6 Figur: Utvalgsprosess av identifiserte studier	74
7.7 Sjekklistor for vurdering av metodisk kvalitet	75
7.8 Fagerströms avhengighetstest	79

Forord

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten fikk i november 2006 i oppdrag fra Divisjon folkehelse og levekår, Sosial- og helsedirektoratet, å oppsummere tilgjengelig kunnskap om tiltak for å redusere sosial ulikhet i helse med vekt på røyking. Oppsummeringen skal inngå som en del av direktoratets arbeid for å redusere sosial ulikhet i helse, og som oppfølging av "Nasjonal strategi for det tobakksforebyggende arbeidet 2006-2010

Vi fikk i oppdrag å identifisere effektstudier av tiltak for å redusere røyking i grupper med lav sosioøkonomisk status. Denne kunnskapsoppsummeringen skal være ett kunnskapsgrunnlag som identifiserer relevante vitenskapelige artikler om tema, og som i tillegg vurderer kvaliteten på nordiske, europeiske og amerikanske studier. Mandatet for prosjektet var å oppsummere effekten av røykeslutttiltak for å redusere sosial ulikhet i helse. Problemstillingen gruppen har arbeidet med er: å vurdere tiltak for å redusere røyking blant ulike sosioøkonomiske grupper. På bakgrunn av dette gjennomførte vi søk etter relevant litteratur, vurderte studier og analyserte eksisterende effektforskning med vekt på systematiske oversikter, metaanalyser, kunnskapsoppsummeringer og enkeltstudier som rapporterer effekter av tiltak.

Prosjektgruppen har bestått av:

- Prosjektleder: forsker, Asbjørn Steiro, Kunnskapssenteret
- Seniorforsker, Geir Smedslund, Kunnskapssenteret
- Forskningsbibliotekar, Karianne Thune Hammerstrøm, Kunnskapssenteret

Berit Mørland
Assisterende direktør

Bjørg Høie
Forskningsleder

Asbjørn Steiro
Forsker, prosjektleder

Problemstilling

Problemstillingen er å oppsummere effekten av røyketiltak for å redusere sosial ulikhet i helse:

- 1) å vurdere tiltak for å redusere røyking blant ulike sosioøkonomiske grupper
- 2) å undersøke effekten av røyketiltak rettet mot lavere sosioøkonomiske grupper. Det er viktig å oppsummere studier med tiltak rettet mot sosioøkonomiske grupper med lav inntekt og utdanning.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten fikk i oppgave å utarbeide en kunnskapsoppsummering i forbindelse med Sosial- og helsedirektoratets behov for å identifisere effektstudier av tiltak for å redusere sosial ulikhet i helse, og spesielt med vekt på tiltak overfor røyking. Denne kunnskapsoppsummering skal være ett grunnlag for å identifisere forskningsspørsmål, vurdert opp mot den nordiske og internasjonale kunnskapen som allerede finnes. Med basis i forespørselen fra Sosial- og helsedirektoratet ble mandatet formulert som å gjennomføre søk, vurdere studier og analysere eksisterende effektforskning med vekt på systematiske oversikter, enkeltstudier og rapporter.

Rapporten har vært til ekstern fagfelle vurdering hos Marianne Lund, Statens Institutt for Rusmiddelforskning og Marit Rognerud, Nasjonalt Folkehelseinstitutt. Vi fikk gode kommentarer og har tatt hensyn til mange av dem, men innholdet i rapporten står Kunnskapssenteret ansvarlig for. Rapporten har også vært til intern fagfelle vurdering i Kunnskapssenteret.

Oslo, august 2007

Asbjørn Steiro

Geir Smedslund

Karianne Thune Hammerstrøm

1. Innledning

Sosial ulikhet i helse er godt dokumentert både nasjonalt og internasjonalt. Det finnes noen få norske studier som har dokumentert sosial ulikhet i helse med vekt på røyking (1;2). Dette er i hovedsak årsaksstudier, som analyserer forskjeller i røykeatferd, sluttforsøk, vurdering av røykeslutt, og kjennskap til hjelpetiltak blant ulike sosioøkonomiske grupper. Det er også sosiale ulikheter i grad av røykeslutt. Det finnes imidlertid få effektstudier med spesielt vekt på røykeslutt og reduksjon av daglig røyking i grupper med lav sosioøkonomisk status.

WHO har i flere publikasjoner gitt beskrivelser av hvilke helsedeterminanter som har stor betydning for sosial ulikhet i helse (3). Sosial bakgrunn, inntekt og utdanningsforskjeller, etnisk bakgrunn, bosted, sosial kontekst, arbeidsstatus, familiestatus og psykososialt miljø er noen viktige faktorer. Utdanningsnivået har stor innflytelse for røykeatferden i Norge. Tre ganger så mange med grunnskoleutdanning røyker sammenlignet med høgskole- og universitetsutdannede (Røyking i Norge, 2006 SSB). Det kan være et skille mellom sosioøkonomiske grupper her, at de som har høy utdanning raskere endrer sin røykeatferd etter informasjon om helseskader av røyking.

Internasjonale forskningsmiljøer etterlyser mer effektforskning;

- 1) for å kunne identifisere hva som er effektive tiltak og
- 2) for å utvikle en mer systematisk kunnskapsbase over tiltak som er effektive i å redusere sosial ulikhet i helse (4).

Forskere har stilt spørsmål om tiltak for å redusere det totale røykeforbruket har begrenset arbeidet med å håndtere sosial ulikhet i helse blant de mest utsatte gruppene (5;6). Britiske forskere har gjennomført en oppsummering av effektstudier for å se om tiltakene var utviklet for definerte grupper, og om tiltakene er effektive for lavere sosioøkonomiske grupper (7). I den oppsummeringen fant forfatterne lite kunnskap som understøttet at etterspørsel eller tilgjengelighet på sigaretter har betydning for røykeforbruket blant lavere sosioøkonomiske grupper.

Årsaksstudiene er viktige for å identifisere faktorene som har betydning for røykeatferden. Denne kunnskapen kan bidra til å utvikle nye tiltak som fanger opp dette og bidra til å skreddersy individuelle tiltak og tjenester overfor definerte målgrupper. Tiltak for å redusere sosial ulikhet i helse kommer i enden av en lang årsakskjede, der det

er svært mange forskjellige faktorer som bidrar til å forklare hvorfor ulike sosioøkonomiske grupper røyker.

I Norge har røyketiltakene i hovedsak vært rettet mot alle røykere. Programmer er også utviklet for skoleelever for å kunne forebygge røykestart (eksempler: Vær Røykfri, Fri). Det har også vært kampanjer for å få røykere til å ta kontakt med Røyketelefonen, veiledninger med selvhjelpsguide til røykfrihet, konkrete tips, for eksempel å ta kontakt med fastleger og delta på røykesluttkurs. I Norge er det gjennomført tiltak som kan ha betydning for sosiale ulikheter i røykeslutt. Det kan være avgifter, restriksjoner i form av reklameforbud, innføringen av røykfrie serveringssteder, advarsler på tobakkspakker, mediekampanjer om helsekonsekvenser ved røyking, og bedre tilgjengelighet til nikotinerstatningstiltak. Det pågår for tiden en oppsummering av befolkningsrettede tiltak for å redusere røyking (8). Røykeprogrammer er ofte sammensatt av flere komponenter, og problemet kan da være å skille ut hvilke komponenter som påvirker resultatet. Definerte målgrupper har ulike behov for hjelp fra helsetjenesten, dette gjør at tiltakene må tilpasses de ulike gruppenes behov.

Graden av fysisk nikotinvhengighet er viktig for om tiltak er effektive for røykeslutt. For å kartlegge fysisk avhengighet til nikotin brukes ofte Fagerstrøms spørreskjema (se vedlegg 7.8). Det gir grunnlag for tiltak som er spesielt designet for et mer sammensatt avhengighetsforhold til røyk, med oppfølging og sosiale støttefunksjoner. Den psykiske avhengigheten til røyk er knyttet til den sosiale situasjonen som gjør det vanskelig å slutte å røyke. Hjelpetiltak som øker sannsynligheten for at grupper som er motiverte for å slutte får den nødvendige sosiale støtten til røykeslutt må utvikles.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten fikk i oppgave å utarbeide en kunnskapsoppsummering i forbindelse med Sosial- og helsedirektoratets behov for å identifisere effektstudier av tiltak for å redusere røyking i grupper med lav sosioøkonomisk status. Kunnskapsoppsummeringen skal også identifisere forskningsspørsmål vurdert opp mot den kunnskapen som allerede finnes. Problemstillingen er å oppsummere effekten av røyketiltak for å redusere sosial ulikhet i helse:

- 1) å vurdere tiltak for å redusere røyking blant ulike sosioøkonomiske grupper
- 2) å undersøke effekten av røyketiltak rettet mot lavere sosioøkonomiske grupper.

Det er viktig å oppsummere studier med tiltak rettet mot sosioøkonomiske grupper med lav inntekt og utdanning. Rapporten inngår som en del av den nasjonale handlingsplanen med arbeidet for å redusere sosial ulikhet i helse (9).

1.1 SOSIAL ULIKHET OG RØYKESLUTT

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten fikk i oppgave å utarbeide en kunnskapsoppsummering om effekt av tiltak for å redusere røyking i grupper med lav sosioøkonomisk status. Vi har søkt etter forskningslitteratur som kan gi svar på denne problemstillingen, men vil også presisere at metoden som vi har brukt primært fanger opp publiserte studier, og rapporter som er indeksert i internasjonale databaser. Rapporter, grå litteratur og upubliserte vitenskapelige arbeid er det alltid usikkert om vi fanger opp med denne metoden. Vi er derfor interessert i å få tilbakemeldinger om

studier, som mangler og som kan være relevante for det videre arbeidet med å redusere forskjeller i røyking mellom sosioøkonomiske grupper.

1.2 UTFALLSMÅL FOR RØYKESLUTT

De vanligste utfallene er røykeslutt eller reduksjon av daglig røyking. I noen studier setter en "cut-off point" på 50 % reduksjon av daglig røyking. Videre er det vanlig å bruke Fagerströms test for nikotinavhengighet ved oppstart av behandling. Røykeprevalens brukes også for å studere endringsskårer i løpet av oppfølgingstiden.

Utfallene måles på ulike måter. Standardiserte intervjuer og spørreskjema er de vanligste måleinstrumentene. Vi har i gjennomgangen av litteraturen sett at noen forskere bruker tester for å måle forholdet mellom selvrapportert røykestatus og biokjemiske mål for om en fortsatt røyker. Det gjøres for eksempel med målinger av kotinin i spytt.

I enkelte røykesluttstudier er det også målt intensjon om å slutte å røyke, motivasjon, kunnskap om konsekvenser av røyking, og hvor mange som røyker av familie og venner. Bakgrunnen er at det sosiale miljøet kan være en barriere for røykeslutt, og hvis det er færre venner som er daglige røykere, så øker sannsynligheten for røykeslutt blant deltakere.

2. Metode

Vi gjennomførte systematiske søk (via OVID) i følgende databaser: Medline, Embase, Cochrane Library, PsychInfo, Cinahl, Social Services Abstracts, Sociological Abstracts, Eric, International Bibliography of the Social Sciences, Social Sciences Citation Index, Social Care Online, C2-SPECTR, SveMed, BiblioMap, Bibsys og Google Scholar. I tillegg har vi kontaktet eksperter som arbeider med sosial ulikhet i helse med vekt på røyking.

I vedlegget bak finnes det en oversikt over søkestrategiene for de ulike databasene. Søket er utført i november 2006. Se beskrivelse av søkestrategien bak i vedlegget 7.1 for hvordan vi identifiserte referansene.

Vi har systematisert studiene ut fra om det er tiltak mot røyking, hvordan deltakerne er definert ut fra sosioøkonomisk status og hvilke design som er anvendt; 1) systematiske oversikter, 2) randomiserte kontrollerte eller 3) kvasi-randomiserte studier.

2.1 IDENTIFISERING AV LITTERATUR

Prosjektgruppen har foretatt en systematisk gjennomgang av litteratur om tiltak for å redusere sosial ulikhet i helse med vekt på røyking. Gruppen har lagt til grunn mandatet i arbeidet ved utarbeiding av litteratursøk og inklusjonskriterier, samt vurdering av kvaliteten på de inkluderte systematiske oversiktene og enkeltstudiene.

Populasjon: Personer som sammenlignes på bakgrunn av sosioøkonomisk gruppe i forhold til effekt av røykereduserende intervensjoner.

Tiltak: Røykeslutthefter, nikotinerstatninger, andre legemidler, informasjon, rådgivning, kognitive gruppetiltak og selvhjelpsgrupper.

Utfallsmål: Endring av røykeatferd, røykeslutt, reduksjon av røykefrekvens.

Daglig, ukentlig og månedlig røykefrekvens.

Kunnskapsmål om røyking, sosial akseptering, konsekvenser, holdninger, normative forventninger fra jevnaldrende og voksne

Helsetilstand som er en konsekvens av røykeatferden.

2.2 INKLUSJONS - OG EKSKLUSJONSKRITERIER

Vi har vurdert studiene etter følgende inklusjons - og eksklusjonskriterier:

2.2.1 Inklusjonskriterier

1. Tiltakene er rettet mot røykeslutt eller å redusere daglig røyking
2. Studiene har rapportert resultater fra ulike sosioøkonomiske grupper
3. Systematisk oversikt av randomiserte kontrollerte studier (rct) eller kvasi rct og enkeltstudier med rct, eller kvasi-rct design.

2.2.2 Eksklusjonskriterier

1. Ikke-systematiske oversiktsartikler (reviews som ikke rapporter søkestrategi eller inklusjons- og eksklusjonskriterier)
2. Studier som ikke omhandler tiltak.
3. Studier som ikke fyller kravet til design.
4. Studier som ikke involverer sosioøkonomiske forskjeller.

2.3 VURDERING AV METODISK KVALITET

I randomiserte studier fordeles deltakerne tilfeldig til en tiltaksgruppe og en kontrollgruppe, for å unngå at det blir skjeve fordelinger av deltakere i gruppene, for eksempel at spesielt motiverte personer rekrutteres til den ene gruppen. Når vi skal vurdere om de rapporterte effektene er valide (gyldige), trenger vi å vite om deltakerne er fordelt tilfeldig til tiltaksgruppen eller kontrollgruppen. To personer vurderte uavhengig av hverandre studier for inklusjon og eksklusjon. Vi har brukt sjekklister for å vurdere den metodiske kvaliteten på de systematiske oversiktene og enkeltstudiene. Vi har vurdert kvaliteten ut fra rapportering av randomisering av deltakerne, kontroll av skjevheter mellom gruppene og om det er brukt valide statistiske mål. Til det har vi brukt sjekklister for vurdering av systematiske oversikter og enkeltstudier (se vedlegg 7.7) og om rapportering av studiene er vurdert som høy, moderat eller lav kvalitet. Resultatene presenteres i oppsummeringstabellene bak i vedlegget.

3. Resultater

3.1 KUNNSKAPSGRUNNLAGET

Litteratursøkene ble gjennomført i november 2006. Vi fant 1581 referanser som er vurdert ut fra tittel og sammendrag. I alt 243 studier er lest i full tekst, og 19 referanser inngår i rapporten. Det er fire systematiske oversikter, der tre er publisert i Storbritannia og en i Nederland. Vi har funnet 19 enkeltstudier som er beskrevet nærmere i tabellene, bak i rapporten. Vi fant primærstudier fra følgende land; en norsk, to danske, to nederlandske, fire fra Storbritannia, en fra Sveits, en fra Tyrkia, to fra Australia og seks amerikanske studier (se tabell 7.4 bak i vedlegget).

Vi fant også en rekke studier som rapporterer sosioøkonomisk status ved baseline men som ikke rapporterer resultater som relaterer seg til sosioøkonomiske gruppers røykatferd (se tabell 7.5 bak i vedlegget).

3.2 SYSTEMATISKE KUNNSKAPSOPPSUMMERINGER

I en kunnskapsoppsumming gjennomført av en gruppe forskere fra Storbritannia (10), og der kunnskapsgrunnlaget er 6 systematiske oversikter og 13 primærstudier så de nærmere på hva som virker for å redusere sosial ulikhet i røyking ut fra kontrolltiltak. Målet var å finne studier som har analysert røyking og sosiale forskjeller, og oppsummere hva som er effekter av tiltak. Videre gir rapporten informasjon om sosial inkludering i forhold til dette og informasjon om den sosioøkonomiske sammensettingen av målgruppe for tiltaket, baseline karakteristikkk av deltakerne og stratifisering av effektestimater etter sosioøkonomiske variabler. Resultatene fra oppsummeringen viste at studiene ga baseline sosioøkonomiske forskjeller mellom deltakerne. Også effektestimater er stratifiserte etter sosioøkonomiske variabler, men de er i svært liten grad brukt i analysene av hva som er effektene av tiltak for å øke røykeslutt i grupper med lav sosioøkonomisk status. Bare én oversikt hadde det som målsetting å se på utfall som var stratifisert ut fra alder, kjønn eller sosioøkonomisk status og var kun gjennomført for kjønn. Sosioøkonomiske data om deltakerne var innsamlet i enkeltstudiene, men ikke brukt for å sammenligne effekten mellom sosioøkonomiske grupper. Oppsummeringen konkluderer med at det kan være mulig å bruke eksisterende forskning for å se på data stratifisert etter sosioøkonomiske variabler,

for å se på røykesluttintervensjoner som kan redusere sosial ulikhet i røyking. Det kan gjøres med nye analyser av originale datasett og/eller gjennomføre metaanalyser av bakgrunnsdata for individuelle deltakere.

I en kunnskapsoppsummering gjennomført av nederlandske forskere ville en vurdere hva som er effekten av tiltak for å redusere sosial ulikhet i helse og analysere studier med sikte på å identifisere mulige suksesskriterier (11). Oppsummeringen inkluderer i alt 98 publikasjoner av tiltak for å redusere sosial ulikhet og 31 rapporter som er klassifisert som grå litteratur, det vil si som ikke er indeksert i internasjonale databaser. I oppsummeringen er det identifisert fire studier som er relatert til røyking, der målgruppen er voksne. Sosioøkonomiske helseforskjeller er utgangspunkt for inndeling i ulike grupper. Forfatterne skiller mellom hvilke tiltak som er effektive, tvilsomme og som ikke er effektive på bakgrunn av alle publikasjonene. Strukturelle målinger, helseopplysning og personlig støtte er samlet sett vurdert som mest effektive.

Gjennom søket fant vi også referanse til en systematisk oversikt som var under arbeid, og som skulle publiseres i mai 2007. Målet med denne systematiske oversikten skulle være å vurdere forskjellen mellom tiltak som forebygger røyking, som fremmer røykeslutt overfor individer og grupper med ulik sosioøkonomisk bakgrunn. Denne systematiske oversikten skulle vurdere hva som er effektive tiltak, og i hvilke kontekster tiltakene er effektive. De skulle også identifisere hva som er grunnen til at tiltak er ineffektive. Forskerne ville i denne oversikten også integrere kvantitative og kvalitative data fra enkeltstudiene (8), men den var enda ikke publisert da vårt arbeid var avsluttet.

Oppsummert viser kunnskapsoppsummeringene:

- Nederlandske forskere har oppsummert helseforskjeller, etter en inndeling i sosioøkonomiske grupper. Forfatterne skiller mellom hvilke tiltak som er effektive, tvilsomme og ikke effektive. Strukturelle målinger, helseopplysning og personlig støtte er samlet sett vurdert som mest effektive.
- Det er få analyser av utfallsmål som er brutt ned på sosioøkonomiske grupper.

3.3 EFFEKT AV INTERVENSJON MOT RØYKING: MÅLGRUPPER

3.3.1 Skole/elever/ungdom

Vi fant studier med røyketiltak rettet mot barn og unge, som var gjennomført i skolen, og som også var rettet mot grupper av unge med lavere sosioøkonomisk status. Vi inkluderte fem studier med resultater og analyser av røyketiltak overfor skoleelever med vekt på sosioøkonomiske grupper. Den nederlandske studien hadde røyketiltak overfor skoleelever for å redusere intensjon om å røyke. Den britiske studien var rettet mot unge dagligrøykere og de to amerikanske studiene rettet seg mot unge med lav sosioøkonomisk status. Vi fant også en studie fra Australia, der en undersøkte hva som var effekten av helsefremmende tiltak i skole med vekt på skoleelevens røyking siste uke, holdninger til røyking og kunnskap om risiko ved røyking.

I en studie fra Nederland var røykeforebyggende tiltak rettet mot 12-14 år gamle skoleelever (12). Skoleklassene ble tilfeldig fordelt til en av to tiltaksgrupper eller til en kontrollgruppe. Tiltakene var tre klassesesjoner over tre uker, med diskusjoner om

røyking, som var satt i sammenheng med egne erfaringer og annen type risikoatferd. Det ble brukt video som utgangspunkt for en diskusjon om røyking overfor elever som ikke var dagligrøykere for å vurdere alternativ fortolkning av røyking og risikoatferd. Deltakerne i den andre tiltaksgruppen så den samme videoen, men diskusjonen etterpå var rettet mot helse og tekniske aspekter som hvor mye giftstoffer det er i røyk. Resultatene viste at venners røykeatferd hadde en signifikant effekt på intensjon om å røyke og egen røykeatferd. Foreldres tillatelse til å røyke hadde signifikant betydning for røykestart. Risikoatferd var også relatert til røyking. Elever med yrkesskoler og lavere akademisk utdanning hadde høyere intensjon om å røyke. Programmet hadde ikke en signifikant effekt på intensjon om å røyke eller røykeatferd.

