

Schweizer Pilotstudie

Betreiben Hausärzte Tabakprävention?

Sophie Andrey^a, Christine Cohidon^b, Sonja T. Ebert^b, Jacques Cornuz^b, Nicolas Senn^b

^a Service de médecine interne, HFR-Fribourg; ^b Policlinique Médicale Universitaire, Lausanne

Die nachfolgend beschriebene Studie soll die Praxis der Schweizer Hausärzte bezüglich der Tabakprävention aufzeigen. Überdies untersucht sie Faktoren (ärztliche oder organisatorische), die diese Praxis begünstigen.

Laut der *Weltgesundheitsorganisation* (WHO) sterben jedes Jahr schätzungsweise 5 Millionen Menschen an Erkrankungen, die mit Tabakkonsum im Zusammenhang stehen. Bis 2030 soll diese Zahl auf über 8 Millionen Menschen ansteigen [1]. Im Jahr 2016 wird im Schweizer Parlament ein Gesetz zu Tabakprodukten diskutiert, unter anderem mit Anträgen, Werbung und Sponsoring für Tabakprodukte zu beschränken sowie ihre Abgabe an Minderjährige zu verbieten [2]. Diese Massnahmen entsprechen der nationalen Strategie *Gesundheit2020*, die zum Ziel hat, die Prävention und Gesundheitsförderung zu stärken, um die Inzidenz nicht

übertragbarer, d.h. onkologischer, kardiovaskulärer und von Atemwegserkrankungen zu verringern [2]. Neben diesen bundespolitischen Massnahmen zur Primärprävention spielen die Hausärzte bei der Tabakprävention eine entscheidende Rolle [3, 4]. An vorderster Front des Gesundheitssystems stehend haben sie direkten Zugang zu einem Grossteil der Bevölkerung. Tatsächlich konsultieren 70% der Schweizer Bevölkerung mindestens einmal pro Jahr einen Hausarzt [5]. Dies bietet zahlreiche Gelegenheiten zur Tabakprävention. Ein Rauchstopp im Alter von 35 Jahren kann die Lebenserwartung im Vergleich zum Weiterrachen



um durchschnittlich sieben Jahre erhöhen [6]. Die Beendigung des Tabakkonsums mit 65 Jahren erhöht die Lebenserwartung um ca. zwei Jahre [6].

Das Ziel der nachfolgenden Studie besteht darin, die Einstellung von Hausärzten in der Westschweiz gegenüber der Tabakprävention zu erforschen. Überdies wurden Faktoren untersucht, die mit dieser assoziiert sind.

Methode

Es handelt sich dabei um eine Beobachtungsstudie. Im Oktober 2013 wurden elektronische Fragebögen an 67 französischsprachige Hausärzte des SPAM (Swiss Primary Care Active Monitoring)-Netzwerks versendet. Dies bestand im Jahr 2013 aus 200 Hausärzten aus der gesamten Schweiz, die in Bezug auf Geschlecht, Alter und regionale (ländliche/urbane) Verteilung der Praxen repräsentativ für alle Schweizer Hausärzte waren [7]. Das Netzwerk ist Teil des SPAM-Programms der universitären medizinischen Poliklinik Lausanne, das zum Ziel hat, ein Monitoring-Instrument für ein besseres Verständnis der Funktionsweise der Hausarztmedizin in der Schweiz zu entwickeln.

Mit Hilfe des Fragebogens haben wir Daten über die Organisation der Hausarztpraxen und die Massnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung, insbesondere im Bereich Tabakkonsum, gesammelt. Der Vorgang, den Raucherstatus der Patienten in Erfahrung zu bringen, und die Beratung rauchender Patienten zum Rauchstopp wurden abhängig der Konsultationsart untersucht: einer Erstkonsultation mit einem neuen Patienten, einer Notfallkonsultation, unterteilt nach Erkrankung und Patient (4 Szenarien), und einer Routinekonsultation (insgesamt 6 Szenarien).

Überdies haben wir eventuelle Zusammenhänge zwischen ärztlichen (Geschlecht, Alter, Rauchstatus des Hausarztes) bzw. organisatorischen Faktoren der Praxis (Praxisort und -art, die Belastung durch administrative Tätigkeiten und die für die Erstkonsultation eines neuen Patienten eingeplante Zeit) und der Erfassung des Rauchstatus der Patienten oder der Beratung zum Rauchstopp untersucht.