En skolestudie rettet mot unge dagligrøykere i et deprivert område av Nottingham (13), brukte en nikotinerstatningstiltak sammen med rådgivning for vanskeligstilte grupper av unge. Dette var en rådgivningsmodell, som inneholder en motiverende intervjueteknikk. Deltakerne fikk 10-15 minutters samtalesesjoner og som var fleksible overfor tidspunkt som passet for de unge. Av i alt 264 ungdommer, var 49 prosent dagligrøykere. Tiltaksgruppen fikk nikotinerstatningstiltak og motiverende samtale, og kontrollgruppen fikk placebo. Deltakelsen på tiltaket var lav, og 63 av deltakerne var ikke med på noen av oppfølgingstidspunktene. Etter fire uker var det fire i tiltaksgruppen og to i kontrollgruppen som deltok. Etter tretten uker var det ingen som deltok. Røykeprevalens blant de 246 som deltok var 44 % ved avslutning av tiltaket. Forskerne konkluderte med at nikotinerstatningstiltak ikke var effektive overfor denne gruppen, på grunn av lav deltakelse på tiltaket, og lav motivasjon for røykeslutt. Det må utvikles andre tiltak overfor denne gruppen, eller ha lengre oppfølgingsperiode og med flere motiverende samtaler.

I en amerikansk skolestudie fikk deltakerne et utdanningsprogram (utdanningsgruppen) som inneholdt informasjon om røyking, diskusjoner, spill og hjemmelekser (14). En annen gruppe (ferdighetsgruppen) fikk et program for å utvikle ferdigheter som selvbevissthet, problemløsning og kommunikasjonsmetoder for å håndtere røykepress. Disse tiltakene ble sammenlignet med en kontrollgruppe. Resultatene baserte seg på selvrapportert røyking siste 7 dager av sigaretter og bruk av røykfri tobakk. Oppfølgingstiden var på 6, 12, 18 og 24 måneder. Elevene fikk også opplæring i å teste nikotin i spytt. Over tid så økte røyking i alle gruppene. Skoleelever i ferdighetsgruppen viste mindre røyking enn de andre to gruppene. Utdanningsgruppen viste lavere andel bruk av røykfri tobakk etter 6 og 24 måneder. Etter 12 måneders oppfølging hadde ferdighetsgruppen og kontrollgruppen lavere andel bruk av røykfri tobakk sammenlignet med utdanningsgruppen.

I en annen amerikansk studie av skolelever fra et område med lav sosioøkonomisk status så en nærmere på om røykeforebyggende tiltak i skole for minoritets elever var effektive (15). I alt 15 sesjoner ble gjennomført for at elevene skulle lære seg å motstå røykepress, utvikle personlige og sosiale ferdigheter til å ikke røyke. I denne studien målte en elevenes kunnskap om røyking, sosial akseptering, kunnskap om konsekvenser av røyking, holdninger til røyking, normative forventninger fra jevnaldrende og fra voksne. Resultatene viste at tiltaksgruppen hadde signifikant mindre normative forventninger om røyking blant jevnaldrende og voksne. Videre skåret de høyere på endringer av kunnskapsnivå om røykeomfang, konsekvenser ved røyking og hva som var sosialt

akseptabelt. Dette hadde videre en effekt på røykeatferden, og det var færre som deltok på tiltak som rapporterte røyking etter tiltaket. Det ble også færre nye røykere i tiltaksgruppen.

I en australsk studie (16) fikk skoleelever et helsefremmende tiltak som la vekt på risikoatferd som her var satt i sammenheng med røyking. Det ble brukt klyngerandomisering ved kommunale helsefremmende tiltak, der de først valgte regionale områder, så skoler i fra dette området og til slutt hvem som skulle delta i tiltaket. Ut fra fars yrkesposisjon var elevene klassifisert som lav, middels eller høystatusgruppe. Bruk av helsefremmende tiltak klarte ikke å endre røykeatferden over en oppfølgingstid på to år, men bidro i stedet til å øke kunnskapsnivået blant deltakerne om hva som er mulige konsekvenser av røyking. Uavhengige prediktorer av post-test røyking var; pre-test røyking (odds ratio (OR) = 5.44, 95 % konfidensintervall (CI)= 3.20-9.28), det å være kvinne (OR = 0.55; CI = 0.35-0.87), det å ha nære venner som røyker (OR = 1.42, CI = 1.33-1.52), og det å ha jevnaldrende som hadde en uklar holdning til røyking (OR = 3.23, CI: 1.27-8.27).

Studie	Land	Populasjon	Intervensjon	Resultat	Des ign	Kvalitet
Chatrou, M et al, 1999	Nederland	Skoleelever 12-14 år (N= 949). Selvrapportert røyking: 1) 7 % 2) 15 % 3) 11 %	1) Tre klassesesjoner om røyking, risiko og egne erfaringer 2) "Treatment-control-group" 3) Kontrollgruppe	Røykeslutt i gruppene: 1) 33,1 2) 31,9 3) 35,0 Programmet hadde ikke en signifikant effekt på intensjon om å røyke eller røykeatferd	RCT	Lav
Roddy et al, 1999	England	Unge dagligrøykere fra deprivert område, i snitt 14 år (11-21 år) (N=98). Selvrapportert røyking: 49 %	1) Nikotinerstatningstil tak 2) Placebo	Røykeslutt etter 4 og 13 uker (i parentes): 1) 5- (0) % 2) 4 - (0) % Røykeprevalensen var 44 % etter endt tiltak. Lav deltakelse	RCT	Lav
Schinke et al, 2004	USA	Skoleelever med lavere sosioøkonomiske status. (N=1281). Selvrapportert røyking: 4 % ved baseline	1) Utdanningsprogram 2) Ferdighetstrening 3) Kontrollgruppe.	Andel (%) røykere etter 6, 12, 18 og 24 mnd. 1) 6, 8, 10, 11 % 2) 5, 6, 8, 7, % 3) 7, 9, 11, 12 %	RCT	Lav
Botvin, GJ et al, 1992	USA	Skoleelever med latinamerikansk bakgrunn (N=	1) Forebyggende tiltak (15 sesjoner), mot røykepress, utvikle	Røykeprevalens siste måned i gruppene: 1) 4.54	RCT	Middels

		3.153). Selvrapportert røyking siste måned: 6 %	pers. og sosiale ferdigheter 2) Kontrollgruppe	2) 7,52 Det var også færre nye røykere i tiltaksgruppa.		
Schofield, MJ et al, 2003	Australia	Skoleelever fra South Wales (N= 1852). Røyking siste måned: 67 %.	1) "Helsefremmende skole" for å redusere røyking 2) Kontrollgruppe	Andel som hadde røykt siste uke(i prosent): 1) 17, 5 %. 2) 20, 5 %. Programmet hadde ikke signifikant effekt på røykeatferden, men økte kunnskapsnivået.	RCT	Middels

Oppsummert viser skolestudiene:

- Venners røykeatferd hadde en signifikant effekt på intensjon om å røyke og egen røykeatferd. Foreldres tillatelse til å røyke hadde signifikant betydning for røykestart. Elever med yrkesskoler og lavere akademisk utdanning hadde høyere intensjon om å røyke.
- Nikotinerstatningstiltak var ikke effektive overfor unge dagligrøykere, og etter 13 uker røykte alle. Det var lav deltakelse på tiltaket.
- En studie med skoleelever med lavere sosioøkonomisk status viste at ferdighetsgruppen hadde noe bedre resultat enn utdannings- og kontrollgruppen.
- En amerikansk studie av røykeforebyggende tiltak overfor skoleelever med latinamerikansk bakgrunn fant at tiltakene hadde en effekt på røykeatferden, og det var færre i tiltaksgruppen enn i kontrollgruppen som rapporterte røyking etter tiltaket. Det ble også færre nye røykere i tiltaksgruppen.
- Bruk av helsefremmende tiltak klarte ikke å endre røykeatferden over en oppfølgingstid på to år, men bidro i stedet til å øke kunnskapsnivået blant deltakerne om hva som er mulige konsekvenser av røyking.

3.3.2 Gravide/helsestasjon/unge mødre

Vi fant fire studier som rettet seg mot gravide dagligrøykere som hadde et høyt daglig forbruk av sigaretter. Tiltakene var dels rettet mot kvinnene, men inneholdt også informasjon om helse for barn som var eksponert for røyking.

I studien fra Tyrkia av gravide kvinner som fikk rådgivning om røykeslutt (17) så man nærmere på forskjeller ut fra inntekt. Korttidstiltakene var inndelt i tre grupper 1) informasjon om helseserisiko for barn som var eksponert for passiv røyking, 2) ordinær rådgivning om røykeslutt som la vekt på dens betydning for egen helse, og 3) en kontrollgruppe som ikke fikk rådgivning. Begge tiltaksgruppene fikk en signifikant økning i røykeslutt og endring av røykemønster, sammenlignet med kontrollgruppen. I den første gruppen klarte 24, 3 % å slutte. Til sammenligning så klarte 13 % i den andre gruppen og bare 0,8 % i kontrollgruppen å slutte. Familiene var klassifisert som lav- og høyinntektsgruppe avhengig av hvor mye de rapporterte at de tjente. Høy familieinntekt, deltakelse i tiltaksgruppe og venner som ikke røykte var viktige faktorer for å predikere røykeslutt. I multivariate analyser hadde følgende variabler en uavhengig effekt på røyking med barn til stede: Kunnskapsnivå etter gjennomføring av tiltaket,

andre i familien som røyker og familieinntekt. Høyinnteksgruppene hadde minst endring i hvor de røyket, noe som kan bety at de hadde ett mer innarbeidet røykemønster som var vanskelig å endre.

I den amerikanske studien av gravide røykere (18) var deltakerne inndelt i tre grupper som fikk enten; 1) en selvhjelpsbok om røykemønster, som la vekt på endringsstadier og livsstilen til en gravid røyker 2) en selvhjelpsbok og tilbud om røykeslutttiltak over telefon eller 3) boken, og en oppsøkende telefonrådgivning fra en sykepleier, som brukte et motiverende intervju. 20 prosent av deltakerne sluttet å røyke, uten signifikant forskjell mellom tiltaksgruppene. I den første gruppen klarte 22, 5 % å slutte. I den andre gruppen sluttet 16, 7 %, og i den tredje gruppen sluttet 20,8 %. Et interessant funn var forholdsvis liten grad av røykeslutt blant storrøykere på tvers av tiltaksgruppene, og gjennomsnittlige endringer var bare på 0,5 prosent fra baseline og for hele oppfølgingstidsperioden. Analysene inneholder logistisk regresjon av fire mål: baseline røykestatus, troen på egne muligheter til å slutte, eksponering for passiv røyking, og utdanningsnivå. Høy og lavstatusgruppene var underrepresentert, og derfor kan ikke resultatene generaliseres til alle offentlige klinikker. Resultatene av tiltakene kan være et resultat av tilbud om ordinære røykerelaterte helsetjenester.

I en amerikansk studie som var rettet mot kvinner i fruktbar alder, var tiltaket gratis nikotinplaster og støttende telefonsamtaler (19). Etter 3 måneders oppfølging var det signifikant flere kvinner i tiltaksgruppen som hadde sluttet å røyke, sammenlignet med kontrollgruppen. Flere kvinner i tiltaksgruppen røykte ikke etter 10 dager og det samme gjaldt etter 3 måneder. Imidlertid så var det ingen forskjeller etter seks måneders oppfølgingstid, noe som betyr at oppfølgende rådgivning på telefon forsterket kortidseffektene, men ikke langtidseffektene av røykeslutt.

I en annen amerikansk studie (20) rettet mot gravide røykere fikk deltakerne et selvhjelpsprogram. Så mange som 45 % av gravide som gikk til en kvinne-, spedbarns- og barneklipp røykte. Gravide røykere med lav inntekt fikk tilbud om røykesluttprogram. Tiltaksgruppen fikk 20 minutters rådgivning som inkluderte informasjon om risiko ved røyking og atferdsendring etter en selvhjelps manual med fokus på individuell sluttedato og valg av en betydningsfull annen person som signerte den samme avtalen. Denne personen fungerte som en støttespiller. Kontrollgruppen fikk ordinære tjenester med informasjon om risikoen ved røyking under svangerskap. Tiltaket medførte større røykeslutt enn ordinære tjenester i løpet av siste måned av svangerskapet (11 % mot 3 %) og etter fødselen (7 % mot 0 %). Studien viste samme resultater som studier av kvinner før fødselen, som betyr at røykeslutttiltakene er gjennomførbare og kan være forholdsvis effektive overfor gravide med lav inntekt.

Studie	Land	Populasjon	Intervensjon	Resultat 1	Desig n	Kvalitet
Ylimaz, G. et al. 2006	Tyrkia	Gravide (N=363). Gjennomsnitt røyk per dag: Baseline: 6	1) Kortidstiltak – om helse­risiko for barn eksponert for røyking, 2) ordinær rådgivning om	Røykeslutt i gruppene: 1) 24, 3 % 2) 13 % 3) 0,8 %	RCT	Høy

			røykeslutt 3) Kontrollgruppe.			
Ershoff, DH et al. 1999	USA	Gravide dagligrøykere (N=390). Gjennomsnitt røyk per dag: 17.	1) Selvhjelpsbok, 2) Selvhjelpsbok med rådgivning og 3) Selvhjelpsbok og motiverende intervju.	Røykeslutt i gruppene: 1) 22, 5 % 2) 16, 7 % 3) 20,8 %	RCT	Middels
Solomon, LJ 2000	USA	Gravide dagligrøykere med lav inntekt (N=214). Gjennomsnitt røyk per dag: 24	1) Nikotinplaster med støttende telefonsamtale i 3 måneder 2) Kontrollgruppe.	Røykeslutt i gruppene: 1) 43 % 2) 28 % .	RCT	Middels
Mayer, JP et al. 1990	USA	Gravide dagligrøykere (N=219). Gjennomsnitt røyk per dag: 20	1) Selvhjelpsprogram og 20 minutters rådgivning om risiko ved røyking 2) Ordinære tjenester	Røykeslutt siste måned i svangerskap 1) 11 % 2) 3 % Etter fødselen: 1) 7 % 2) 0 %	RCT	Lav

Oppsummert viser tiltakene for gravide:

- Kortidstiltakene om helserisiko ved røyking viste at deltakerne fikk en signifikant økning i røykeslutt og endring av røykemønster, sammenlignet med kontrollgruppen. Høy familieinntekt, deltakelse i tiltaksgruppen og få venner som røykte var viktige faktorer for å predikere røykeslutt blant kvinnene.
- I den amerikanske studien fikk gravide en selvhjelpsbok og røykeslutttiltak over telefon. 20 prosent av deltakerne klarte å slutte å røyke, uten signifikant forskjell mellom tiltaksgruppene. I den første gruppen klarte 22, 5 % å slutte. I den andre gruppen sluttet 16, 7 % og i den tredje gruppen sluttet 20,8 %. Høy og lavstatusgruppene var underrepresentert, og derfor kan ikke resultatene generaliseres til alle offentlige klinikker.
- En studie av kvinner i fruktbar alder som fikk gratis nikotinplaster og støttende telefonsamtaler viste en kortvarig effekt av røykeslutt, men ingen forskjeller etter seks måneders oppfølgingstid, noe som betyr at oppfølgende rådgivning på telefon forsterket kortidseffektene, men ikke langtidseffektene av røykeslutt
- I studien av selvhjelpsprogrammer med rådgivning overfor gravide røykere med lav inntekt hadde tiltaket større effekt enn ordinære tjenester siste måned av svangerskapet og etter fødselen. Disse røykeslutttiltakene er gjennomførbare og kan være forholdsvis effektive overfor gravide med lav inntekt

3.3.3 Befolkning/geografiske områder/voksne

Vi fant seks studier som rettet seg mot dagligrøykere, og som var gjennomført i helsetjenesten. I studien fra Storbritannia bodde deltakerne i et deprivert område av London (21), og de hadde lav inntekt. Tiltakene var i regi av helsetjenesten, og de ble henvist til allmennpraktikere. "QUIT for Life Programme", er et kognitivt atferdsprogram

som hadde som målsetting å gradvis redusere røykeforbruket over en periode på 7-10 dager. Målet var 50 % reduksjon per dag. Et annet mål var å øke individets tro på egne muligheter til å bli røykfri. Programmet var inndelt i to stadier, reduksjon og forebygging av tilbakefall. Kontrollgruppen fikk et standard selvhjelpshefte med råd om hvordan en kan slutte å røyke. Endring av røykeatferd ble målt etter andel som røyket og også en reduksjon av daglig røyking. Resultatene viste at etter 12 måneders oppfølging hadde 20 % av tiltaksgruppen sluttet å røyke og ca 9 % hadde redusert forbruket med 25 %. Til sammenligning var det i kontrollgruppen 6 % som hadde sluttet å røyke og det var her ingen som klarte å redusere det daglige røykeforbruket.

En dansk studie sammenlignet et intensivt tiltak med et lavintensitetstiltak (22) overfor en gruppe med daglig røykere i ulike motivasjonsstadier. "Inter99" er et tiltak med oppsøkende rekruttering med en personlig invitasjon, avtale om dato og tid – og grupper med en reaktiv strategi som inneholder røykesluttintervensjoner for å oppnå høy påvirkning. Tiltakene var gjennomført av lege og sykepleier, og det var seks gruppesamtaler á to timer i høyintensitetstiltaket. Lavintensitetstiltaket innebar ingen tilbud om deltakelse i gruppesamtaler, og personer som trengte hjelp til å slutte måtte selv ta kontakt med eksperter som røyketelefon, lege eller få tilbud om andre røykesluttprogrammer. Resultatene viste at etter ett år var det 16.3 % i høyintensitetsgruppa som avsto fra røyking, mens det var 12.7 % i lavintensitetsgruppa som ikke røykte, sammenlignet med 7.3 % i resten av populasjonen. Oddsen for å ikke røyke var også betydelig høyere i høyintensitetsgruppa OR=2.2 (1.6-3.0). Høyere sosioøkonomisk status, høyere alder ved oppstart av daglig røyking og ønske om å slutte var viktige suksesskriterier for røykeslutt.

I en amerikansk studie av daglig røykere fikk deltakerne et selvhjelpshefte, personlig tilbakemelding og telefonrådgivning (23). Bruk av telefonrådgivning økte røykeslutt signifikant i 3 måneders oppfølgingstid, men ikke for 12 og 21 måneder. Sosioøkonomisk status var klassifisert etter inntektsnivå, og det ble gjennomført regresjonsanalyser av bakgrunnsdata etter 3, 12 og 21 måneder. For røykere, som vurderte røykeslutt ved baseline, hadde telefonrådgivning en effekt ved 3 og 12 måneder. De som fortsatt ikke røykte ved 21 måneder var over 40 år, og hadde flere seriøse sluttforsøk, hadde deltatt i tidligere behandling og hadde forholdsvis høy inntekt (mer enn \$ 35 000/år). Også denne studien viste endring i favør av gruppen med høyere sosioøkonomisk status.

I en studie fra Australia fikk daglig røykere et røykesluttprogram hos allmennlegen (24). Deltakerne deltok i tre ulike grupper; 1) en strukturert atferdsterapigruppe, 2) en strukturert atferdsterapigruppe med nikotintyggegummi og 3) en gruppe som fikk råd om røyking fra legen og nikotintyggegummi. Resultatene viste at det var alder og motivasjon som predikerte sannsynligheten for røykeslutt etter 3 måneder. For oppfølgingstidspunktet etter 6 måneder var det sosioøkonomisk status, motivasjon, lav nikotinavhengighet og hvor mye tid en tilbrakte sammen med ikke-røykere, som predikerte lengden av røykeslutt. Etter 12 måneder var det alder, tid sammen med ikke-røykere og motivasjon som hadde størst betydning. Forskerne utviklet en modell som beskriver sannsynligheten for at pasienter skal oppnå langtidseffekter av røykeslutt. Resultatene viste at det var fem faktorer som var viktige for å slutte å røyke; høyt motivasjonsnivå, høyere alder, mindre tid sammen med andre røykere, lav grad av

nikotinavhengighet og høy sosioøkonomisk status. I følge forskerne kunne disse fem faktorene forklare 76 prosent av variansen i kontinuerlig 12 måneders røykfrihet.