Beschreibung der Stichprobe

Zwei Drittel (66%) der 44 Hausärzte, die an unserer Studie teilgenommen haben (Beteiligung 66%), waren Männer. Ihr Durchschnittsalter betrug 57 Jahre. 59% der teilnehmenden Hausärzte waren in einer Gemeinschaftspraxis, 52% in ländlichen Regionen tätig. Ein Einziger war aktiver und ein Drittel (32%) waren ehemalige Raucher. Während ihrer beruflichen Laufbahn

wurden 57% der Hausärzte über fünf Stunden in der Raucherberatung geschult.

Tabelle 1 zeigt die soziodemographischen Eigenschaften der Hausärzte, die an unserer Studie teilgenommen haben.

Tabelle 1: Soziodemographische Faktoren der teilnehmenden Hausärzte.

	N = 44	%
Geschlecht		
Frauen	15	34
Männer	29	66
Alter		
<40 Jahre	3	7
40–60 Jahre	25	57
>60 Jahre	16	36
Durchschnittsalter	57 Jahre	57 Jahre
Praxisort		
Urbane Region	21	48
Ländliche Region	23	52
Praxisart		
Einzelpraxis	18	41
Gemeinschaftspraxis	26	59
Dauer der Schulung der Hausärzte in der Raucherberatung		
≤5 Stunden	19	43
>5 Stunden	25	57
Rauchstatus der Hausärzte		
Hat (fast) nie geraucht	29	66
Ehemaliger Raucher	14	32
Aktiver Raucher	1	2

N = Gesamtzahl der teilnehmenden Hausärzte.

Schulung in der Raucherberatung

Die Hälfte der Hausärzte, die an unserer Studie teilgenommen hat, beurteilte die Qualität ihrer Schulung in der Raucherberatung als ausreichend und 20% beurteilten diese als gut. Auf die Frage, ob sie an einer Weiterbildung zum Ausbau ihrer Kompetenzen in der Raucherberatung interessiert wären, antworteten 47% mit Ja.

Tabakprävention und Konsultationsart

Bei der Erstkonsultation eines neuen Patienten erfragen 84% der Hausärzte immer den Rauchstatus. In einer Notfallkonsultation von Patienten mit Atemwegssymptomen, die üblicherweise nicht in der Praxis betreut werden, fragen 69% der Hausärzte systematisch nach, ob diese rauchen. Kommen die Patienten mit Problemen, die nicht die Atemwege betreffen, in die Notfallkonsultation, erfragen nur 9% der Hausärzte den Rauchstatus. Abbildung 1 zeigt das unterschiedliche Vorgehen bei der Erfragung des Rauchstatus der Patienten, entsprechend der Konsultationsart.

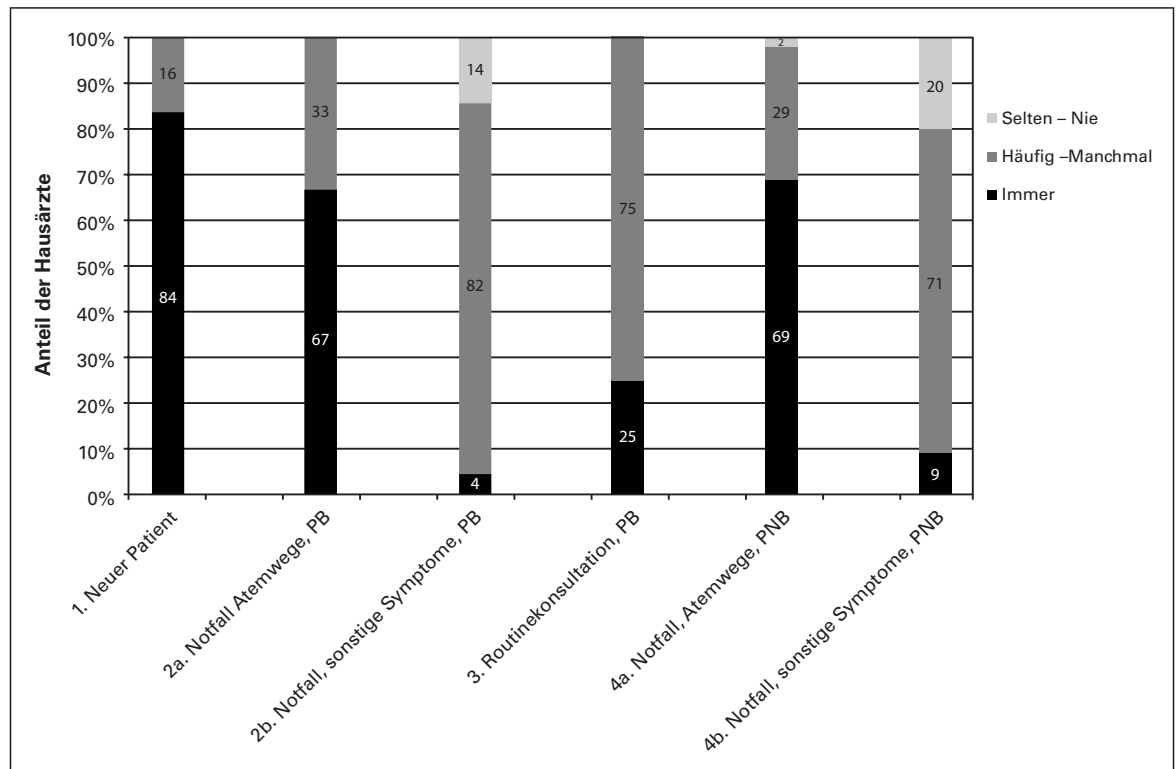


Abbildung 1: Anteil der Hausärzte, die den Rauchstatus ihrer Patienten erfragen, entsprechend unterschiedlicher Konsultationsszenarien.

Szenario 1: Erstkonsultation eines neuen Patienten

Szenario 2a: Notfallkonsultation, Patient wird in der Praxis betreut (PB), Atemwegssymptome

Szenario 2b: Notfallkonsultation, Patient wird in der Praxis betreut (PB), Symptome, die nicht die Atemwege betreffen

Szenario 3: Routinekonsultation, Patient wird in der Praxis betreut (PB)

Szenario 4a: Notfallkonsultation, Patient wird nicht in der Praxis betreut (PNB), Atemwegssymptome

Szenario 4b: Notfallkonsultation, Patient wird nicht in der Praxis betreut (PNB), Symptome, die nicht die Atemwege betreffen

Obwohl 84% der Hausärzte bei einer Erstkonsultation immer den Rauchstatus der Patienten erfragen, raten lediglich 32% ihren neuen rauchenden Patienten während dieser Konsultation auch systematisch zum Rauchstopp. Bei Notfallkonsultationen von Patienten mit Atemwegserkrankungen, die üblicherweise in der Praxis betreut werden, raten 48% der Hausärzte immer dazu, mit dem Rauchen aufzuhören. Im selben Kontext, jedoch bei Erkrankungen, die nicht die Atemwege betreffen, sinkt der Anteil der Hausärzte, die systematisch zum Rauchstopp raten, auf 7%.

Mit der Tabakprävention in Zusammenhang stehende Faktoren

In unserer Studie wurden mehrere Zusammenhänge zwischen ärztlichen bzw. organisatorischen Faktoren und Tabakprävention beobachtet.

Die jüngeren Hausärzte (≤ 57 Jahre) betreiben signifikant häufiger Tabakprävention als die älteren, wenn es sich um eine Erstkonsultation handelt (erfragen immer den Rauchstatus eines neuen Patienten: 96 vs.

73%; $p < 0,05$). Abbildung 2 zeigt den Zusammenhang zwischen dem Alter des Hausarztes und der Erfragung des Rauchstatus der Patienten.

Bei einer Routinekonsultation betreiben diejenigen Hausärzte signifikant häufiger Tabakprävention, in deren Praxen für eine Erstkonsultation eine Dauer von über 30 Minuten eingeplant wird (während einer Routinekonsultation: erfragen immer den Rauchstatus der Patienten: 32 vs. 0%; $p < 0,05$).