Studien fra Sveits testet effektiviteten av et "skreddertilpasset" røykesluttkurs (25) for dagligrøykere. Et brev med veiledning om røykeslutt var tilsendt ut fra hvilket stadium i motivasjonsprosessen deltakerne var kommet til 1) ikke intensjon om å slutte, 2) vurderer å slutte og 3) hadde bestemt seg for å slutte i løpet av de neste 30 dagene. Deltakerne ble tilsendt et brev med rådgivning om røykeslutt etter hvor de var i denne prosessen. Etter dette mottok de et nytt brev med rådgivning og et selvhjelpshefte som var designet for hvilket stadium de var kommet til, som er beskrevet over. De sendte inn ett spørreskjema og fikk på nytt et brev med rådgivning om røykeslutt etter 2, 4 og 6 måneder. Røykeslutt var 2.6 ganger større i tiltaksgruppen, enn i kontrollgruppen. Programmet var mer effektivt blant gruppen med høyere utdanning, enn i gruppen med lavere utdanning. Også her var det en sosial gradient som bidro til å øke forskjellene mellom sosioøkonomiske grupper. Tiltaket var også mer effektivt blant grupper som røyket mer enn 35 sigaretter per dag.

I en studie som var rettet mot lavinntektsgrupper (26), så en nærmere på effekten av bupropion blant afroamerikanere som røykte enten mentolsigaretter eller andre sigaretter. Problemstillingen var å se om bruk av bupropion økte røykeslutt blant gruppene. Mentolrøykere var yngre, mer sannsynlig kvinner og tar oftere sin første røyk innen 30 minutter etter at de hadde stått opp om morgenen sammenliknet med ikke-mentolrøykere. Syv dagers røykeslutt etter 6 uker var lavere for mentolrøykere enn ikke-mentolrøykere. Analyser med hjelp av logistisk regresjon viste etter en oppfølgingstid på 6 uker at de som var yngre enn 50 år, som var ikke-mentolrøykere hadde større sannsynlighet for røykeslutt.

Studie	Land	Populasjon	Intervensjon	Resultat	Design	Kvalitet
Marks, DF et al 2002	England	Dagligrøykere (N=260). Gjennomsnitt røyk per dag: 20.	1) Kognitiv atferdsprogram 2) kontrollgruppe	Røykeslutt i gruppene: 1) 20 % 2) 6 % Reduksjon av røykeforbruket med 25 %. 1) 9 % 2) Ingen	RCT	Middels
Pisinger, C. et al. 2005	Danmark	Dagligrøykere (N=2 408). Gjennomsnitt røyk per dag: 17.	1) Gruppesamtaler 2) Gruppe som selv kontaktet røyketelefon, lege eller fikk tilbud om røykesluttprogram. 3) Kontrollgruppe	Røykeslutt i gruppene: 1) 16.3 % 2) 12.7 % 3) 7.3 %	RCT	Middels
Curry, SJ et al 1995	USA	Dagligrøykere (N= 1.137). Gjennomsnitt røyk per dag: 17.	1) Selvhjelpshefte, 2) selvhjelpshefte med personlig tilbakemelding 3) telefonrådgivning	Røykeslutt i gruppene: 1) 7 % 2) 9 % 3) 11 % 4) 11 %	RCT	Middels

			4) kontrollgruppe.			
Richmond, RL et al, 1993	Australia	Dagligrøykere (N=450). Gjennomsnitt røyk per dag: 22.	1) Strukturert atferdsgruppe, 2) Strukturert atferdsgruppe med nikotintyggegummi 3) Gruppe med råd fra allmennlegen og nikotintyggegummi.	Variabler som predikerer røykeslutt etter 3, 6 og 12 mnd: 1) Alder, motivasjon 2) Sosioøkonomisk, status, motivasjon, avhengighetsgrad og tid sammen med ikke-røykere. 3) Alder, tid sammen med ikke-røykere, lav avhengighetsnivå og høy sosioøkonomisk status.	RCT	Lav
Etter, JF. 2001	Sveits	Dagligrøykere (N=2934). Gjennomsnitt røyk per dag: 20	1) Skreddertilpasset røykesluttkurs ut fra hvilket stadium deltakerne var kommet i. 2) Kontrollgruppe	Røykeslutt var 2.6 ganger større i tiltaks- enn i kontrollgruppen 1) 5,8 % 2) 2,2 %.	RCT	Middels
Okuyemi KS et al 2003	USA	Dagligrøykere (N=600) med lav inntekt. Gjennomsnitt røyk per dag: 18	1) Bruk av bupropion for å øke røykeslutt blant mentolrøykere 2) Ikke-mentol røykere.	Røykeslutt syv dager i gruppene etter 6 uker og 6 mnd (i parentes): 1) 28 % (21 %) 2) 42 % (27 %).	RCT	Høy

Oppsummert viser tiltak overfor voksne dagligrøykere:

- Et kognitivt atferdsprogram hadde effekt på røykeslutt og etter 12 måneders oppfølging så hadde 20 % av tiltaksgruppen sluttet å røyke og ca 9 % hadde redusert forbruket med 25 %. Til sammenligning så var det i kontrollgruppen 6 % som hadde sluttet å røyke og det var her ingen som klarte å redusere det daglige røykeforbruket.
- Intensive tiltak sammenlignet med et lavintensitetstiltak viste at etter ett år var det 16.3 % i høyintensitet gruppa som avsto fra røyking, mens det var 12.7 % i lavintensitetsgruppa som ikke røykte, sammenlignet med 7.3 % i resten av populasjonen.
- Dagligrøykere som fikk et selvhjelpshefte, personlig tilbakemelding og telefonrådgivning redusert røyking ved 3 og 12 måneder.
- Alder og motivasjon predikerte sannsynligheten for røykeslutt etter 3 måneder. For oppfølgingstidspunktet etter 6 måneder var det sosioøkonomisk status, motivasjon, lav nikotinavhengighet og hvor mye tid en tilbringer sammen med ikke-røykere, som var viktige faktorer for lengden av røykeslutt.
- Røykeslutt var 2.6 ganger større i en gruppe som fikk et skreddertilpasset røykesluttkurs, enn i kontrollgruppen. Programmet var mer effektivt blant gruppen med høyere utdanning, enn i gruppen med lavere utdanning.
- Studien blant afroamerikanere viste at røykeslutt etter 6 uker var lavere for mentolrøykere enn for ikke-mentolrøykere.

3.3.4 Høyrisikogrupper/pasient grupper

Målgruppene var for eksempel pasienter med hjerte og karsykdommer som ble fulgt opp av allmennpraktiker. Vi fant en studie fra Danmark, en fra Norge, en fra Skottland og en fra Nederland som vi har inkludert i vår kunnskapsoppsummering.

I den danske studien på sykehus var røykesluttintervensjoner rettet mot pasienter med hofteproblemer (27), der deltakerne ble fordelt til røykesluttintervensjoner eller en kontrollgruppe. I dette tiltaket fikk pasienter rådgivning fra en sykepleier om fordeler ved røykeslutt, og hva som er mulige helsegevinster og bivirkninger. Det ble gitt råd om hvordan en skal håndtere symptomer og redusere vektøkning ved røykeslutt. Deltakerne ble også målt på røykeavhengighet etter Fagerstrøms skjema. Resultatene viste at menn med et godt sosialt nettverk hadde større sannsynlighet for å slutte å røyke enn menn med et dårlig nettverk. Røykeslutt reduserte også postoperative komplikasjoner for pasientene. Videre fant de at mer en 4 timers trening i uka og høyt utdanningsnivå var viktige suksessfaktorer for om pasientene klarte å slutte. Denne studien konkluderte med at røykesluttintervensjoner var effektive i å redusere risiko for postoperative komplikasjoner. Begge studiene viste at tiltakene økte forskjellene mellom sosioøkonomiske grupper.

I den norske studien var deltakerne middelaldrende menn med høy risiko for å utvikle hjerte- og karsykdommer (28). Her ble det funnet sosioøkonomiske forskjeller i røykeslutt. Deltakerne som var inkludert i studien hadde et forholdsvis høyt kolesterolnivå og høy risiko for hjertesvikt. 80 % var dagligrøykere. Analyser av sosial klasse viste imidlertid at endringene i tiltaksgruppen var for alle strata, unntatt det overraskende funnet at menn med lav sosioøkonomisk status hadde lavere forekomst av hjerte- og karsykdommer enn høystatusgruppene. Rådgivning om røykeslutt var spesielt effektivt overfor lavere sosial grupper som deltok i tiltaket. Blant de som sluttet å røyke, reduserte lavere sosioøkonomiske grupper kolesterolnivået mer enn høyere sosioøkonomiske grupper. Et av suksesskriteriene var her rådgivning om kosthold for at deltakerne ikke skulle gå opp i vekt. Røykeslutt i kontrollgruppen var fulgt av en vektøkning for deltakerne. Den norske studien er den eneste som var mer effektiv i å øke røykeslutt blant lavere sosioøkonomiske grupper sammenliknet med høystatusgrupper. 17 % i kontrollgruppen og 24 % i intervensjonsgruppen sluttet å røyke

Vi fant en studie fra Skottland (29) som var rettet mot dagligrøykere med dårlig helsestatus fra to depriverede områder. Deltakerne var rekruttert fra allmennlegen, og fikk tiltak som laser, placebolaser, nikotinplaster, inhalator og akupunktur. Det ble målt røykeslutt, og om en var røykfri etter tre, seks og 12 måneder. Det viste seg at laser var mer effektivt enn placebolaser, og nikotinplaster var mest effektivt av nikotinerstatningstiltakene. Dette tyder på at nikotinerstatning kan være effektivt i depriverede områder, og der andelen som slutter er den samme som rapportert i sammenliknbare studier.

I en studie fra Nederland av pasienter med hjerte-karsykdom fikk begge tiltaksgruppene nikotinplaster, men den ene gruppen fikk også kognitiv atferdsterapi (30). Pasienter i kontrollgruppen fikk en kort rådgivning fra sin medisinske ekspert. Pasientene var spurt om de hadde tenkt på å slutte i det siste, og de fikk råd om å slutte på kort varsel. Det ble gjennomført en standard kartlegging av blant annet røykeatferden hos deltakerne,

graden av nikotinvhengighet og motivasjonen for å slutte å røyke. Målet var å studere om mindre intensive tiltak er effektive i å forandre pasientenes kognitive evner, holdninger, sosiale innflytelse, selvtillit og egen intensjon om å slutte å røyke. Resultatene viste i denne studien små men positive effekter etter målet intensjon om å slutte og individuell tro på egne muligheter til å klare det, men det hadde bare effekt hos pasienter med høyere utdanning. Resultatene her viste også at tiltakene, i hvert fall i den korte oppfølgingstiden, bidro til å øke forskjellene mellom de sosioøkonomiske gruppene.

Studie	Land	Populasjon	Intervensjon	Resultat	Desig n	Kvalitet
Moller, AM et al. 2003	Danmark	Pasienter med hofteproblemer (N= 120). Gjennomsnitt røyk per dag: ikke rapportert	1) Rådgivning om røykeslutt. 2) Kontrollgruppe fikk ordinære tjenester	Røykeslutt i gruppene: 1) 64 % 2) 9 %.	RCT	Høy
Holme, I. et al. 1985	Norge	Menn med risiko for hjerte- og karsykdommer (N= 1 232). Gjennomsnitt røyk per dag: 13	1) Rådgivning om røykeslutt og kosthold 2) Kontrollgruppe	Røykeslutt i gruppene: 1) 24 %. 2) 17 %.	RCT	Middels
Docherty, G. et al. 2003	Skottland	Dagligrøykere med dårlig helsestatus Gjennomsnitt røyk per dag: ikke rapportert.	1) Laser (N=145) 2) Placebolaser (N=210) 3) Nikotinplaster (N=152) 4) Nikotin-inhalator (N=22) 5) Akupunktur (N=51).	Røykeslutt etter 6 og 12 mnd (i parentes): 1) 12,4 % (10,3) 2) 11,9 % (10,0) 3) 22,4 % (14,5) 4) 9,1 % (13,6) 5) 13,7 % (9,8)	RCT	Lav
Wiggers 2005	Nederland	Pasienter med hjerte-kar-sykdom. Nikotinvhengig (Fagerström) Lav: 60 %. Høy: 40 %.	1) Kognitiv terapi og nikotinerstatningstiltak 2) Kontrollgruppe med nikotinerstatningstiltak	Røykeslutt i gruppene: Det var ikke dokumenter forskjeller.	RCT	Middels

Oppsummert viser studiene for høyrisikogrupper og pasientgrupper:

- Røykesluttintervensjoner rettet mot pasienter med hofteproblemer viste at menn med et godt sosialt nettverk hadde større sannsynlighet for å lykkes med å slutte å røyke. Forskerne fant også at mer en 4 timers trening i uka og høyt utdanningsnivå var viktige suksessfaktorer for om pasientene klarte å slutte å

røyke.

- Rådgivning om røykeslutt var spesielt effektivt overfor lavere sosioøkonomiske grupper som deltok i tiltaket. Blant de som sluttet å røyke, reduserte lavere sosioøkonomiske grupper kolesterolnivået mer enn høyere sosioøkonomiske grupper. Dette var den eneste studien som var mer effektiv i å øke røykeslutt blant lavere sosioøkonomiske grupper sammenliknet med høystatusgrupper.
- Dagligrøykere med dårlig helsestatus har større effekt av laser enn placebolaser, og nikotinplaster var mest effektivt av nikotinerstatningstiltakene. Nikotinerstatning kan være effektivt i depriverte områder, og andelen som slutter er den samme som rapportert i sammenliknbare studier.
- Pasienter med hjerte-karsykdom som fikk kognitiv atferdsterapi hadde små men positive effekter etter målet intensjon om å slutte og individuell tro på egne muligheter til å klare det, men det hadde bare effekt hos pasienter med høyere utdanning.

4. Diskusjon

De gjennomgatte oversiktene og enkeltstudiene viste at det er sosiale ulikheter i røykeslutt. Fordi det er flere personer med høy sosioøkonomisk status som klarer å slutte i løpet av tiltaksperioden, bidrar tiltakene til å øke forskjellene mellom sosioøkonomiske grupper. Det er større usikkerhet knyttet til langtidseffektene av røyketiltakene. Vi fant flest studier med en oppfølgingstid på ett år, men bare noen få studier som hadde lengre oppfølgingstid enn 2 år.

4.1 BEGRENSNINGER I DOKUMENTASJONGRUNNLAGET

Tre av kunnskapsoppsummeringene har vi vurdert til å ha lav metodisk kvalitet, og bare en har middels kvalitet. Det er derfor en del usikkerhet knyttet til resultatene fra de inkluderte oppsummeringene.

Vi har funnet få studier som har sammenlignet resultater før og etter gjennomføring av røyketiltak ut fra sosioøkonomiske forskjeller, til tross for at det er mange studier som rapporterer sosioøkonomiske bakgrunnsdata ved baseline. Dette ville ha gitt oss betydelig kunnskap om effekten av røyketiltak, med en rapportering av utfallsmål brutt ned på sosioøkonomiske grupper

Det er mulig å gjennomføre studier som stratifiserer data ut fra sosioøkonomiske grupper, spesielt ved å gjøre nye analyser av eksisterende datasett og ved å gjennomføre metaanalyser av data som er direkte sammenlignbare. Men dette er en omfattende jobb og er praktisk vanskelig å gjennomføre med å innhente foreliggende datasett. Vi vet ikke om de ekskluderte studiene har gjennomført analyser på sosioøkonomiske variabler, men vi har ikke funnet resultater som er publisert så vidt vi er kjent. En mulig forklaring kan være publikasjonsskjevheter, at det ikke er funnet statistisk signifikante forskjeller mellom gruppene og derfor ikke er rapportert i resultatene fra studiene.

I studier av røykesluttatferd som vi har vurdert har oppfølgingstiden vært fra 1 til 2 år, så effekten av røyketiltakene avtar etter ett år, men det er viktig å ha forholdsvis lengre oppfølgingstid for å kunne si noe sikkert om langtidseffekter. I denne kunnskapsoppsummeringen var det flere studier som hadde en oppfølgingstid på ett år,

og bare den norske studien hadde en oppfølgingstid på fem år. Det er derfor vanskelig å si noe om langtids effekter uten å gjennomføre studier med en lengre oppfølgingstid. Vi har sett at røyketiltak overfor lavere sosioøkonomiske grupper ikke har gitt langvarige effekter, og tiltak som er rettet mot ungdom har også problemer med lav deltakelse.

Dette kunnskapsgrunnlaget viser at tiltakene som er gitt ikke er spesielt designet for lavere sosioøkonomiske grupper, og at nikotinerstatning hjelper på avhengigheten, men at det er behov for andre tiltak i tillegg. En rekke av studiene som vi har gått i gjennom gir slike tiltak i kombinasjon med telefonoppfølging, rådgivning, selvhjelpsmanualer, etc for å bidra til økt røykeslutt. Et positivt resultat er at en gruppe av unge som hadde lært å motstå røykepress viste større effekt av tiltaket, enn et utdanningsprogram som inneholdt informasjon om røyking, diskusjoner, spill og hjemmelekser. Det å gi unge ferdigheter til å motstå røykepress hadde en effekt, og elevene fikk utvikle personlige ferdigheter og sosiale ferdigheter til å ikke røyke.

4.2 OVERFØRINGSVERDI

Sosial ulikhet i røyking er et befolkningsproblem, og kan studeres på samfunnsnivå. De studiene som vi har vurdert har sett på effekter på individ- og gruppenivå (sosioøkonomiske forskjeller i røyking). Det finnes noen få studier som ser nærmere på røyketiltak på befolkningsnivå (f. eks massemediakampanjer), og som studerer endringer i røykeprevalensen før og etter oppstart av mediakampanjer. Noen studier rapporterer forskjeller i røykeprevalensen blant sosioøkonomiske grupper før og etter gjennomføring av kampanjer, og viste endringer i røykeslutt over tid (31-33).

Grunnen til at vi har valgt å ekskludere befolkningsstudier som bare har én måling før og én måling etter tiltaket, er at dette designet er svært utsatt for bias/skjevheter. Dette er fordi det er et nærmest ubegrenset antall andre hendelser i samfunnet i det samme tidsrommet som kan være mulige forklaringer på endringer i røykeprevalensen. Bruk av lengre tidsserier (interrupted time-series) kan på befolkningsnivå vise effekter av tiltak som er rettet mot hele befolkningen. Dette designet krever som et minimum tre målepunkter før tiltaket og tre målepunkter etter tiltaket, men ideelt sett bør det være mer enn 30 målepunkter. Dette kan oppnås for eksempel i nasjonal statistikk, men er sjelden realistisk i enkeltstudier.

Norske evalueringer av røyketiltak lider av at de i stor grad benytter design som ikke kan svare på spørsmål om hva som er effekten av tiltakene. Av denne grunn har vi måttet utelate mange evalueringer fra denne kunnskapsoppsummeringen.

5. Konklusjon

Mandatet for prosjektet var å oppsummere effekten av røykeslutttiltak for å redusere sosial ulikhet i helse. Problemstillingen var å oppsummere effekten av røyketiltak for å redusere sosial ulikhet i helse:

- 1) å vurdere tiltak for å redusere røyking blant ulike sosioøkonomiske grupper
- 2) å undersøke effekten av røyketiltak rettet mot lavere sosioøkonomiske grupper. Det var viktig å oppsummere studier med tiltak rettet mot sosioøkonomiske grupper med lav inntekt og utdanning

Utgangspunktet var å finne god vitenskapelig dokumentasjon av effektstudier som både har høy kvalitet og som er relevant for det norske samfunnet. Vi har funnet at det var forskjeller i hvem som klarer å slutte, det er en sosial gradient, der sosioøkonomiske grupper med høy inntekt og utdanning har større sannsynlighet for røykeslutt.

Når det er sagt, så bør det satses på og utvikles tiltak som er designet for ulike sosioøkonomiske grupper. For eksempel så har vi funnet åtte studier med røyketiltak overfor lavere sosioøkonomiske grupper, videre så er det noen studier som har sett nærmere på røyking og sosioøkonomiske forskjeller ut fra foreldres bakgrunn, og som egentlig peker på det sosiale miljøets betydning for sosial støtte, som en buffer men også som en barriere for røykeslutt. Det betyr at mange av de nærmeste kan stille opp for å øke røykeslutt. En internasjonal kunnskapsoppsummering viste at de intensive tiltakene også kan være effektive i å øke røykeslutt blant grupper som vurderer å slutte å røyke. Det betyr at noen grupper røykere trenger mer støtte og lengre oppfølging for å få en effekt av tiltakene.

5.1 BEHOV FOR VIDERE FORSKNING

Forskere fra Storbritannia og Nederland har vært toneangivende i studier av sosial ulikhet i helse, men også her med hovedvekt på å gjennomføre årsaksstudier. Som vi har nevnt innledningsvis så etterlyser også disse landene flere effektstudier som oppsummerer hva som er effektivt for å redusere sosial ulikhet i røyking. Selv om det er gjennomført en systematisk oversikt og kunnskapsoppsummeringer fra disse landene, så

mangler vi fortsatt kunnskap som oppsummerer effekten av tiltak for å redusere sosial ulikhet i røyking blant sosioøkonomiske grupper. Vi trenger derfor også flere enkeltstudier som kan bygge opp en internasjonal kunnskapsbase på dette feltet, og som kan gi oss bedre kunnskap om hva som er effektive tiltak.