Die Arbeit in einer Einzelpraxis oder in einer ländlichen Region sind signifikante Faktoren, die mit Tabakprävention bei Notfallkonsultationen positiv assoziiert sind (erfragen immer den Rauchstatus der Patienten: Einzelpraxis: 88 vs. 54%; $p < 0,05$; Praxis in einer ländlichen Region: 82 vs. 52%; $p < 0,05$).

Was hat die Studie ergeben?

Die Resultate zeigen, dass die Tabakprävention in zwei Fällen, der Erstkonsultation in der Hausarztpraxis und bei einer Konsultation aufgrund von Symptomen, die mit Rauchen im Zusammenhang stehen könnten, ein

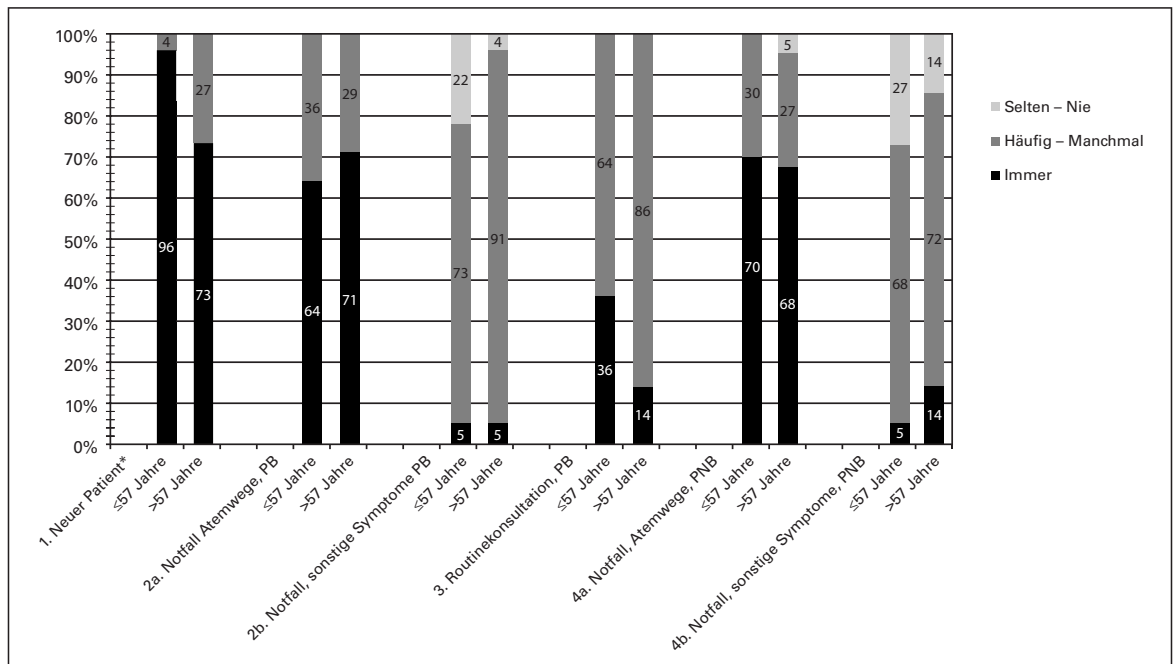


Abbildung 2: Zusammenhang zwischen der Erfragung des Rauchstatus der Patienten und dem Alter des Hausarztes, entsprechend unterschiedlicher Konsultationsszenarien.

Szenario 1: Erstkonsultation eines neuen Patienten

Szenario 2a: Notfallkonsultation, Patient wird in der Praxis betreut (PB), Atemwegssymptome

Szenario 2b: Notfallkonsultation, Patient wird in der Praxis betreut (PB), Symptome, die nicht die Atemwege betreffen

Szenario 3: Routinekonsultation, Patient wird in der Praxis betreut (PB)

Szenario 4a: Notfallkonsultation, Patient wird nicht in der Praxis betreut (PNB), Atemwegssymptome

Szenario 4b: Notfallkonsultation, Patient wird nicht in der Praxis betreut (PNB), Symptome, die nicht die Atemwege betreffen