Det er behov for flere norske og skandinaviske effektstudier av røykeslutttiltak som fokuserer på sosioøkonomiske forskjeller. I dag finnes det generelt lite virkemiddelforskning overfor dagligrøykere, og spesielt tiltak som har som målsetting å redusere forskjeller i røyking mellom sosioøkonomiske grupper. Vi har identifisert et kunnskapsgap om tiltak for å redusere forskjeller i røyking mellom sosioøkonomiske grupper, og behovet for i større grad å analysere sosioøkonomiske forskjeller med utgangspunkt i bakgrunnsdata, som det allerede er tradisjon for å samle inn i effektstudier. Men de studiene som vi har presentert her er et godt utgangspunkt for å designe studier som kan gjennomføres i Norge, og der tiltakene tilpasses norske samfunnsforhold.

Det er også et behov for å gjennomføre studier som har en lengre oppfølgingstid for å kunne dokumentere hva som er langtidseffekten. Det kan være at lavere sosioøkonomiske grupper har behov for lengre oppfølging og tiltak som er tilpasset deres situasjon.

Det er også behov for et internasjonalt samarbeid om effektstudier, dels for å kunne identifisere studier som ikke er indeksert i databaser, men også for å kunne opprette databaser som på en mer systematisk måte kan ha en oversikt over den kunnskapen som allerede finnes i andre europeiske land. Det er viktig å identifisere studier fra land som vi kan sammenligne Norge med, fordi denne kunnskapen vil kunne brukes til å designe studier som er relevante for norske forhold. Denne kunnskapsoppsummeringen er et bidrag til å identifisere studier som er gjennomført så langt, og peke på noen områder vi fortsatt har usikker kunnskap om. Det er viktig å støtte det internasjonale samarbeidet gjennom organisasjonene Campbell Collaboration og Cochrane Collaboration for å sikre en systematisk oppsummering av denne kunnskapen.

6. Referanser

1. Lund M, Lund KE, Rise J. Sosiale ulikheter og røykeslutt blant voksne. Tidsskr Nor Lægeforen 2005;125(5):564-8.
2. Lund KE, Lund M. Røyking og sosial ulikhet. Tidsskr Nor Lægeforen 2005;125(5):560-3.
3. Marmot M, Wilkinson R. Social Determinants of Health. Oxford: Oxford University Press; 1999.
4. Mackenbach JP. Tackling inequalities in health: the need for building a systematic evidence base. Journal of Epidemiology and Community Health 2003;57(3):162.
5. Stronks K. Generating evidence on interventions to reduce inequalities in health: the Dutch case. Scandinavian Journal of Public Health 2002;30(3):20-5.
6. Mackenbach JP, Bakker M. Reducing inequalities in health: a European perspective. London: Routledge; 2002.
7. Platt S. Smoking policies. I: Mackenbach JP, Bakker M, editors. Reducing Inequalities in Health. A European Perspective. London: Routledge; 2002. p. 125-43.
8. Main C, Mather L, Ogilvie D, Petticrew M, Sowden A, Thomas S, et al. Systematic overview of population tobacco control interventions and their effects on social inequalities in health - systematic review (project) (Brief record). 2007.
9. Gradientutfordringen. Sosial- og helsedirektoratets handlingsplan mot sosiale ulikheter i helse. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2005.
10. Ogilvie D, Petticrew M. Reducing social inequalities in smoking: can evidence inform policy? A pilot study. British Medical Journal 2007;129-31.
11. Gepkens A, Gunning-Schepers LJ. Interventions to reduce socioeconomic health differences. A review of the international literature . 6 ed. 1996.
12. Chatrou M, Maes S, Dusseldorp E, Seegers G. Effects of the Brabant Smoking Prevention Programme: A replication of the Wisconsin Programme. Psychology & Health 1999;14(1):159-78.

13. Roddy E, Romilly N, Challenger A, Lewis S, Britton J. Use of nicotine replacement therapy in socioeconomically deprived young smokers: a community-based pilot randomised controlled trial. *Tobacco Control* 15(5):373-6, 2006;
14. Schinke SP, Bebel MY, Orlandi MA, Botvin GJ. Prevention Strategies for Vulnerable Pupils: School Social Work Practices to Prevent Substance Abuse. *Urban Education* 1988;22(4):510-9.
15. Botvin GJ, Dusenbury L, Baker E, James-Ortiz S, Botvin EM, Kerner J. Smoking prevention among urban minority youth: Assessing effects on outcome and mediating variables. *Health Psychology* 1992;11(5):290-9.
16. Schofield MJ, Lynagh M, Mishra G. Evaluation of a health promoting schools program to reduce smoking in Australian secondary schools. *Health Education Research* 2003;18(6):678-92.
17. Yilmaz G, Karacan C, Yoney A, Yilmaz T. Brief intervention on maternal smoking: a randomized controlled trial. *Child Care Health and Development* 2006;32(1):73-9.
18. Ershoff DH, Quinn VP, Boyd NR, Stern J, Gregory M, Wirtschafter D. The Kaiser Permanente prenatal smoking-cessation trial: when more isn't better, what is enough? *American Journal of Preventive Medicine* 17(3):161-8, 1999;
19. Solomon LJ, Scharoun GM, Flynn BS, Secker-Walker RH, Sepinwall D. Free nicotine patches plus proactive telephone peer support to help low-income women stop smoking. *Prev Med* 2000;31(1):68-74.
20. Mayer JP, And O. A Randomized Evaluation of Smoking Cessation Interventions for Pregnant Women at a WIC Clinic. *American Journal of Public Health* 1990;80(1):76-8.
21. Marks DF, Sykes CM. Randomized controlled trial of cognitive behavioural therapy for smokers living in a deprived area of London: Outcome at one-year follow-up. *Psychology Health & Medicine* Vol 7(1)(pp 17-24), 2002 2002;(1):17-24.
22. Pisinger C, Vestbo J, Borch-Johnsen K, Jorgensen T. Smoking cessation intervention in a large randomised population-based study. The Inter99 study. *Preventive Medicine* 40(3):285-92, 2005;
23. Curry SJ, McBride C, Grothaus LC, Louie D, Wagner EH. A randomized trial of self-help materials, personalized feedback, and telephone counseling with nonvolunteer smokers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1995;63(6):1005-14.
24. Richmond RL, Kehoe LA, Webster IW. Multivariate models for predicting abstinence following intervention to stop smoking by general practitioners. *SO: Addiction (Abingdon, England)* 1993;88(8):1127-35.
25. Etter J, Perneger TV. Effectiveness of a Computer-Tailored Smoking Cessation Program: A Randomized Trial. *Archives of Internal Medicine* 2001;126(21):2596-601.
26. Okuyemi KS, Ahluwalia JS, Ebersole RM, Catley D, Mayo MS, Resnicow K. Does menthol attenuate the effect of bupropion among African American smokers? *SO: Addiction (Abingdon, England)* 2003;98(10):1387-93.
27. Moller AM, Pedersen T, Villebro N, Norgaard P. Impact of lifestyle on perioperative smoking cessation and postoperative complication rate. [References]. 2003.

28. Holme I, Hjermand I, Helgeland A, Leren P. The Oslo Study: diet and antismoking advice. Additional results from a 5-year primary preventive trial in middle-aged men. *Preventive Medicine* 14(3):279-92, 1985;
29. Docherty G, Gordon D, McAlpine L. Laser and NRT smoking cessation programmes in areas of high social deprivation [Abstract]. *SO: Thorax* 2003;58(Suppl 3):iii43.
30. Wiggers LC, Oort FJ, Dijkstra A, de Haes JC, Legemate DA, Smets EM. Cognitive changes in cardiovascular patients following a tailored behavioral smoking cessation intervention. *Preventive Medicine* 40(6):812-21, 2005;
31. Levy DT, Romano E, Mumford E. The relationship of smoking cessation to sociodemographic characteristics, smoking intensity, and tobacco control policies. *Nicotine Tob Res* 2005;7(3):387-96.
32. White V, Tan N, Wakefield M, Hill D. Do adult focused anti-smoking campaigns have an impact on adolescents? The case of the Australian National Tobacco Campaign. *Tobacco Control* 2003;12:23-9.
33. Macaskill P, Pierce JP, Simpson JM, Lyle DM. Mass media-led antismoking campaign can remove the education gap in quitting behavior. *Am J Public Health* 1992;82(1):96-8.

7. Vedlegg

7.1 SØKESTRATEGI FOR IDENTIFISERING AV STUDIER

Søkestrategien under er tilpasset for søk i de andre litteraturliteatubasene som er nevnt under metoden.

Ovid MEDLINE(R)

1966 to November Week 3 2006

175 treff

- 1 exp Housing/
- 2 exp Uncompensated Care/
- 3 exp Socioeconomic Factors/
- 4 Hierarchy, Social/
- 5 exp Ethnic Groups/
- 6 exp Homeless Persons/
- 7 exp Medically Uninsured/
- 8 exp Medically Underserved Area/
- 9 ((underinsured or uninsured or uncompensated or indigen\$ or (ethnic adj difference\$)).tw.
- 10 (unemployed or unemployment or (low\$ adj income\$) or blacks or deprived or deprivation).tw.
- 11 (disadvantaged or endowed or unendowed or education\$ or equity or equitable).tw.
- 12 (inequity or inequities or inequitable or unequal or homelessness or illiterate).tw.
- 13 (inequality or inequalities or variation\$ or poverty or underprivileg\$).tw.
- 14 ((family adj income) or (inner adj cit\$) or (minority adj group\$) or (vulnerable adj group\$)).tw.
- 15 ((low or lower or less or poor or poorer or level) adj2 (socioeconomic or education\$)).tw.

16 or/1-15

17 exp Smoking/

18 exp Nicotine/

19 exp "Tobacco Use Disorder"/ or exp Tobacco/

20 (quit\$ or smok\$ or cigar\$ or tobacco or nicotine).ti.

21 or/17-20

(norw\$ or swed\$ or denmark\$ or danish\$ or nordic\$ or scandinav\$ or iceland\$ or finland
22 or finnish or netherland\$ or dutch\$ or england\$ or britain\$ or united kingdom or british
or uk).mp. or english.tw.

23 exp Health Promotion/

24 exp Patient Education/

25 exp Primary Prevention/

26 exp Health Education/

27 (behavio\$ adj2 modification\$).tw.

28 exp Health Behavior/

29 exp Risk Management/

30 exp "Tobacco Use Cessation"/

31 quit\$.ti.

32 (smoking cessation or antismok\$ or anti-smok\$).tw.

((prevent\$ or reduc\$ or promot\$ or increas\$ or program\$ or curicul\$ or educat\$ or
33 project\$ or campaign\$ or impact\$ or risk\$ or vulnerab\$ or resilien\$ or factor\$ or correlat\$
or predict\$ or determin\$ or behavio#r\$) adj3 (health\$ or ill or illness or ills or well or
wellbeing or wellness or poorly or unwell or sick\$ or disease\$)).tw.

34 or/23-33

35 exp intervention studies/

36 Meta-analysis/

37 meta analy\$.tw.

38 metaanaly\$.tw.

39 meta analysis.pt.

40 ((systematic or comprehensive or literature or quantitative or critical or integrative or
evidence\$) adj2 (review\$1 or overview\$1)).tw.

41 literature study.tw.

42 (critical adj (appraisal or analysis)).tw.

43 exp Review Literature/

44 cochrane.ab.

45 medline.ab.

46 embase.ab.

47 (psychlit or psyclit).ab.

48 (psychinfo or psycinfo).ab.

49 (cinahl or cinhal).ab.

50 science citation index.ab.

51 bids.ab.

52 cancerlit.ab.

53 reference list\$.ab.

54 bibliograph\$.ab.

55 hand-search\$.ab.

56 relevant journals.ab.

57 manual search\$.ab.

58 selection criteria.ab.

59 data extraction.ab.

60 58 or 59

61 review.pt.

62 60 and 61

63 or/36-57,62

64 comment.pt.

65 letter.pt.

66 editorial.pt.

67 animal/

68 human/

69 67 not (67 and 68)

70 or/64-66,69

71 63 not 70

72 random\$.ti,ab,pt,sh,kf.

73 clinical trial.pt,sh.

74 quasi\$.ab,ti.

75 or/72-74

76 16 and 21 and 22 and 34 and (35 or 71 or 75)

7.2 KUNNSKAPSGRUNNLAGET

Study First author (year.)	Tittel
Arblaster, L. 1996	A systematic review of the effectiveness of health service interventions aimed at reducing inequalities in health. <i>Journal Health Services Research and Policy</i> Volume 1 No 2, 1996:93-103
Botvin, G.J., 1992	Smoking prevention among urban minority youth: Assessing effects on outcome and mediating variables, <i>Health Psychology</i> , 11(5), 1992, p.290 – 299
Chatrou, M., 1999	Effects of the Brabant Smoking Prevention Programme: A replication of the Wisconsin Programme, <i>Psychology & Health</i> , 14(1), 1999, p.159 – 178
Curry, S., 1995	A randomized trial of self-help materials, personalized feedback, and telephone counseling with nonvolunteer smokers, <i>Journal of Consulting and Clinical Psychology</i> , 63(6), 1995, p.1005 - 1014
Docherty, G.	Laser and NRT smoking cessation programmes in areas of high social deprivation [Abstract], <i>Thorax</i> , 58(Suppl 3), 2003,
Ershoff, D.H., 1999	The Kaiser Permanente prenatal smoking-cessation trial: when more isn't better, what is enough?, <i>American Journal of Preventive Medicine</i> .17(3):161-8,, 1999
Etter, J., 2001	Effectiveness of a Computer-Tailored Smoking Cessation Program: A Randomized Trial, <i>Archives of Internal Medicine</i> , 126(21), 2001, p.2596 – 2601
Gepkens, A., 1996	Interventions to reduce socioeconomic health differences. A review of the international literature. <i>European Journal of Public Health</i> : 1996: 218-226
Holme, I.,1985	The Oslo Study: diet and antismoking advice. Additional results from a 5-year primary preventive trial in middle-aged men, <i>Preventive Medicine</i> .14(3):279-92,, 1985
Marks, D.F., 2002	Randomized controlled trial of cognitive behavioural therapy for smokers living in a deprived are of London: Outcome at one-year follow-up, <i>Psychology Health & Medicine</i> . Vol.7(1)(pp 17-24), 2002.(1), 2002, p.17 – 24
Mayer, JP 1990	A Randomized Evaluation of Smoking Cessation Interventions for Pregnant Women at a WIC Clinic, <i>American Journal of Public Health</i> , 80(1), 1990, p.76 – 78
Møller, A.M., 2003	Impact of lifestyle on perioperative smoking cessation and postoperative complication rate, <i>Preventive medicine.</i> , 36(6), 2003, p.704 – 709
Ogilvie, D., 2004.	Reducing social inequalities in smoking: can evidence inform policy? A pilot study, <i>Tob.Control</i> , 13(2), 2004, p.129 - 131
Okuyemi, K. S., 2003	Does menthol attenuate the effect of bupropion among African American smokers?, <i>Addiction</i> , 98(10), 2003, p.1387-1393
Pisinger, C. 2005	Smoking cessation intervention in a large randomised population-based study. The Inter99 study, <i>Preventive Medicine</i> .40(3):285-92,, 2005
Platt, S. 2002	Smoking policies. In: Mackenbach JP, Bakker M, editors. <i>Reducing Inequalities in Health. A European Perspective</i> . London: Routledge, 2002: 125-143.
Richmond, R.L.,	Multivariate models for predicting abstention following intervention to stop

1993	smoking by general practitioners, <i>Addiction</i> , 88(8), 1993, p.1127 – 1135
Roddy, E., 2006	Use of nicotine replacement therapy in socioeconomically deprived young smokers: a community-based pilot randomised controlled trial, <i>Tobacco Control</i> .15(5):373-6, 2006
Schinke, S.P 1988	Prevention Strategies for Vulnerable Pupils: School Social Work Practices to Prevent Substance Abuse, <i>Urban Education</i> , 22(4), 1988
Schofield, M.J. 2003	Evaluation of a health promoting schools program to reduce smoking in Australian secondary schools, <i>Health Education Research</i> , 18(6), 2003, p.678 – 692
Solomon, L. J., 2000	Free nicotine patches plus proactive telephone peer support to help low-income women stop smoking, <i>Prev.Med.</i> , 31(1), 2000, p.68 – 74
Sykes, C. M., 2001	Effectiveness of a cognitive behaviour therapy self-help programme for smokers in London, UK, <i>Health Promotion International</i> .16(3):255-60,, 2001
Wiggers, L. 2005	Cognitive changes in cardiovascular patients following a tailored behavioral smoking cessation intervention, <i>Preventive Medicine</i> .40(6):812-21, 2005
Yilmaz, G., 2006	Brief intervention on maternal smoking: a randomized controlled trial, <i>Child Care Health and Development</i> , 32(1), 2006, p.73 - 79

7.3 INKLUDERTE SYSTEMATISKE OVERSIKTER

Studie	Arblaster 1996: A systematic review of the effectiveness of health service interventions aimed at reducing inequalities in health
Utvalg	Personer som søker helsetjenesten for råd og veiledning. Målgruppen hadde økt risiko for f. eks ulykker, røyking, kreft, koronar hjertesykdom, HIV/Aids, svangerskap og psykiske lidelser. 21 reviews er inkludert i oversikten og 94 enkeltstudier.
Nasjonalitet	Storbritannia
Tiltak	Tiltak for å redusere ulikhet i helse eller forbedre helsesituasjonen til en spesifikk gruppe som er relevant for denne oversikten. Tiltak som er håndtert av helsetjenesten eller i samarbeid med andre tjenester. Tiltak som er effektive i forhold til alle sosiale klasser(eller mer effektive blant "sårbare grupper").
Utfall	Selvrapportert røykestatus, kunnskap og holdninger til røyking, kolesterolnivå, helserelatert kunnskap, prevalens av røyking, antall som sluttet å røyke, hvor mange per dag, styrke på motivasjonen til å slutte å røyke.
Resultat	<p>Røyking: fire reviews som viste effekt av oppfølgende samtaler, helseopplæring, selvhjelpshefter, å fokusere mer på korttids enn langtidseffekter, forhandle om en sluttdato og individuell oppfølging.</p> <p>Intensive tiltak er mer effektive enn mindre intensive tiltak. Korte treningsprogrammer og oppfølging av helsepersonell (Saunders 1992).</p> <p>Opplæring hadde effekt på profesjonell utføring (Silagy 1994).</p> <p>Andre reviewer viste at nikotinerstatningstiltak har en effekt, men det er forholdsvis dyre tiltak (UK).</p> <p>Effektive tiltak overfor sosialt utsatte grupper - intensive tiltak, som inneholder både medisinsk behandling og opplæringsprogrammer (Connett 1985).</p>
Kommentarer	Lav metodisk kvalitet. Søkt i databaser som Medline, Applied Social Science Index and Abstracts, System for information on Grey Literature. Effektstudier er inkludert i oversikten. Det er ikke rapportert om det er gjort en uavhengig vurdering av studiene. Det er lite rapportering av utfallsmål som er brutt ned på sosioøkonomiske grupper.
Studie	Gepkens, A. Gunning, Schepers, L.J. 1996: Interventions to reduce socioeconomic health differences. A review of the international literature. European Journal of Public Health

Utvalg	Ikke spesifisert hvem som er utvalget. Vage formuleringer om befolkningen generelt og en spesifikk målgruppe som også rapporterte effekt på sosioøkonomisk status.
Nasjonalitet	Nederland
Tiltak	Målet var å vurdere evaluerte tiltak for å redusere sosial ulikhet i helse og analysere studier med sikte på å identifisere mulige suksesskriterier.
Utfall	Sosioøkonomiske helseforskjeller (SEHD). Rapporterer hvilke tiltak som er effektive, tvilsomme og som ikke er effektive. Strukturelle målinger, helseopplysning eller personlig støtte.
Resultat	98 publikasjoner av tiltak og 31 rapporter som er klassifisert som grå litteratur, som ikke er indeksert i internasjonale databaser. 4 studier med røyketiltak, og der målgruppen er voksne.
Kommentarer	Lav metodisk kvalitet. Det er ikke referert til hvilke databaser det er søkt i. Det er uklare inklusjon og eksklusjonskriterier. Og det er ikke gjort rede for kvaliteten på studiene.

Studie	Ogilvie, 2004. Reducing social inequalities in smoking: can evidence inform policy? A pilot study, <i>Tob.Control</i> , 13(2), 2004, p.129 - 131
--------	--

Utvalg	Røykere i mange enkeltstudier
Land	Storbritannia
Tiltak	6 systematiske Cochrane reviews og 13 enkeltstudier er inkludert i denne kunnskapsoppsummeringen.
Utfall	Sosiale forskjeller analysert i forhold til effekter av tiltak, informasjon om sosial inkludering og målgruppe for tiltaket, baseline sosioøkonomiske forskjeller mellom deltakerne, og effektestimater er stratifiserte etter sosio-demografiske variabler.
Resultat	Sosioøkonomiske data er lite brukt til å sammenligne effekter av tiltak.
Kommentarer	Middels metodisk kvalitet. Søkt i Cochrane Library etter systematiske oversikter. Uklart om det er en uavhengig vurdering av studiene.

Studie	Platt, 2004. Smoking policies I: Reducing Inequalities in Health: A European Perspective. (Red). Mackenbach, J. og Bakker, M. London: Routledge
--------	---

Utvalg	Røykere i mange enkeltstudier
Land	Storbritannia
Tiltak	Tiltak for å øke røykeslutt blant befolkningen generelt og lav inntektsgrupper spesielt.
Utfall	Skille mellom tiltak som er effektive og ineffektive. Skiller også mellom tiltak som er rettet mot hele befolkningen, og tiltak som er rapportert å være like effektive i høy- som i lavstatusgruppene.
Resultat	64 studier. Oversiktstabeller over målgruppe, hvilket tiltak, effekten av tiltaket og design som er brukt.
Kommentarer	Lav metodisk kvalitet. Det er kun søkt i Medline. Det er også uklare inklusjon og eksklusjonskriterier. Og det er ikke gjort rede for kvaliteten på studiene.

7.4 INKLUDERTE ENKELTSTUDIER

Studie	Botvin, 1992 Smoking prevention among urban minority youth: Assessing effects on outcome and mediating variables, <i>Health Psychology</i> , 11(5), 1992, p.290 – 299
Utvalg	Etniske grupper med latinamerikansk opprinnelse (N= 3,153), som sammenlignes med hvit middelklasseungdom (White).
Land	USA
Tiltak	Forebyggende tiltak (15 sesjoner), der en utvikler ferdigheter til å motstå røykepress, personlige ferdigheter og sosiale ferdigheter, eller delta i en kontrollgruppe.
Utfall	Kunnskapsmål om røyking, sosial akseptering, kunnskap om konsekvenser, holdninger til røyking, normative forventninger fra jevnaldrende og voksne. Det var gjennomført multiple regresjonsanalyser som inkluderte skoletype, prosentandel av latinamerikanere, tiltak eller kontrollgruppe.
Resultat	Signifikant sammenheng mellom normative forventninger og røyking. Sammenligning av røykeprevalens etter siste måneds måling viste at det var signifikant færre i tiltaksgruppen enn i kontrollgruppen som røykte etter tiltaket. Sammenligning av de to gruppene viste færre nye røykere i tiltaksgruppen enn i kontrollgruppen. Det er ikke forskjeller mellom skoletypene. Analysene av

	medierende variabler viste at skoler som får tiltaket skårer lavt på forventinger om røyking blant sine jevnaldrende og blant voksne.
Kommentarer	Middels metodisk kvalitet. Rapportert randomiseringsprosedyre blokkvis på skolenivå. Det er brukt standardiserte mål, men ikke gjort rede for deltakerne ved slutten av studien.
Studie	Chatrou, 1999 Effects of the Brabant Smoking Prevention Programme: A replication of the Wisconsin Programme, <i>Psychology & Health</i> , 14(1), 1999, p.159 – 178
Utvalg	Røykeforebyggende tiltak i skole for 12-14 åringer (N= 949), der skoleklasser var randomisert til to tiltaksgrupper eller en kontrollgruppe. Den første tiltaksgruppen besto av 13 klasser (N=284). Den andre tiltaksgruppen besto av 15 klasser (N=315). Kontrollgruppen besto av 20 klasser (N=350).
Land	Nederland
Tiltak	Forebyggende tiltak (3 klassesesjoner over tre uker), med diskusjoner om alternative fortolkninger om røyking, som var satt i sammenheng med egne erfaringer og risikoatferd.
Utfall	Intensjon om å røyke, avhengighet, røykeatferd, foreldres tillatelse til å røyke, foreldres røykeatferd, personlighetsmål og angst. Oppfølgingstid 1.5 år.
Resultat	Logistisk regresjon viste at venners røykeatferd hadde en signifikant effekt på intensjon om å røyke og røykeatferden. Foreldres tillatelse til å røyke hadde signifikant betydning for røykestart. Risikoatferden var signifikant relatert til intensjon om å røyke. Elever med yrkesskoler og lavere akademisk utdanning hadde høyere intensjon om å røyke. Programmet hadde ikke signifikant effekt ($p>0.01$) på intensjon om å røyke eller røykeatferd.
Kommentarer	Lav metodisk kvalitet. Rapportert randomiseringsprosedyre for skoleklasser. Det er ikke redegjort for deltakerne ved slutten av studien. Individene var enheten for analysene siden skoleklassene forandret seg i løpet av perioden.
Studie	Curry, 1995 A randomized trial of self-help materials, personalized feedback, and telephone counseling with nonvolunteer smokers, <i>Journal of Consulting and Clinical Psychology</i> , 63(6), 1995, p.1005 - 1014
Utvalg	Dagligrøykere(N= 1.137) identifisert gjennom en survey, som var fordelt til tre ulike tiltaksgrupper og en kontrollgruppe.
Land	USA

Tiltak	Selvhjelpshefte, personlig tilbakemelding og telefonrådgivning.
Utfall	Røyking, røykeslutt, lengst periode røykfri og motivasjon for å slutte å røyke. Alle som sa at de hadde sluttet å røyke, ble bedt om å ta en biokjemisk test (kotlinin i spytt) for om de var røykfrie.
Resultat	Telefonrådgivning økte røykeslutt ved 3 måneders oppfølgingstid, men ikke for 12 og 21 måneder. For røykere som vurderte røykeslutt ved baseline viste det seg at telefonrådgivning hadde en effekt på å avstå fra røyking ved 3 og 12 måneder. De som fortsatt ikke røykte ved 21 måneder var over 40 år, og hadde flere seriøse slutforsøk, hadde deltatt i tidligere behandling og hadde forholdsvis høy inntekt (mer enn \$ 35 000/år). Forfatterne konkluderte med at tiltak overfor deltakere som vurderer å slutte å røyke kan være like effektive, som for de som har bestemt seg. De mest intensive tiltakene hadde mest effekt på denne gruppa, som betyr at personer som vurderer å slutte ikke bør ekskluderes fra tiltak.
Kommentarer	Middels metodisk kvalitet. Gjort rede for randomiseringsprosedyre. Det er redegjort for deltakelse i studien, men ikke intention-to-treat.
Studie	Docherty 2003. Laser and NRT smoking cessation programmes in areas of high social deprivation [Abstract], <i>Thorax</i> , 58(Suppl 3), 2003,
Utvalg	Dagligrøykere fra to lokalsamfunn med dårlig helsestatus og lokalisert i depriverte områder. Deltakerne var rekruttert fra allmennlegen.
Land	Skottland
Tiltak	Laser, placebo, nikotinplaster, inhalator og akupunktur.
Utfall	Røykeslutt, lengst periode røykfri etter tre, seks og 12 måneder for røykestatus
Resultat	Av røykere som fikk plaster var 24 % røykfri etter 6 måneder, men etter 12 mnd var bare 14,5 % røykfrie. For inhalator var det etter 6 måneder 9 % røykfrie, men dette økte til 13,6 % etter 12 måneder. Av de som fikk akupunktur var 13,7 % røykfrie etter 6 måneder og 9,8 % etter 12 måneder. Laser viste en endring fra 12,4 % til 10,3 %, og for placebo var tallene 11,9 % og 10 %. Laser var altså ikke mer effektiv enn placebo, og nikotinplaster var mest effektivt. Dette tyder på at nikotinerstatning kan være effektivt i depriverte områder, og andelen røykeslutt er den samme som rapportert i sammenliknbare studier.
Kommentarer	Lav metodisk kvalitet. Uklar randomiseringsprosedyre. Det er ikke redegjort for deltakelse i studien, og ikke intention-to-treat. Vi har bare klart å lokalisere abstrakt fra denne studien, og den er mest sannsynlig upublisert materiale

Studie	Ershoff, 1999. The Kaiser Permanente prenatal smoking-cessation trial: when more isn't better, what is enough?, <i>American Journal of Preventive Medicine</i> .17(3):161-8,, 1999
Utvalg	Gravide kvinner, som er dagligrøykere (N=390).
Land	USA
Tiltak	Deltakerne var inndelt i tre grupper; 1) Selvhjelpsbok om røykemønster, endringsstadier og livsstilen til en gravid røyker 2) selvhjelpsboken og tilbud om røykeslutttiltak over telefon og 3) boken, og en oppsøkende telefonrådgivning fra en sykepleier, som bruker et motiverende intervju.
Utfall	Biokjemisk måling av røyking ved urintest (34 uke i svangerskapet).
Resultat	<p>20 prosent av deltakerne sluttet å røyke, uten signifikant forskjell mellom tiltaksgruppene. Et interessant funn er forholdsvis liten grad av røykeslutt blant tunge røykere på tvers av tiltaksgruppene.</p> <p>Analysene inneholder logistisk regresjon av fire mål: baseline røykestatus, troen på egne muligheter til å slutte, eksponering for passiv røyking og utdanningsnivå. Interaksjon for de fire kovariatene og tiltaksgruppe var analysert, men det er ikke funnet statistisk signifikant sammenheng. Høy og lavstatusgruppene er underrepresentert, og derfor kan ikke resultatene generaliseres til alle offentlige klinikker. Resultatene av tiltakene kan være et resultat av tilbud om ordinære røykerelaterte helsetjenester.</p>
Kommentarer	Middels metodisk kvalitet. Uklar randomiseringsprosedyre. Det er ikke redegjort for deltakerne ved slutten av studien.
Studie	Etter, 2001 Effectiveness of a Computer-Tailored Smoking Cessation Program: A Randomized Trial, <i>Archives of Internal Medicine</i> , 126(21), 2001, p.2596 – 2601
Utvalg	Dagligrøykere (N=2934).
Land	Sveits
Tiltak	Testet effekten av et "skreddertilpasset" røykesluttkurs. Et brev med veiledning om røykeslutt var tilsendt ut fra hvilket stadium deltakerne var kommet i forhold til intensjon om å slutte, vurdere å slutte å bestemme seg for å slutte i løpet av de neste 30 dagene.
Utfall	Selvrapportert røykeslutt målt 7 måneder etter oppstart.

Resultat	Røykeslutt var 2.6 ganger større i tiltaksgruppen enn i kontrollgruppen. Tiltaket var også effektivt overfor de som ikke var motiverte til å slutte å røyke ved oppstart. Det var også effektivt uavhengig av om deltakerne oppfattet problemer med å slutte å røyke ved oppstart. Programmet var mer effektivt overfor høyere utdanningsgrupper, enn lave utdanningsgrupper. Det var også mest effektivt blant grupper som røykte mer enn 35 sigaretter per dag.
Kommentarer	Middels metodisk kvalitet. Det er gjort rede for randomiseringsprosedyren, og for deltakerne ved slutten av studien.

Studie	Holme, 1985 The Oslo Study: diet and antismoking advice. Additional results from a 5-year primary preventive trial in middle-aged men, <i>Preventive Medicine</i> .14(3):279-92,, 1985
Utvalg	Middelaldrende menn med høy risiko for å utvikle hjerte- og karsykdommer (N= 1 232).
Land	Norge
Tiltak	Kosthold og røykerådgivningskurs.
Utfall	Røykeslutt og mål for serum kolesterolnivå.
Resultat	17 % i kontrollgruppen og 24 % i intervensjonsgruppen sluttet å røyke. Analyser av sosial klasse viste at endringene i tiltaksgruppen gjaldt for alle strata, men at menn med lavere sosioøkonomisk status hadde størst effekt av råd om å slutte å røyke.
Kommentarer	Middels metodisk kvalitet. Det er gjort rede for randomiseringsprosedyre, og en beskrivelse av systemet i en annen artikkel. Blinding av intervjuer eller intention-to-treat er ikke beskrevet. Deltakerne er redegjort for ved slutten av studien.

Studie	Marks, 2002 Randomized controlled trial of cognitive behavioural therapy for smokers living in a deprived area of London: Outcome at one-year follow-up, <i>Psychology Health & Medicine</i> .Vol.7(1)2002, p.17 - 24
Utvalg	Dagligrøykere som bor i et deprivert område av London, og som har lav inntekt (N=260).
Land	Storbritannia

Tiltak	QUIT for life programme, som er et kognitivt atferdsprogram med målsetting om å gradvis redusere røykeforbruket over en periode på 7-10 dager. Målet er 50 % reduksjon per dag. Et annet mål er å øke individets tro på egne muligheter til å bli røykfri.
Utfall	Røykeslutt og reduksjon av daglig røyking
Resultat	Etter 12 måneders oppfølging hadde 20 % av tiltaksgruppen sluttet å røyke og ca 9 % hadde redusert forbruket med 25 %. I kontrollgruppen var det 6 % som hadde sluttet og ingen klarte å redusere forbruket.
Kommentarer	Middels metodisk kvalitet. Det er gjort rede for randomiseringsprosedyre. Blinding av intervjuer eller intention-to-treat er ikke beskrevet. Deltakerne er gjort redegjort for ved slutten av studien. (Sykes, 2001 beskriver samme studien).
Studie	Mayer, 1990. A Randomized Evaluation of Smoking Cessation Interventions for Pregnant Women at a WIC Clinic, <i>American Journal of Public Health</i> , 80(1), 1990, p.76 - 78
Utvalg	Gravide røykere med lav inntekt som fikk tilbud om røykesluttprogram (N=219).
Land	USA
Tiltak	Tiltaksgruppen fikk 20 minutters rådgivning som inkluderte informasjon om risiko ved røyking, og atferdsendring etter en selvhjelpsmanual med fokus på individuell sluttedato og valg av en betydningsfull annen person som signerte den samme avtalen. Kontrollgruppen fikk ordinære tjenester med informasjon om risikoen ved røyking under svangerskap.
Utfall	Røykeslutt.
Resultat	Tiltaket medførte større røykeslutt enn ordinære tjenester i løpet av siste måned av svangerskapet (11 % mot 3 %) og etter fødselen (7 % mot 0 %). Studien viste samme resultater som for studier av kvinner før fødselen, som betyr at røykeslutttiltakene er gjennomførbare over for gravide kvinner med lav inntekt.
Kommentarer	Lav metodisk kvalitet. Uklar randomiseringsprosedyre, men rapportert at gruppene er like ved oppstart. Det er ikke gjennomført intention-to-treat analyser, men det er brukt standardiserte mål.
Studie	Møller, 2003 Impact of lifestyle on preoperative smoking cessation and postoperative complication rate, <i>Preventive medicine</i> , 36(6), 2003, p.704 - 709
Utvalg	120 pasienter med kne eller hofteproblemer, som ble fordelt til en tiltaksgruppe (N=60) eller kontrollgruppe (N=60). Tiltaksgruppen fikk vanlige tjenester.

Land	Danmark
Tiltak	Rådgivning av sykepleier om fordeler ved røykeslutt, helse og bivirkninger. Hvordan håndtere symptomer og redusere vektøkning. Måling av røykeavhengighet etter Fagerströms test av nikotinavhengighet ved baseline.
Utfall	Røyking, komplikasjoner, trening. Pasientenes selvrapporterte røykestatus er kontrollert for med en test av kotinin i spytt.
Resultat	64 % av pasientene i tiltaksgruppen sluttet å røyke, og 25 % hadde redusert forbruket med 50 % fra 6-8 uker før operasjon til 10 dager postoperativt, mens 14 % fortsatte å røyke. Menn og pasienter med et godt sosialt nettverk har større sannsynlighet for å lykkes. Røykeslutt reduserte komplikasjoner, og 4 timers trening i uka økte med utdanningsnivå
Kommentarer	Høy metodisk kvalitet. Gjort rede for en blokkvis randomiseringsprosedyre. Det er gjennomført intention-to-treat analyser av data i stadier for å sjekke for overholdelse av gruppen som en var fordelt til. To personer vurderte dette blindet for randomisering og røykestatus.
Studie	Okuyemi, K. S. Does menthol attenuate the effect of bupropion among African American smokers?, <i>Addiction</i> , 98(10), 2003, p.1387-1393
Utvalg	600 afrikanske amerikanere som er dagligrøykere. Mentol røykere (N=471) var sammenlignet med ikke mentol røykere (N=129).
Land	USA
Tiltak	Røyketiltak med bruk av bupropion, som er en dopamin- og noradrenalinreoptakshemmer.
Utfall	Røykeslutt.
Resultat	Mentolrøykere var yngre, mer sannsynlig kvinner og tok sin første røyk minst 30 minutter etter at de hadde stått opp om morgenen. Syv dagers røykeslutt etter 6 uker var 28 % og 42 % (P=0.006) og etter 6 måneder 21 % og 27 % (P=0.21) for mentolrøykere og ikke-mentolrøykere. Etter en oppfølgingstid på 6 uker blant de som var yngre enn 50 år, så viste det seg at ikke-mentolrøykerne hadde større sannsynlighet for røykeslutt (Odds ratio= 2.0:95 % CI= 1.03- 3.95) og dette gjaldt også de som fikk bupropion (Odds ratio= 2.12:95 % CI= 1.332- 3.39).
Kommentarer	Høy metodisk kvalitet. Det er gjort rede for randomiseringsprosedyren, og det er rapportert at gruppene er like ved oppstart. Det er gjennomført intention-to-treat og brukt standardiserte mål og resultatene er vurdert som presise.

Studie	Pisinger, 1999 Smoking cessation intervention in a large randomised population-based study. The Inter99 study, <i>Preventive Medicine</i> .40(3):285-92, 2005
Utvalg	Dagligrøykere i ulike motivasjonsstadier var aktivt rekruttert og inkludert i en randomisert kontrollert studie (N=2 408). Deltakerne var fordelt til høyintensitet gruppa (N=2168) og lavintensitet gruppa (N=240). Oppfølgingstid: 1 år
Land	Danmark
Tiltak	Inter99 er et populasjonsbasert tiltak med proaktivt rekruttering med en personlig invitasjon, dato og tid – og med en reaktiv strategi som inneholder røykesluttintervensjoner for å oppnå høy påvirkning.
Utfall	Selvrapportert røykeslutt, validert røykeslutt, gruppetilhørighet.
Resultat	Høyere andel røykeslutt i høyintensitetsgruppa (9,4 %), sammenlignet med lavintensitetsgruppa (7,6 %). Høyere sosioøkonomisk status, og høyere alder ved start av daglig røyking og ønske om å slutte var viktige suksesskriterier.
Kommentarer	Middels metodisk kvalitet. Gjort rede for randomiseringsprosedyre. Det er gjennomført intention-to-treat analyser. Deltakerne er gjort rede for ved slutten av studien.

Studie	Richmond, 1993 Multivariate models for predicting abstention following intervention to stop smoking by general practitioners, <i>Addiction</i> , 88(8), 1993, p.1127 - 1135
Utvalg	Røykere som fikk et røykesluttsprogram av allmennlegen (N=450).
Land	Australia
Tiltak	Deltakerne deltok i tre ulike grupper; 1) Strukturert atferdsgruppe, 2) Strukturert atferdsgruppe med nikotintyggegummi og 3) en gruppe som fikk råd fra allmennlegen og nikotintyggegummi.
Utfall	Røykeslutt etter 3 måneder, 6 eller 12 måneder.
Resultat	Alder og motivasjon predikerte røykeslutt etter 3 måneder, mens det for 6 måneder var sosioøkonomisk status, motivasjon, graden av avhengighet og tid sammen med røykere som var viktige faktorer for røykeslutt. Spesifikt, så var det for gruppen av personer som sluttet å røyke signifikant mer sannsynlig for å svare "nei" på at de brukte mest tid sammen med andre røykere (odds ratio =12.32 p <0.001), og de hadde høyere motivasjonsnivå (odds ratio =7.84 p <0.01), og rapporterte høyere sannsynlighet for suksess (odds ratio =4.27 p <0.05), var oftere gift (odds ratio =4.23 p <0.05) og hadde høyere middelklassebakgrunn (odds ratio =4.04 p <0.05). Etter 12

	måneder var det alder, tid sammen med andre røykere og motivasjon for å slutte å røyke, som predikere røykeslutt.
Kommentarer	Lav metodisk kvalitet. Uklar randomiseringsprosedyre. Blinding av intervjuer eller intention-to-treat ikke beskrevet. Deltakerne ikke redegjort for ved slutten av studien.
Studie	Roddy, E. Use of nicotine replacement therapy in socioeconomically deprived young smokers: a community-based pilot randomised controlled trial, <i>Tobacco Control</i> .15(5):373-6, 2006
Utvalg	Unge dagligrøykere i et deprivert område av Nottingham, der en har utviklet et prosjekt overfor unge som har problemer med å fullt ut ta del i eller som er ekskludert fra full deltakelse i utdanning.
Land	Storbritannia
Tiltak	Bruk av nikotinerstatningstiltak sammen med rådgivning for vanskeligstilte grupper av unge.
Utfall	Røykeslutt.
Resultat	I alt 98 personer var rekruttert til å delta, men deltakelsen på tiltakene var veldig lav. Så mange som 63 % deltok ikke i deler av oppfølgingstiden. Etter fire uker var det så få som 4 som fikk tiltaket og to som fikk placebo som hadde sluttet. Tilbakefall var stort, og etter 13 uker var det ingen som var røykfri.
Kommentarer	Lav metodisk kvalitet. Det er redegjort for randomisering, gruppene er like ved oppstart, men det er ikke gjort rede for intention-to-treat. Det er gjort rede for deltakerne ved slutten av studiet, med det er stort frafall.
Studie	Schinke, 1993 Prevention Strategies for Vulnerable Pupils: School Social Work Practices to Prevent Substance Abuse, <i>Urban Education</i> , 22(4), 1988
Utvalg	Skoleelever som fikk et røyketiltak (N=1281). Elevene kom fra arbeiderklasse, eller lavere sosioøkonomiske grupper.
Land	USA
Tiltak	1) Et utdanningsprogram som inneholdt informasjon om røyking, diskusjoner, spill og hjemmelekser. 2) Ferdighetstrening for å utvikle selvbevissthet, problemløsning og kommunikasjonsmetoder for å håndtere røykepress og som var sammenlignet med en kontrollgruppe.
Utfall	Selvrappertert røyking siste 7 dager av sigaretter og bruk av røykfri tobakk. Oppfølgingstid på 6, 12, 18 og 24 måneder.

Resultat	Over tid så økte røyking i alle gruppene. Skoleelever i ferdighetsgruppen viste lavere andel røyking enn de andre to gruppene. Tiltaksgruppen viste lavere andel røykere i bruk av røykfri tobakk etter 6 og 24 måneder. Etter 12 måneders oppfølging hadde ferdighetsgruppen og kontrollgruppen mindre bruk av røykfri tobakk sammenlignet med tiltaksgruppen.
Kommentarer	Lav metodisk kvalitet. Det er gjort rede for randomiseringsprosedyre og gruppene var like ved oppstart.
Studie	Schofield, 1999 Evaluation of a health promoting schools program to reduce smoking in Australian secondary schools, <i>Health Education Research</i> , 18(6), 2003, p.678 - 692
Utvalg	Skoleelever fra 22 skoler i Hunter regionen og South Wales (N= 1852). Deltakerne var klyngerandomisert, og klassifisert etter fars status, 61 % med lav status, 35 % med middels status og 7 % med høy status.
Land	Australia
Tiltak	Helsefremmende tiltak for å redusere røyking i ungdomsskole.
Utfall	Røyking siste uke, holdninger til røyking og kunnskap om risiko ved røyking.
Resultat	Programmet klarte ikke å endre røykeatferden, men bidro til å forbedre kunnskap blant deltakerne. Uavhengige prediktorer av post-test røyking var; pre-test røyking (odds ratio (OR) = 5.44. 95 % konfidensintervall (CI)= 3.20-9.28), det å være kvinne (OR = 0.55; CI = 0.35-0.87), det å ha nære venner som røyker (OR = 1.42. CI = 1.33-1.52), og det å ha jevnaldrende som har en uklar holdning til røyking (OR = 3.23. CI: 1.27-8.27).
Kommentarer	Middels metodisk kvalitet. Uklar randomiseringsprosedyre. Blinding av intervjuer eller intention-to-treat ikke beskrevet. Deltakerne ikke redegjort for ved slutten av studien.
Studie	Solomon, L. J., Free nicotine patches plus proactive telephone peer support to help low-income women stop smoking, <i>Prev.Med.</i> , 31(1), 2000, p.68 – 74
Utvalg	Kvinner med lav inntekt og som var i fruktbar alder.
Land	USA

Tiltak	Gratis nikotinplaster og oppfølgende telefonsamtaler til tiltaksgruppen. Kontrollgruppen fikk bare nikotinplaster.
Utfall	Røykeslutt etter 3 og 6 måneders oppfølgingstid
Resultat	Etter 3 måneders oppfølging var det signifikant flere kvinner i tiltaksgruppen (43 %) som hadde sluttet å røyke, sammenlignet med kontrollgruppen (28 %)(P=0.03). Flere kvinner i tiltaksgruppen røykte ikke etter 10 dager og 3 måneder (32 % mot 19 %) (P=0.02). Imidlertid så var det ingen forskjeller etter seks måneders oppfølgingstid, noe som betyr at oppfølgende rådgivning på telefon forsterket kortidseffektene, men ikke langtidseffektene av røykeslutt.
Kommentarer	Middels metodisk kvalitet. Uklar randomiseringsprosedyre, og gruppene er like ved oppstart og det er gjennomført intention-to-treat, og brukt standardiserte mål

Studie	Wiggers, 2005
Utvalg	315 røykere som ble rekruttert fra allmennlege, og måtte røyke minst 5 sigaretter om dagen for å kunne være med i studien.
Land	Nederland
Tiltak	Begge gruppene fikk nikotinerstatningstiltak, men den ene gruppen fikk også kognitiv terapi. Standard kartlegging av røykeatferd, graden av nikotinavhengighet og motivasjon for å slutte å røyke.
Utfall	Intensjon om å slutte, fordeler ved å slutte, fordeler ved å røyke og sosial støttefunksjoner.
Resultat	Små men moderate effekter i intensjon om å slutte og individuell tiltro til egne muligheter, men bare hos sosioøkonomiske grupper med høyere utdanning.
Kommentarer	Middels metodisk kvalitet. Uklar randomiseringsprosedyre. Blinding av intervjuer eller intention-to-treat ikke beskrevet. Deltakerne ikke redegjort for ved slutten av studien.

Studie	Yilmaz, 2006 Brief intervention on maternal smoking: a randomized controlled trial, <i>Child Care Health and Development</i> , 32(1), 2006, p.73 - 79
--------	---

Utvalg	Gravide kvinner som var randomisert til røykeforebyggende tiltak (N=363) 1) for å bedre deres egen helse (N=111) og 2) for å bedre helsen til barn som var eksponert for røyking (N=131) og 3) en gruppe som ikke fikk rådgivning (N=121). Baselinedata for alle tre gruppene; hvor mange år de har røykt, hvor mange per dag, røykeslutforsøk, brukt Fagerströms test av nikotinavhengighet, kunnskap om røyking, hvor mange venner som røyker og inntektsnivå.
Land	Tyrkia
Tiltak	Kortidstiltak for kvinner som la vekt på gi kunnskap om helserisiko for barn som var eksponert for passiv røyking, som ble sammenliknet med kvinner som fikk ordinær rådgivning om røykeslutt.
Utfall	Slutterater, røykested, og endring i kunnskapsnivå etter endt tiltak.
Resultat	Begge tiltaksgruppene fikk en signifikant økning i slutterater og endring av røykemønster, sammenliknet med kontrollgruppen. De multivariate analysene viste at tiltaksgruppe, og venner som røyker var uavhengige faktorer som bestemte røykeslutt ($p < 0.05$). Tiltaksgruppe, kunnskap om tiltak, tilstedeværelse av andre i familien som røyker, og familieinntekt var uavhengige faktorer som predikerte endring i røykested. Familieinntekt, tiltaksgruppe og venner som røykte var viktige faktorer som hadde betydning for posttiltaks kunnskap ($p < 0.05$).
Kommentarer	Høy metodisk kvalitet. Rapportert randomiseringsprosedyre. Deltakerne er redegjort for ved slutten av studien.

7.5 EKSKLUDERTE ENKELTSTUDIER

Eksklusjonsårsaker: (1) ikke rapportert relevante utfall/effektmål på sosioøkonomiske data, (2) Ikke røyketiltak, (3) ikke systematisk oversikt, randomiserte kontrollert studie eller kvasi-eksperimentell design, (4) Bestilt, men ikke mottatt,

7.5.1 Eksklusjonsårsak: ikke rapportert relevante utfall/effektmål på sosioøkonomiske data

Aaro, Leif E., Bruland, Egil, Hauknes, Arne, and Lochsen, Per M., Smoking among Norwegian schoolchildren 1975-1980: III. The effect of anti-smoking campaigns, 1983

Abdullah, A. S., Mak, Y. W., Loke, A. Y., and Lam, T. H., Smoking cessation intervention in parents of young children: a randomised controlled trial, *Addiction*, 100(11), 2005, p.1731 - 1740

Andersen, L. B., Klausen, K., and Nisbeth, O., Et års effekt af sundhedsvejledning på livsstil og risikofaktorer for hjertesygdom, *Ugeskrift for Læger*, 164(13), 2002, p.1814 - 1818

Anderson, P. and Jane-Llopis, E., How can we increase the involvement of primary health care in the treatment of tobacco dependence? A meta-analysis, *Addiction*, 99(3), 2004, p.299 - 312

Audrey, S., Cordall, K., Moore, L., Cohen, D., and Campbell, R., The development and implementation of a peer-led intervention to prevent smoking among secondary school students using their established social networks, *Health Education Journal*, 2004 Sep; 63(3), p.266 - 284

Aveyard, P., Cheng, K. K., Almond, J., Sherratt, E., Lancashire, R., Lawrence, T., Griffin, C., and Evans, O., Cluster randomised controlled trial of expert system based on the transtheoretical ("stages of change") model for smoking prevention and cessation in schools.[see comment], *BMJ*.319(7215):948-53., 1999

Aveyard, P., Markham, W. A., Almond, J., Lancashire, E., and Cheng, K. K., The risk of smoking in relation to engagement with a school-based smoking intervention, *Social Science & Medicine*, 56(4), 2003, p.869 - 882

Blenkinsopp, A., Anderson, C., and Armstrong, M., Systematic review of the effectiveness of community pharmacy-based interventions to reduce risk behaviours and risk factors for coronary heart disease, *Journal of Public Health Medicine.Vol.25(2)(pp 144-153)*, 2003.(2), 2003, p.144 - 153

Botvin, Gilbert J., Griffin, Kenneth W., Paul, Elizabeth, and Macaulay, Araxi P., Preventing tobacco and alcohol use among elementary school students through life skills training, *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 12(4), 2003, p.1 - 17

Bowers, T. G., Winett, R. A., and Frederiksen, L. W., Nicotine fading, behavioral contracting, and extended treatment: effects on smoking cessation, *Addictive Behaviors*, 12(2), 1987, p.181 - 184

Clayton, S., Price, J., Jones, P. W., Lenney, W., and Connellan, S. J., Controlled study of the effect of anti smoking video and educational leaflet on 12/13 year olds in Wolverhampton and Stoke, UK [Abstract], *European Respiratory Journal*, 22(Suppl 45), 2003

Crone, M. R., Reijneveld, S. A., Willemsen, M. C., van Leerdam, F. J., Spruijt, R. D., and Sing, R. A., Prevention of smoking in adolescents with lower education: a school based intervention study, *Journal of Epidemiology & Community Health*.57(9):675-80., 2003

Curry, Susan J. and Others, Evaluation of intrinsic and extrinsic motivation interventions with a self-help smoking cessation program, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(2), 1991, p.318 - 324

De Vries, H., Mudde, A., Kremers, S., Wetzels, J., Uiters, E., Ariza, C., Vitoria, P. D., Fielder, A., Holm, K., Janssen, K., Lehtuvuori, R., and Candel, M., The European smoking prevention framework approach (ESFA): Short-term effects, *Health Education Research*, 18(6), 2003, p.649 - 663

Dijkstra, A., de Vries, H., and Roijackers, J., Long-term effectiveness of computer-generated tailored feedback in smoking cessation, *Health Education Research*, 1998 Jun; 13(2), p.207 - 214

Dijkstra, A., Working mechanisms of computer-tailored health education: evidence from smoking cessation, *Health Education Research*.(5), 1990, p.527 - 539

Dijkstra, M., Mesters, I., de Vries, H., van Breukelen, G., and Parcel, G. S., Effectiveness of a social influence approach and boosters to smoking prevention, *Health Education Research*, 14(6), 1999, p.791 - 802

Dotson, J. H., Physician-delivered smoking cessation interventions: An information synthesis of the literature, *Dissertation Abstracts International*, 50, 1953A, 1990

Elder, John P., Wildey, Marianne, de Moor, Carl, Sallis, James F., Eckhardt, Laura, Edwards, Christine, Erickson, Ann, Golbeck, Amanda, Hovell, Melbourne, Johnston, Dennis, Levitz, Michael D., Molgaard, Craig, Young, Russell, Vito, Dominica, and Woodruff, Susan I., The long-term prevention of tobacco use among junior high school students: Classroom and telephone interventions, *American Journal of Public Health*, 83(9), 1993, p.1239 - 1244

Ellickson, P. and Bell, R. M., Drug-Prevention in Junior High: A Multi-site Longitudinal Test, *Science*, 247, 1990, p.1299 - 1305

Eriksen, M. P. and Gottlieb, N. H., A review of the health impact of smoking control at the workplace (Structured abstract), *American Journal of Health Promotion*, 13(2), 1998, p.83

Feehan, G. G., A meta-analysis of psychotherapeutic interventions for the cessation and reduction of smoking (Doctoral dissertation, University of Manitoba), *Dissertation Abstracts International*, 45, 1583B, 1984

Fichtenberg, C. M. and Glantz, S. A., Effect of smoke-free workplaces on smoking behaviour: systematic review.[see comment]. [Review] [52 refs], *BMJ*.325(7357):188., 2002

Fisher KJ, Glasgow RE Terborg JR., Worksite smoking cessation: a meta-analysis of long-term quit rates from controlled studies, *Journal of Occupational Medicine*, 32(5), 1990, p.429 - 439

Flay, B. R., Ryan, K. B., Best, A., Brown, S., Kersell, M. W., d'Avernas, J. R., and Zanna, and M. P., Are Social-Psychological Prevention Programs Effective? The Waterloo Study, *Journal of Behavioral Medicine*, 8(1), 1985, p.37 - 59

Flay, B. R., Gruder, C. L., Warnecke, R. B., Jason, L. A., and Peterson, P., One Year Follow-up of the Chicago Televised Smoking Cessation Program, *American Journal of Public Health*, 79(10), 1989, p.1377 - 1380

Foulds, J., Stapleton, J., Hayward, M., Russell, M. A., Feyerabend, C., Fleming, T., and Costello, J., Transdermal nicotine patches with low-intensity support to aid smoking cessation in outpatients in a general hospital. A placebo-controlled trial. [Review] [15 refs], *Archives of Family Medicine*.2(4):417-23., 1993

Galvin, K., Webb, C., and Hillier, V., Assessing the impact of a nurse-led health education intervention for people with peripheral vascular disease who smoke: the use of physiological markers, nicotine dependence and withdrawal, *International Journal of Nursing Studies*.38(1):91-105., 2001

Gislason, T. H., Yngvadottir, A., and Benediktsdottir, B., Alcohol consumption, smoking and drug abuse among Icelandic teenagers: A study into the effectiveness of the 'skills for adolescence' programme, *Drugs-Education Prevention and Policy*, 2(3), 1995, p.243 - 258

Graham, John W., Johnson, C. Anderson, Hansen, William B., Flay, Brian R., and Gee, Mimi, Drug use prevention programs, gender, and ethnicity: Evaluation of three seventh-grade Project SMART cohorts, *Preventive Medicine*, 19, 1990, p.305 - 313

Grimshaw, G. M. and Stanton, A., Tobacco cessation interventions for young people, *Cochrane Database of Systematic Reviews: Reviews 2006*(4), 2006

Haddock, J. and Burrows, C., The role of the nurse in health promotion: an evaluation of a smoking cessation programme in surgical pre-admission clinics, *Journal of Advanced Nursing*, 1997 Dec; 26(6), p.1098 - 1110

Hanewinkel, R. and Asshauer, M., Fifteen-month follow-up results of a school-based life-skills approach to smoking prevention, *Health Education Research*, 19(2), 2004, p.125 - 137

Harting, J., van Assema, P., van Limpt, P., Gorgels, T., van Ree, J., Ruland, E., Vermeer, F., and de Vries, N. K., Cardiovascular prevention in the Hartslag Limburg project: Effects of a high-risk approach on behavioral risk factors in a general practice population, *Preventive Medicine*.Vol.43.(5), 2006, p.372 - 378

Hingson, R. W. and Howland, J., Comprehensive community interventions to promote health: implications for college-age drinking problems. [Review] [50 refs], *Journal of Studies on Alcohol - Supplement*.(14):226-40., 2002

Hjalmarson, A. I. M., Hahn, L., and Svanberg, B., Stopping Smoking in Pregnancy - Effect of A Self-Help Manual in Controlled Trial, *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 98(3), 1991, p.260 - 264

Hughes JR, Stead LF Lancaster TR., Anxiolytics and antidepressants in smoking cessation [Cochrane Review], 2000

Jamrozik, K., Vessey, M., Fowler, G., Wald, N., Parker, G., and Van Vunakis, H., Controlled trial of three different antismoking interventions in general practice, *British Medical Journal Clinical Research Ed.*.288(6429):1499

Jason, L. A., Gruder, C. L., Buckenberger, L., Lesowitz, T., Belgredan, J., Flay, B. R., and Warnecke, R. B., A 12-Month Follow-Up of A Worksite Smoking Cessation Intervention, *Health Education Research*, 2(3), 1987, p.185 - 194

Jeffery, Robert W., Forster, Jean L., French, Simone A., Kelder, Steven H., Lando, Harry A., McGovern, Paul G., Jacobs, Jr, and Baxter, Judith E., The Healthy Worker Project: A work-site intervention for weight control and smoking cessation, *American Journal of Public Health*, 83(3), 1993, p.395 - 401

Johnstone, E. C., Yudkin, P. L., Hey, K., Roberts, S. J., Welch, S. J., Murphy, M. F., Griffiths, S. E., and Walton, R. T., Genetic variation in dopaminergic pathways and short-term effectiveness of the nicotine patch, *Pharmacogenetics.*, 14(2), 2004, p.83 - 90

Jonsdottir, S. and Jonsdottir, H., Does physical exercise in addition to a multicomponent smoking cessation program increase abstinence rate and suppress weight gain? An intervention study, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 15(4), 2001, p.275

Jorenby, D., Clinical efficacy of bupropion in the management of smoking cessation. [Review] [52 refs], *Drugs*.62 Suppl 2:25-35., 2002

Kavanagh, J, Trouton, A, Oakley, A, and Powell, C, A systematic review of the evidence for incentive schemes to encourage positive health and other social behaviours in young people, 2006

Killen, J. D., Telch, M. J., Robinson, T. N., Maccoby, N., Taylor, C. B., and Farquhar, J. W., Cardiovascular Disease Risk Reduction for Tenth Graders. A Multiple-Factor School-Based Approach, *Journal of the American Medical Association*, 260(12), 1988, p.1728 - 1733

Kloek, G. C., van Lenthe, F. J., van Nierop, P. W. M., Koelen, M. A., and Mackenbach, J. P., Impact evaluation of a Dutch community intervention to improve health-related behaviour in deprived neighbourhoods, *Health & Place*.Vol.12 (4), 2006, p.665 - 677

Knutsen, Synnove F. and Knutsen, Raymond, The Tromso survey: The family intervention study --the effect of intervention on some coronary risk factors and dietary habits, a 6-year follow-up, *Preventive Medicine*, 20, 1991, p.197 - 212

Koumi, Ioanna and Tsiantis, John, Smoking Trends in Adolescence: Report on a Greek School-Based, Peer-Led Intervention Aimed at Prevention, *Health Promotion International*, 16(1), 2001, p.65 - 72

La Prelle, J., Bauman, K. E., and Koch, G. G., High Intercommunity Variation in Adolescent Cigarette Smoking in A 10 Community Field Experiment, *Evaluation Review*, 16(2), 1992, p.115 - 130

Lancaster, T; Stead, LF, Physician advice for smoking cessation, *Cochrane Database for Systematic Reviews*(4), 2004

Lando, Harry A., McGovern, Paul G., Barrios, Francisco X., and Etringer, Bruce D., Comparative evaluation of American Cancer Society and American Lung Association smoking cessation clinics, *American Journal of Public Health*, 80(5), 1990, p.554 - 559

Laniado-Laborin, R., Molgaard, C. A., and Elder, J. P., The effectiveness of a program of smoking prevention among Mexican schoolchildren, *Salud Publica de Mexico*, 35(4), 1993, p.403 - 408

Lawrence, T., Aveyard, P., Evans, O., and Cheng, K. K., A cluster randomised controlled trial of smoking cessation in pregnant women comparing interventions based on the transtheoretical (stages of change) model to standard care, *Tobacco Control*, 12(2), 2003, p.168 - 177

Lichtenstein, Edward and Others, Comparison of Rapid Smoking, Warm, Smoky Air, and Attention Placebo in the Modification of Smoking Behavior, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 40(1), 1973, p.92 - 98

Lingfors, H., Lindstrom, K., Persson, L. G., Bengtsson, C., and Lissner, L., Lifestyle changes after a health dialogue - Results from the Live for Life health promotion programme, *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 21(4), 2003, p.248 - 252

Lowe, Michael R. and, Others, Self-Control With and Without Covert Sensitization in Smoking Cessation

Lumley, J., Oliver, S. S., Chamberlain, C., and Oakley, L., Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy, *Cochrane Database of Systematic Reviews: Reviews* 2004(4), 2004

Lynagh, Marita, Schofield, Margot J., and Sanson-Fisher, Rob W., School Health Promotion Programs over the Past Decade: A Review of the Smoking, Alcohol and Solar Protection Literature, *Health Promotion International*, 12(1), 1997, p.43 - 60

McAlister, A. L., Gumina, T., Urjanheimo, E.-L., Laatikainen, T., Uhanov, M., Oganov, R., and Puska, P., Promoting smoking cessation in Russian Karelia: A 1-year community-based program with quasi-experimental evaluation, *Health Promotion International*.Vol.15.(2), 2000, p.109 - 112

Moher, M., Hey, K., and Lancaster, T., Workplace interventions for smoking cessation, *Cochrane Database of Systematic Reviews: (2)*, 2005

Moon, A. M., Mullee, M. A., Rogers, L., Thompson, R. L., Speller, V., and Roderick, P., Helping schools to become health-promoting environments - An evaluation of the Wessex Healthy Schools Award, *Health Promotion International*.Vol.14(2), 1999, p.111 - 122

Moore, L., Campbell, R., Whelan, A., Mills, N., Lupton, P., Misselbrook, E., and Frohlich, J., Self help smoking cessation in pregnancy: cluster randomised controlled trial, *British Medical Journal*, 325(7377), 2002, p.1383 - 1386A

Munoz, R. F., Lenert, L. L., Delucchi, K., Stoddard, J., Perez, J. E., Penilla, C., and Perez-Stable, E. J., Toward evidence-based Internet interventions: A Spanish/English Web site for international smoking cessation trials, *Nicotine & Tobacco Research*.8(1):77-87,, 2006

Murphy-Hoefer, R., Griffith, R., Pederson, L. L., Crossett, L., Iyer, S. R., and Hiller, M. D., A review of interventions to reduce tobacco use in colleges and universities. [Review] [58 refs], *American Journal of Preventive Medicine*.28(2):188-200,, 2005

Murray, David M., Perry, Cheryl L., Griffin, Gretchen, Harty, Kathleen C., Jacobs, David R., Schmid, Linda, Daly, Kathy, and Pallonen, Unto, Results from a statewide approach to adolescent tobacco use prevention, *Preventive Medicine*, 21, 1992, p.449 - 472

Niaura, Raymond S., Immunizing Against Tobacco Use in Pediatric Health Care, 5R01DA012529-04, 2001

Nutbeam, D., Macaskill, P., Smith, C., Simpson, J. M., and Catford, J., Evaluation of two school smoking education programmes under normal classroom conditions.[see comment], *BMJ*.306(6870):102

O'Connor, K. P. and Stravynski, A., Evaluation of a smoking typology by use of a specific behavioural substitution method of self-control, *Behaviour Research and Therapy*, 20(3), 1982, p.279 - 288

Ossipklein, D. J., Giovino, G. A., Megahed, N., Black, P. M., Emont, S. L., Stiggins, J., Shulman, E., and Moore, L., Effects of A Smokers Hotline - Results of A 10-County Self-Help Trial, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(2), 1991, p.325 - 332

Pentz, M. A., MacKinnon, D. P., Flay, B. R., Hansen, W. B., Johnson, C. A., and Dwyer, J. H., Primary prevention of chronic diseases in adolescence: Effects of the Midwestern Prevention Project on tobacco use, *American Journal of Epidemiology*, 130(4), 1989, p.713 - 724

Pentz, Mary Ann, Trebow, Elizabeth A., Hansen, William B., MacKinnon, David P., Dwyer, James H., Johnson, C. Anderson, Flay, Brian R., Daniels, Stacey, and Cormack, Calvin, Effects of Program Implementation on Adolescent Drug Use Behavior: The Midwestern Prevention Project (MPP), *Evaluation Review*, 14(3), 1990, p.264 - 289

Perry CL, Telch MJ Killen MJ Burke, High school smoking prevention: The relative efficacy of varied treatments and instructions, *Adolescence*, 18, 1983, p.561 - 566

Persson, L. G. and Hjalmarson, A., Smoking cessation in patients with diabetes mellitus: results from a controlled study of an intervention programme in primary healthcare in Sweden, *Scandinavian Journal of Primary Health Care*.24(2):75-80,, 2006

Pieterse, M. E., Seydel, E. R., DeVries, H., Mudde, A. N., and Kok, G. J., Effectiveness of a minimal contact smoking cessation program for Dutch general practitioners: A randomized controlled trial, *Preventive Medicine*, 32(2), 2001, p.182 - 190

Powell, Don R., The Effect of a Multiple Treatment Program and Maintenance Procedures on Smoking Cessation

Prochaska, J. O., Velicer, W. F., Fava, J. L., Rossi, J. S., and Tsoh, J. Y., Evaluating a Population-based Recruitment Approach and a Stage-based Expert System Intervention for Smoking Cessation, *Addictive Behaviors*, 26, 2001, p.583 - 602

Reed, Harvey D. J. and Janis, Irving L., Effects of a New Type of Psychological Treatment on Smokers' Resistance to Warnings about Health Hazards, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42(5), 1974, p.748

Rundall TG, Bruvold WH, A meta-analysis of school-based smoking and alcohol use prevention programs, *Health Education Quarterly*, 15(3), 1988, p.317 - 334

Ryckman, K. A., Bercau, D. M., Ellis, M. R., and Wolf, D. G., What predicts a successful smoking cessation attempt?, *Journal of Family Practice*. Vol.55(9), 2006, p.816 - 819

Salminen, Marika, Ojanlatva, Ansa, and Kivela, Sirkka Liisa, Effects of a Controlled Family-Based Health Education/Counseling Intervention, *American Journal of Health Behavior*, 29(5), 2005, p.395 - 406

Santi, S. M., Cargo, M., Brown, K. S., Best, J. A., and Cameron, R., Dispositional risk factors for smoking-stage transitions: A social influences program as an effect modifier, *Addictive Behaviors*, 19(3), 1994, p.269 - 285

Schinke, Steven P., Moncher, Michael S., and Singer, Beverly R., Native American Youths and Cancer Risk Reduction, *Journal of Adolescent Health*, 15(2), 1994, p.105

Schinke, Steven Paul, Gilchrist, Lewayne D., Schilling, Robert F. I., Snow, William H., and Bobo, Janet Kay, Skills Methods to Prevent Smoking, *Health Education Quarterly*, 13(1), 1986, p.23

Secades Villa, Roberto, Diez Alvarez, Ana Belen, and Fernandez Hermida, Jose Ramon, Effectiveness of a multicomponent program to quit smoking with and without nicotine chewing gum. [Spanish], 1999

Serra, C., Cabezas, C., Bonfill, X., and Pladevall, Vila M., Interventions for preventing tobacco smoking in public places, *Serra C, Cabezas C, Bonfill X, Pladevall-Vila M. Interventions for preventing tobacco smoking in public places. Cochrane Database of Systematic Reviews: Reviews 2000(3)*, 2000

Shoptaw, S., Rotheram-Fuller, E., Yang, X., Frosch, D., Nahom, D., Jarvik, M. E., Rawson, R. A., and Ling, W., Smoking cessation in methadone maintenance, *Addiction*, 97(10), 2002, p.1317 - 1328

Silagy, C., Physician advice for smoking cessation [Cochrane Review], 2000

Silagy, C., Mant, D., Fowler, G., and Lodge, M., Meta-analysis on efficacy of nicotine replacement therapies in smoking cessation, *Lancet*, 343(8890), 1994, p.139 - 142

Smedslund, G., Fisher, K. J., Boles, S. M., and Lichtenstein, E., The effectiveness of workplace smoking cessation programmes: a meta-analysis of recent studies (Structured abstract), *Tobacco Control*, 13(2), 2004, p.197 - 204

Sowden, A., Community interventions for preventing smoking in young people [Cochrane Review], 2000

Starkey, F., Moore, L., Campbell, R., Sidaway, M., Bloor, M., and ASSIST, Rationale, design and conduct of a comprehensive evaluation of a school-based peer-led anti-smoking intervention in the UK: the ASSIST cluster randomised trial [ISRCTN55572965], *BMC Public Health*.5(1):43., 2005

-
- Stead, L. F. and Lancaster, T., Group behaviour therapy programmes for smoking cessation, *Cochrane Database of Systematic Reviews*: (2), 2005
-
- Stevens, Victor J. and Hollis, Jack F., Preventing Smoking Relapse, Using an Individually Tailored Skills-Training Technique, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(3), 1989, p.420 - 424
-
- Stoddard, A. M., Fagan, P., Sorensen, G., Hunt, M. K., Frazier, L., and Girod, K., Reducing cigarette smoking among working adolescents: results from the SMART study, *Cancer causes & control : CCC.*, 16(10), 2005, p.1159 - 1164
-
- Sussman, Steve, Dent, Clyde W., Stacy, Alan W., Sun, Ping, Craig, Sande, Simon, Thomas R., Burton, Dee, and Flay, Brian R., Project Towards No Tobacco Use: 1-year behavior outcomes, *American Journal of Public Health*, 83(9), 1993, p.1245 - 1250
-
- Svoen, N. and Schei, E., Adolescent smoking prevention - Primary health care in cooperation with local schools: A controlled intervention study, *Scandinavian Journal of Primary Health Care*.Vol.17.(1), 1999, p.54 - 58
-
- Swan, G. E., Javitz, H. S., Jack, L. M., Curry, S. J., and McAfee, T., Heterogeneity in 12-month outcome among female and male smokers, *Addiction*, 99(2), 2004, p.237 - 250
-
- Sönderskov, J., Olsen, J., Meillier, L., Overvad, O. K., and Sabroe, S., Effekten af transdermalt nikotinplaster ved rygeafvaenning. En randomiseret undersøgelse blandt apotekskunder i Danmark, *Ugeskrift for Laeger*, 161(5), 1999, p.593 - 597
-
- Ussher, M., West, R., McEwen, A., Taylor, A., and Steptoe, A., Efficacy of exercise counselling as an aid for smoking cessation: a randomized controlled trial, *Addiction*, 98(4), 2003, p.523 - 532
-
- Ussher, M., Exercise interventions for smoking cessation, *Cochrane Database of Systematic Reviews: Reviews 2005*(1), 2005
-
- Valbo, A. and Nylander, G., Smoking cessation in pregnancy. Intervention among heavy smokers, *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*.73(3): 215-9., 1994
-
- Vartiainen, E., Puska, P., and Tossavainen, K., Prevention of non-communicable diseases: Risk factors in youth. The North Karelia Youth Project (1984-88), *Health Promotion*.Vol.1(3), 1986, p.269 - 283
-
- White AR, Rampes H. E., Campbell JL, Acupuncture and related interventions for smoking cessation [Cochrane Review], 2005
-
- Wilhelmsen, L., Berglund, G., and Elmfeldt, D., The multifactor primary prevention trial in Goteborg, Sweden. Comparison with a previously untreated population sample, *Drugs*.Vol.31(SUPPL. 1), 1986, p.47 - 51
-
- Willemssen, Marc C. and De Zwart, Wil M., The Effectiveness of Policy and Health Education Strategies for Reducing Adolescent Smoking: A Review of the Evidence, *Journal of Adolescence; Oct 1999* 587 - 99
-
- Zelman, Diane C. and Others, Measures of Affect and Nicotine Dependence Predict Differential Response to Smoking Cessation Treatments, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(6), 1992, p.943 - 952
-

7.5.2 Eksklusjonsårsak: ikke røyketiltak

Social determinants of health / edited by Michael Marmot and Richard G. Wilkinson, 2006,

Tobacco and public health: science and policy, 2004, p.798

Abbema, E. A., Van Assema, P., Kok, G. J., De Leeuw, E., and De Vries, N. K., Effect evaluation of a comprehensive community intervention aimed at reducing socioeconomic health inequalities in The Netherlands, *Health Promot.Int.*, 19(2), 2004, p.141 - 156

Astrom, A. N. and Rise, J., Socio-economic differences in patterns of health and oral health behaviour in 25 year old Norwegians, *Clinical Oral Investigations*.5(2):122-8,, 2001

Aveyard, Paul, Markham, Wolfgang A., and Cheng, K. K., A Methodological and Substantive Review of the Evidence That Schools Cause Pupils to Smoke, *Social Science & Medicine*, 58(11), 2004, p.2253 - 2265

Bateman, N., No ifs, or butts, *Care and Health Magazine*, 2004, p.20 - 21

Biglan, Anthony, Randomized Trial of a State Tobacco Prevention Program, 2R01CA086169-05, 2004

Borrelli, B., McQuaid, E. L., Becker, B., Hammond, K., Papandonatos, G., Fritz, G., and Abrams, D., Motivating parents of kids with asthma to quit smoking: The PAQS project, *Health Education Research*, 17(5), 2002, p.659 - 669

Botvin, G. J., Mihalic, S. F., and Grotspeter, J. K., Blueprints model programs: Life skills training (LST), 1998

Boundouki, G., Humphris, G., and Field, A., Knowledge of oral cancer, distress and screening intentions: longer term effects of a patient information leaflet, *Patient Education and Counseling*, 53(1), 2004, p.71 - 77

Bramley, D., Riddell, T., Whittaker, R., Corbett, T., Lin, R.-B., Wills, M., Jones, M., and Rodgers, A., Smoking cessation using mobile phone text messaging is as effective in Maori as non-Maori, *New Zealand Medical Journal*.Vol.118.(1216), 2005

Campbell, M., Fitzpatrick, R., Haines, A., Kinmonth, A. L., Sandercock, P., Spiegelhalter, D., and Tyrer, P., Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health, *BMJ*, 321(7262), 2000, p.694 - 696

Critchley, J. A. and Unal, B., Health effects associated with smokeless tobacco: a systematic review, *Thorax*, 58(5), 2003, p.435 - 443

D'Souza, L. and Garcia, J., Improving services for disadvantaged childbearing women, *Child Care Health and Development*, 30(6), 2004, p.599 - 611

Dijkstra, M., DeVries, H., and Parcel, G. S., The Linkage Approach Applied to A School-Based Smoking Prevention Program in the Netherlands, *Journal of School Health*, 63(8), 1993, p.339 - 342

Edwards, R., ABC of smoking cessation: The problem of tobacco smoking, *British Medical Journal*.Vol.328(7433), 2004, p.217 - 219

Farren, C. and Naidoo, J., Smoking cessation programmes targeted at black and minority ethnic communities, 1996

Fiore, M. C., Wetter, D. W., Bailey, W. C., Bennett, G., Cohen, S. J., Dorfman, F., Goldstein, M. G., Gritz, E. R., Hasselblad, V., Henningfield, J. E., Heyman, R. B., Holbrook, J., Husten, C., Jaen, C. R., Kohler, C., Kottke, T. E., Lando, H. A., Manley, M., and Mecklenburg, R., The agency for health care policy and research Smoking Cessation Clinical Practice Guideline, *JAMA*.Vol.275(16), 1996, p.1270 - 1280

Gerne, B., Rökning -klassfråga och kvinnofråga, *Svensk Farmaceutisk Tidskrift*, 98(5), 1994, p.24 - 26

Gutmann, L. B., Sobell, L. C., Prevo, M. H., Toll, B. A., Gutwein, C. L., Sobell, M. B., and Hyman, S. M., Outcome research methodology of smoking cessation trials (1994-1998), *Addictive Behaviors*.Vol.29(3), 2004, p.441 - 463

Harald, K., Pajunen, P., Jousilahti, P., Koskinen, S., Vartiainen, E., and Salomaa, V., Modifiable risk factors have an impact on socio-economic differences in coronary heart disease events, *Scandinavian Cardiovascular Journal*, 40(2), 2006, p.87 - 95

Henry, Kimberly L., Smith, Edward A., and Hopkins, Abigail M., The effect of active parental consent on the ability to generalize the results of an alcohol, tobacco, and other drug prevention trial to rural adolescents, *Evaluation Review*, 26(6), 2002, p.645

Holman, C. D'Arcy, Donovan, Robert J., and Corti, Billie, Evaluating Projects Funded by the Western Australian Health Promotion Foundation: A Systematic Approach, *Health Promotion International*, 8(3), 1993 - 208

Jamrozik, K., Population strategies to prevent smoking, *BMJ*, 328(7442), 2004, p.759 - 762

Johansson, A., Halling, A., and Hermansson, G., Indoor and outdoor smoking - Impact on children's health, *European Journal of Public Health*, 13(1), 2003, p.61 - 66

Matt, G. E., Hovell, M. F., Zakarian, J. M., Bernert, J. T., Pirkle, J. L., James, L., and Hammond, S. K., Measuring Secondhand Smoke Exposure in Babies: The Reliability and Validity of Mother Reports in a Sample of Low-Income Families, *Health Psychology*, 19(3), 2000, p.232 - 241

McDermott, E. and Graham, H., Young mothers and smoking: evidence of an evidence gap, *Social Science & Medicine*, 63(6), 2006, p.1546 - 1549

Monso, E., Campbell, J., Tonnesen, P., Gustavsson, G., and Morera, J., Sociodemographic predictors of success in smoking intervention, *Tob.Control*, 10(2), 2001, p.165 - 169

Ogilvie, D., Hamilton, D., Egan, M., and Petticrev, M., Systematic reviews of health effects of social interventions: 1. Finding the evidence: how far should we go?, *Journal Epidemiol.Community Health*, 2005, p.804 - 808

Pisinger, C., Vestbo, J., Borch-Johnsen, K., Thomsen, T., and Jorgensen, T., Acceptance of the smoking cessation intervention in a large population-based study: the Inter99 study, *Scandinavian Journal of Public Health*.33(2):138-45, 2005 **(NB: Studien er inkludert, men denne artikkelen beskriver ikke resultater av røyketiltak).**

Ratner, P. A., Johnson, J. L., and Bottorff, J. L., Smoking relapse and early weaning among postpartum women: is there an association?, *Birth (Berkeley, Calif.)*, 26(2), 1999, p.76 - 82

Ritchie, Deborah, Parry, Odette, Gnich, Wendy, and Platt, Steve, Issues of Participation, Ownership and Empowerment in a Community Development Programme: Tackling Smoking in a Low-Income Area in Scotland, *Health Promotion International*, no. 1(pp. 51), 2004

Roseby R, Waters E, Polnay A, Campbell R, Webster P, Spencer N. Family and carer smoking control

programmes for reducing children's exposure to environmental tobacco smoke. *Cochrane Database of Systematic Reviews: Reviews 2002(3)*, 2002

Sallis, J. F., Woodruff, S. I., Vargas, R., Deosaransingh, K., Laniado-Laborin, R., Moreno, C., and Elder, J. P., Reliability and validity of a cigarette refusal skills test for Latino youth, *American Journal of Health Behavior*, 1997 Sep-Oct; 21(5), p.345 - 355

Stillman, Frances A., Tobacco Control and Smoking Cessation Efforts in an Inner-City African American Community, *Journal of Social Distress and the Homeless*, 5(1), 1996, p.55 - 66

Strandberg, T. E., Salomaa, V. V., Vanhanen, H. T., Naukkarinen, V. A., Sarna, S. J., and Miettinen, T. A., Mortality in participants and non-participants of a multifactorial prevention study of cardiovascular diseases: a 28 year follow up of the Helsinki Businessmen Study, *British Heart Journal*.74(4):449-54., 1995

Townsend, J., Roderick, P., and Cooper, J., Effects of health publicity on prevalence of smoking, *BMJ*, 310(6979), 1995, p.597 - 598

Truitt, L., Hamilton, W. L., Johnston, P. R., Bacani, C. P., Crawford, S. O., Hozik, L., and Celebucki, C., Recall of health warnings in smokeless tobacco ads, *Tobacco Control*.11 Suppl 2:ii59

Turunen, H., Tossavainen, K., Jakonen, S., Salomaki, U., and Vertio, H., Initial results from the European Network of Health Promoting Schools program on development of health education in Finland, *Journal of School Health*, 69(10), 1999, p.387 -391

Whitehead, M. and Dahlgren, G., What Can be Done About Inequalities in Health, *Lancet*, 338(8774), 1991, p.1059 - 1063

Wiggers, L. C., Oort, F. J., Dijkstra, A., de Haes, J. C., Legemate, D. A., and Smets, E. M., Cognitive changes in cardiovascular patients following a tailored behavioral smoking cessation intervention, *Preventive Medicine*.40(6):812-21., 2005

Wilson, Sandra R., Better asthma outcomes: lowering tobacco smoke exposure, 5R01HL070012-03, 2004

Young, T., Stead, L., Lancaster, T., Yach, D., and Saloojee, Y., Cochrane column, *International Journal of Epidemiology*.Vol.35(1), 2006, p.31 - 33

7.5.3 Eksklusjonsårsak: ikke systematisk oversikt, randomiserte kontrollert studie eller kvasi-eksperimentell design

Audrey, S., Holliday, J., and Campbell, R., It's good to talk: Adolescent perspectives of an informal, peer-led intervention to reduce smoking, *Social Science & Medicine*, 63(2), 2006, p.320 - 334

Austoker, J., Sanders, D., and Fowler, G., Smoking and cancer: Smoking cessation, *British Medical Journal*.Vol.308(6942), 1994, p.1478 - 1482

Bauer, R. L., Heller, R. F., and Challah, S., United Kingdom Heart Disease Prevention Project: 12-year follow-up of risk factors, *American Journal of Epidemiology*.121(4):563-9., 1985

Benzeval, M., Judge, K., and Whitehead, M., Tackling inequalities in health: an agenda for action, 1995 - 191

-
- Baxter, T., Milner, P., Wilson, K., Leaf, M., Nicholl, J., Freeman, J., and Cooper, N., A cost effective, community based heart health promotion project in England: Prospective comparative study, *British Medical Journal*.Vol.315(7108)(pp 582
-
- Buck, D. and Morgan, A., Smoking and quitting with the aid of nicotine replacement therapies in the English adult population - Results from the health education monitoring survey 1995, *European Journal of Public Health*, 11(2), 2001, p.211 - 217
-
- Chesterman, John, Judge, Ken, Bauld, Linda, and Ferguson, Janet, How effective are the English smoking treatment services in reaching disadvantaged smokers? , 2005
-
- Crone, M. R., Reijneveld, S. A., Willemsen, M. C., and Sing, R. A. H., Parental education on passive smoking in infancy does work, *European Journal of Public Health*, 13(3), 2003, p.269 - 274
-
- Del, Greco L., Four year results of a youth smoking prevention program using assertiveness training, *Adolescence*, 21, 1986, p.631 - 640
-
- Dencker, A., Rygning og social ulighed, *Sygeplejersken*, 105(23), 2005, p.42 - 45
-
- Feenstra, T. L., Hamberg-Van Reenen, H. H., Hoogenveen, R. T., and Rutten-Van Molken, M. P. M. H., Cost-effectiveness of face-to-face smoking cessation interventions: A dynamic modeling study, *Value in Health*.Vol.8(3), 2005, p.178 - 190
-
- Ferguson, Janet, Bauld, Linda, Chesterman, John, and Judge, Ken, The English smoking treatment services: One-year outcomes. [References], 2005
-
- Glanz, Karen, Activating Multiethnic Youth for Smoking Prevention, 7R01CA077108-05, 2002
-
- Haglund, P., Tobaksprevention och invandrargrupper (TTI), *Socialmedicinsk Tidskrift*, 83(3), 2006, p.245 - 254
-
- Jenum, A. K., Anderssen, S. A., Birkeland, K. I., Holme, I., Graff-Iversen, S., Lorentzen, C., Ommundsen, Y., Raastad, T., Odegaard, A. K., and Bahr, R., Promoting physical activity in a low-income multiethnic district: Effects of a community intervention study to reduce risk factors for type 2 diabetes and cardiovascular disease - A community intervention reducing inactivity, *Diabetes Care*, 29(7), 2006, p.1605 - 1612
-
- Jernberger, A., En tobaksfri livsstart och uppväxt i Hageby. Hagebyprojektet mot tobaksbruk, en samhällsintervention, *Socialmedicinsk Tidskrift*, 83(2), 2006, p.111 - 129
-
- Korhonen, T., Su, S., Korhonen, H. J., Uutela, A., and Puska, P., Evaluation of a national Quit and Win contest: Determinants for successful quitting, *Preventive Medicine*, 26(4), 1997, p.556 - 564
-
- Korhonen, T., McAlister, A., Laaksonen, M., Laatikainen, T., and Puska, P., International Quit and Win 1996: Standardized evaluation in selected campaign countries, *Preventive Medicine*, 31(6), 2000, p.742 - 751
-
- Lindstrom, M., Hanson, B. S., Ostergren, P. O., and Berglund, G., Socioeconomic differences in smoking cessation: the role of social participation, *Scandinavian Journal of Public Health*, 28(3), 2000, p.200 - 208
-
- Lowey, H., Tocque, K., Bellis, M. A., and Fullard, B., Smoking cessation services are reducing inequalities, *J.Epidemiol.Community Health*, 57(8), 2003, p.579 - 580
-
- Macaskill, P., Pierce, J. P., Simpson, J. M., and Lyle, D. M., Mass-Media Led Antismoking Campaign Can
-

Remove the Education Gap in Quitting Behavior, *American Journal of Public Health*, 82(1), 1992, p.96 - 98

Mackenbach, J. P. and Stronks, K., A strategy for tackling health inequalities in the Netherlands, *BMJ*, 325(7371), 2002, p.1029 - 1032

Mackenbach, J. P. and et al., Strategies to reduce socioeconomic inequalities in health, 2002, p.25 - 50

McEwen, A., West, R., and McRobbie, H., Effectiveness of specialist group treatment for smoking cessation vs. one-to-one treatment in primary care, *Addictive Behaviors*.Vol.31(9), 2006, p.1650 - 1660

McNeill, A., Raw, M., and West, R., Smoking cessation - An evidence-based approach, *European Journal of Public Health*, 10(3), 2000, p.15 - 19

McVey, D. and Stapleton, J., Can anti-smoking television advertising affect smoking behaviour? controlled trial of the Health Education Authority for England's anti-smoking TV campaign, *Tobacco Control*.9(3):273-82,, 2000

Meillier, L., Osler, M., Sabroe, S., Christensen, B., Elsass, P., and Meyer, L., Health education pamphlets about smoking—their benefit to smokers and non-smokers, *Public Health*.113(1):19-25,, 1999

Mindell, J. S. and Whyne, D. K., Cigarette consumption in The Netherlands 1970-1995 - Does tax policy encourage the use of hand-rolling tobacco?, *European Journal of Public Health*, 10(3), 2000, p.214 - 219

Morgan, M. and et al., An evaluation of a smoking prevention programme with children from disadvantaged communities, 1994

Murray, M., Swan, A. V., and Clarke, G., Long term effect of a school based antismoking programme, 1984

Ong, M. K. and Glantz, S. A., Cardiovascular health and economic effects of smoke-free workplaces (Provisional record), *American Journal of Medicine*, 117(1), 2004, p.32 - 38

Persson, L. G., Lindstrom, K., Lingfors, H., and Bengtsson, C., Results from an intervention programme dealing with cardiovascular risk factors. Experiences from a study of men aged 33-42 in Habo, Sweden, *Scandinavian Journal of Primary Health Care*.14(3):184-92,, 1996

Raw, M., McNeill, A., and Coleman, T., Lessons from the English smoking treatment services, *Addiction*, 2005 Apr; 100 Supplement 2, p.84 - 91

Richmond, R. L. and Anderson, P., Research in General-Practice for Smokers and Excessive Drinkers in Australia and the Uk .3. Dissemination of Interventions, *Addiction*, 89(1), 1994, p.49 - 62

Salonen, J. T., Changes in smoking, serum cholesterol and blood pressure levels during a community-based cardiovascular disease prevention program - the North Karelia Project, *American journal of epidemiology*., 114(1), 1981, p.81 - 94

Salonen, J. T., Hamynen, H., and Heinonen, O. P., Impact of a health education program and other factors on stopping smoking after heart attack, *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 13(3), 1985, p.103

Stronks, K and Mackenbach, JP, Evaluating the effect of policies and interventions to adress inequalities in health: lessons from a Dutch programme, *European Journal of Public Health*, 14(4), 2005, p.346 - 353

Sogaard, A. J. and Fonnebo, V., Self-Reported Change in Health Behavior After A Mass Media-Based

Health-Education Campaign, *Scandinavian Journal of Psychology*, 33(2), 1992, p.125 - 134

Sorsensen, G., Rigotti, N., Rosen, A., Pinney, J., and Prible, R., Effects of a worksite nonsmoking policy: evidence for increased cessation, *American Journal of Public Health*. 81(2):202-4., 1991 **(NB: Førsteforfatter heter Sorensen, men det er en skrivefeil i PubMed)**.

Thiis-Evensen, E., Hoff, G., and Johannesen, Ö., Langtidsresultat ved livsstilintervensjon i grupper, *Tidsskrift for Den Norske Laegeforening*, 117(13), 1997, p.1913 - 1916

Thomson, G., Wilson, N., and Howden-Chapman, P., Population level policy options for increasing the prevalence of smokefree homes, *J.Epidemiol.Community Health*, 60(4), 2006, p.298 - 304

Townsend, J., Roderick, P., and Cooper, J., Cigarette smoking by socioeconomic group, sex, and age: effects of price, income, and health publicity.[see comment], *BMJ*.309(6959):923-7., 1994

Townsend, J. L., Cigarette tax, economic welfare and social class patterns of smoking, 1987

Vuylsteek, K., Health Education: Smoking, Alcoholism, Drugs. Review of selected programmes for schoolchildren and parents. EURO Reports and Studies 10, *Report: ISBN-92-9020-149-5.64p.1979.*, p.92 - 9020

Warnecke, Richard B., Morera, Osvaldo, Turner, Lindsey, Mermelstein, Robin, Johnson, Timothy P., Parsons, Jennifer, Crittenden, Kathleen, Freels, Sally, and Flay, Brian, Changes in Self-Efficacy and Readiness for Smoking Cessation among Women with High School or Less Education, *Journal of Health and Social Behavior*, 42(1), 2001, p.97 - 110

Weinehall, L., Hellsten, G., Boman, K., Hallmans, G., Asplund, K., and Wall, S., Can a sustainable community intervention reduce the health gap? – 10-year evaluation of a Swedish community intervention program for the prevention of cardiovascular disease, *Scandinavian Journal of Public Health*, 2001; Suppl 56, p.59 – 68

West, R., McNeill, A., and Raw, M., Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. Health Education Authority, *Thorax*.55(12):987-99., 2000

West, Robert, Gilsean, Alicia, Coste, Florence, Zhou, Xiaolei, Brouard, Remi, Nonnemaker, James, Curry, Susan J., and Sullivan, Sean D., The ATTEMPT cohort: A multi-national longitudinal study of predictors, patterns and consequences of smoking cessation; introduction and evaluation of internet recruitment and data collection methods. , 2006

Whitelaw, S. and Watson, J., Whither health promotion events? A judicial approach to evidence, *Health Education Research*, 20(2), 2005, p.214 - 225

Wilson, N., Blakely, T., and Tobias, M., What potential has tobacco control for reducing health inequalities? The New Zealand situation, *Int.J.Equity.Health*, 5, 2006, p.14

Woods, Susan E., Lake, Jeffrey R., and Springett, Jane, Tackling Health Inequalities and the HAZ Smoking Cessation Programme: The Perfect Match?, *Critical Public Health*, 13(1), 2003, p.61 - 76

Zwisler, A. D., Brønnum-Hansen, H., Shiønning, H., Nelbom, B. M., and Backer, V., Rygeafvænningsstilbud til sundhedspersonale: nytter det? (Smoking cessation programmes aimed at health professionals: is it worth while?), *Ugeskrift for Laeger*, 165(14), 2003, p.1451 - 1456

7.5.4 Eksklusjonsårsak: bestilt, men ikke mottatt

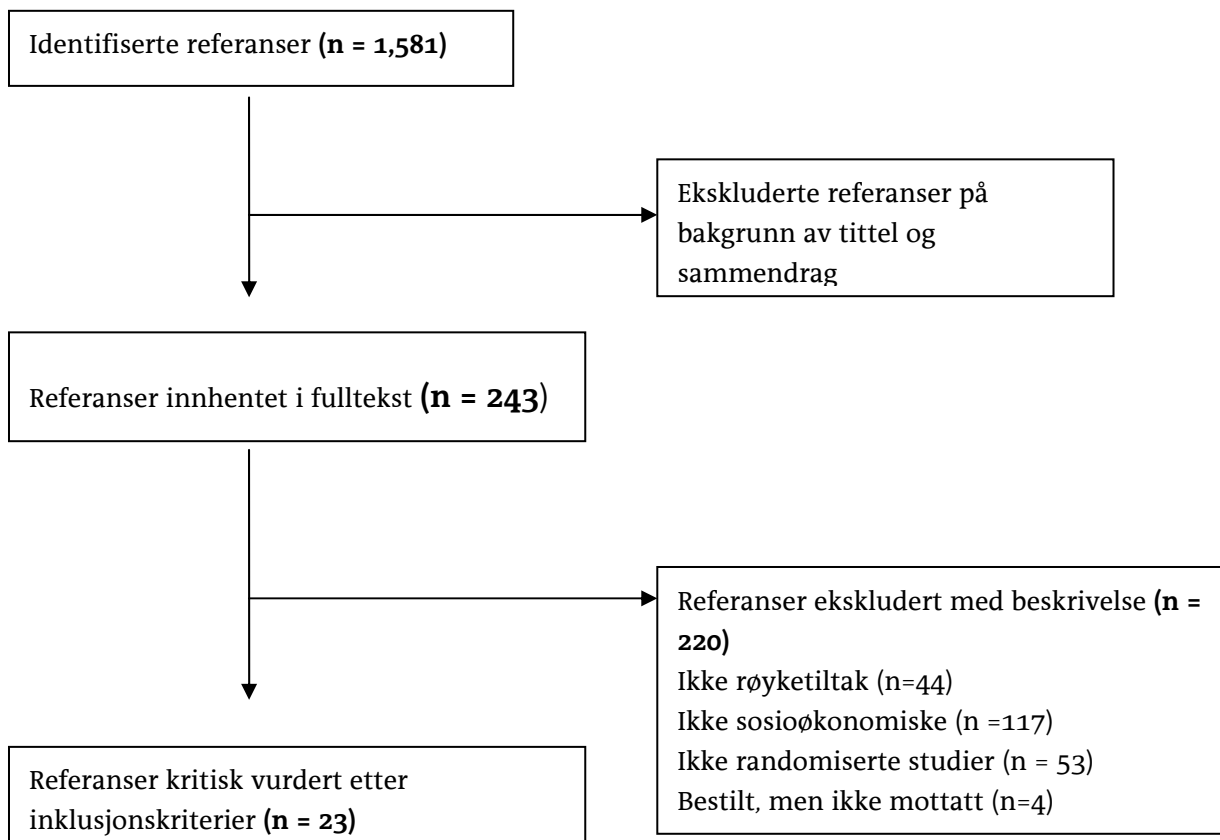
Balzaretti, G. Monica, Puente-Silva, Federico G., Dominguez, Benjamin, and Lopez, Guadalupe, Evaluation of four types of therapeutic interventions for smoking cessation: A comparative study. [Spanish], 1989

Redican, Kerry J. and Others, Effects of the school health curriculum project heart unit and demographic variables on cigarette smoking attitudes of lower socioeconomic sixth grade students, 1978

Royce, Jacqueline M., Orlandi, Marie A., Hymowitz, N., Corbett, K., and Hartwell, T., Social Acceptability of Smoking among African-Americans: The Community Intervention Trial for Smoking Cessation (COMMIT)

Giskes, K. and Kunst, A. E., Review of policies that are potentially effective to tackle inequalities in health, and their implementation in five European countries, 2004

7.6 FIGUR: UTVALGSPROCESS AV IDENTIFISERTE STUDIER



7.7 SJEKKLISTER FOR VURDERING AV METODISK KVALITET

Sjekkliste for systematiske oversiktsartikler¹

		JA	UKLART DELVIS	NEI
1	Beskriver forfatterne klart hvilke metoder de brukte for å finne kunnskapsgrunnlaget (primærforskningen)?			
2	Er litteratursøket så omfattende at det er sannsynlig at alle studier er funnet (inkludert flere språk, flere aktuelle databaser, gjennomført referanselister, forfattere/eksperter kontaktet)?			
3	Beskriver forfatterne hvilke kriterier som ble brukt for å bestemme hvilke studier som skulle inkluderes (studiedesign, deltakere, tiltak, endepunkter)?			
4	Er det sikret mot systematiske skjevheter (bias) ved seleksjon av studier (definerte seleksjonskriterier, vurdering gjort av flere personer uavhengig av hverandre)?			
5	Er kriteriene som er brukt for å vurdere kvaliteten (intern validitet) av de inkluderte studiene, klart beskrevet?			
6	Er den interne validiteten av alle studiene som det er referert til i teksten, vurdert ved hjelp av relevante kriterier (enten under seleksjon av studier eller i analysen av studiene)?			
7	Er metodene som ble brukt da resultatene ble sammenfattet, og klart beskrevet?			
8	Ble resultatene fra studiene sammenfattet forsvarlig sett i lys av spørsmålet som oversikten handler om?			
9	Er forfatternes konklusjoner støttet av data og/eller analyser som er beskrevet eller rapportert i oversikten?			
10	Hvordan vil du rangere den vitenskapelige kvaliteten i denne oversikten?	Høy	Middels	Lav

¹ Scientific Quality Assessment of Review, Cochrane EPOC group.
Oxman AD, Guyatt GH. Validation of an index of the quality of review articles. J Clin Epidemiol 1991a;44:1271-1278

Oppsummering kritisk vurdering av systematisk oversikt

A (innhenting av data) omhandler de første seks spørsmål i sjekklisten (tabell 1.1.2) om søk, inklusjon og vurdering av validitet av studier i oversikten. Hvis "uklart/ delvis" er brukt en eller flere ganger på spørsmål 1-6 har oversikten i beste fall middels/moderat kvalitet. Hvis "nei" alternativet er brukt på spørsmål 2, 4 eller 6 er det sannsynlig at den metodiske kvaliteten på oversikten er mangelfull.

B (analyse av data) omhandler spørsmål 7-9 i sjekklisten (tabell 1.1.2) som gjelder kombinerings av data fra flere studier og analysen av funnene i studiene. Hvis "uklart/delvis" er brukt en eller flere ganger på spørsmål 7-9, er oversikten i beste fall av moderat kvalitet. Hvis "nei" blir brukt på spørsmål 8 er det sannsynlig at oversikten har store begrensninger og at den metodiske kvaliteten er mangelfull.

Samlet kvalitetsvurdering av studien (intern validitet)

Høy kvalitet (ingen begrensninger)

Brukes hvis alle eller de fleste kriteriene fra sjekklisten er oppfylt. Dersom noen av kriteriene ikke er oppfylt må det være veldig lite sannsynlig at studiens konklusjon blir påvirket.

Middels kvalitet (noen begrensninger)

Brukes hvis noen av kriteriene fra sjekklisten ikke er oppfylt og/eller der kriteriene ikke er tilfredsstillende beskrevet. Samlet vurdering tilsier at det er lite sannsynlig at studiens konklusjon påvirkes.

Lav kvalitet (alvorlige begrensninger)

Brukes hvis få eller ingen kriterier i sjekklisten er oppfylt og/eller ikke er tilfredsstillende beskrevet. Samlet vurdering tilsier at det er sannsynlig at studiens konklusjon kan forandres.

Sjekkliste for randomiserte, kontrollerte studier²

		JA	UKLART	NEI
1	Er utvalget tilfeldig fordelt (randomisert) til tiltaks- og kontrollgruppe?			
2	Er denne randomiseringen skjult for den som fordeler til gruppene?			
3	Er gruppene like ved oppstart av studien (er det lik fordeling av prognostiske faktorer, se etter tabell over karakteristika for tiltaks- og kontrollgruppen)?			
4	Er gruppene behandlet likt bortsett fra for tiltaket som evalueres?			
5	Er deltakere/pasienter uvitende (blindet) med hensyn til hvilken gruppe de er i?			
6	Er utøverne eller behandlerne uvitende om hvem som er i hvilken gruppe?			
7	Er den som vurderte resultatene og eventuelt analyserte dataene uvitende om hvilket tiltak deltakerne fikk?			
8	Er deltakerne analysert i sin opprinnelige gruppe? (“intention-to-treat”)?			
9	Er det gjort rede for alle deltakerne ved slutten av studien?			
10	Er måling av alle relevante utfall/endepunkter utført standardisert, gyldig og pålitelig?			
11	Er resultatene presise? (Er det oppgitt konfidensintervall eller p-verdier for effektmålet?)			

Samlet kvalitetsvurdering av studien (intern validitet)

Høy kvalitet (ingen begrensinger)

Brukes hvis alle eller de fleste kriteriene fra sjekklisten (tabell 1.1.4) er oppfylt. Dersom noen av kriteriene ikke er oppfylt, må det være veldig lite sannsynlig at studiens konklusjon blir påvirket.

Middels kvalitet (noen begrensinger)

Brukes hvis noen av kriteriene fra sjekklisten ikke er oppfylt og/eller der kriteriene ikke er tilfredsstillende beskrevet. Samlet vurdering tilsier at det er lite sannsynlig at studiens konklusjon blir påvirket.

Lav kvalitet (alvorlige begrensinger)

Brukes hvis få eller ingen kriterier fra sjekklisten er oppfylt og/eller ikke er tilfredsstillende

² Basert på Users' guides to the medical literature. Choosing Evidence Worksheet 1B1 Therapy
www.usersguides.org

beskrevet. Samlet vurdering tilsier at det er sannsynlig at studiens konklusjon kan bli endret.

7.8 FAGERSTRÖMS AVHENGIGHETSTEST

Test hvor avhengig du er av nikotin.

Under følger seks spørsmål om avhengighet. Når du har svart på alle spørsmålene, får du resultatet.

1. Hvor lang tid etter at du våkner røyker du din første sigarett?

- Innen 5 min
- 6-30 min
- 31-60 min
- Etter 60 min

2. Er det vanskelig for deg å ikke røyke på steder det er forbudt, for eksempel på kino eller fly?

- Ja
- Nei

3. Hvilken sigarett har du minst lyst til å gi opp?

- Morgenens første
- En av de andre

4. Hvor mange sigaretter røyker du pr. dag?

- 10 eller mindre
- 11-20
- 21-30
- 30 eller mer

5. Røyker du oftere de første timene etter at du våkner enn resten av dagen?

- Ja
- Nei

6. Røyker du selv om du er så syk at du er sengeliggende mesteparten av dagen?

- Ja
- Nei