*: Ergebnisse signifikant mit $p < 0,05$

fester Bestandteil der täglichen Praxis von Westschweizer Hausärzten ist. Unter anderen Konsultationsbedingungen (insbesondere bei Notfallkonsultationen von Patienten mit Symptomen, die nicht die Atemwege betreffen) hingegen wird kaum Tabakprävention betrieben. Überdies hat die Studie gezeigt, dass bestimmte demographische bzw. organisatorische Faktoren (entsprechend der Konsultationsart mehr oder weniger) positiv mit der Tabakprävention assoziiert sind. Zu diesen zählen jüngere Hausärzte (≤ 57 Jahre), die Ausübung des Hausarztberufs in einer Einzelpraxis, Tätigkeit in ländlichen Regionen sowie eine für die Erstkonsultation eines neuen Patienten geplante Dauer von über 30 Minuten.

Wie sind diese Unterschiede zu erklären?

Um die Unterschiede in der Tabakprävention entsprechend der Konsultationsart zu erklären, gibt es mehrere Hypothesen. Möglicherweise gehen die Hausärzte davon aus, dass eine Raucherberatung effektiver ist, wenn sie mit den aktuellen Symptomen des Patienten im Zusammenhang steht. Dies wird in einer britischen Studie bestätigt, die Faktoren untersucht hat, die euro-

päische Hausärzte bezüglich der Raucherberatung beeinflussen [8]. Dabei gaben fast alle Hausärzte (97%) an, davon auszugehen, dass die Raucherberatung effektiver sei, wenn sie im Zusammenhang mit den Problemen des Patienten stehe.

Darüber hinaus ist die Zeit, insbesondere bei Notfallkonsultationen, oft begrenzt, und die akuten Beschwerden des Patienten stehen natürlich im Vordergrund.

Und schlussendlich halten die Hausärzte Tabakprävention unter bestimmten Konsultationsumständen vielleicht für nicht gerade angemessen.

Was könnte verbessert werden?

Die Unterschiede in der Praxis der Tabakprävention können dazu führen, dass gute Gelegenheiten zur Prävention versäumt werden. Möglicherweise gibt es, insbesondere bei der Schulung zur Raucherberatung, Verbesserungspotential. Denn diese wurde lediglich von einer Minderheit der Hausärzte (20% in unserer Studie) als gut beurteilt. Angesichts des Interesses von fast der Hälfte der Hausärzte (47% in unserer Studie) an einer Weiterbildung im Bereich Raucherberatung ist

eine Verbesserung möglich. In der Schweiz bietet das Projekt «Frei von Tabak» (www.frei-von-tabak.ch) Ärzten eine Schulung zur Rauchstoppberatung an. Das Ziel ist, die Qualität und Häufigkeit der Rauchstoppberatung in Arztpraxen zu steigern und/oder aufrechtzuerhalten und so die Zahl der Patienten, die mit dem Rauchen aufhören, zu erhöhen [9]. Die Effektivität des Seminars «Frei von Tabak» wurde in einer randomisierten kontrollierten Studie nachgewiesen. Bei Ärzten, welche die Schulung absolviert hatten, betrug der Anteil der Patienten, die mit dem Rauchen aufgehört haben, nach einem Jahr 13% (vs. 5% in der Kontrollgruppe) [10].

Und wenn diese Aufgabe an andere Gesundheitsfachleute als Hausärzte übertragen würde? Tatsächlich haben mehrere Studien [11] den potentiellen Nutzen einer Raucherberatung durch auf Prävention und Gesundheitsförderung spezialisierte Pflegefachpersonen gezeigt. Ihr Einsatz in Hausarztpraxen ist effektiv und erhöht die Wahrscheinlichkeit eines Rauchstopps der Patienten [11]. Aktuell gibt es jedoch in Schweizer Hausarztpraxen nur sehr wenige bzw. gar keine auf Tabakprävention spezialisierte Pflegefachpersonen (in unserer Studie keine). Sollte dieses System also in der Schweiz eingeführt werden, wären dafür hohe Investitionen, insbesondere finanzieller Art, sowie Schulungen erforderlich.

Bildnachweis

© Rosengaard | Dreamstime.com

Literatur

- 1 WHO | WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008 - The MPOWER package [Internet]. WHO. [abgerufen am 22. Juli 2014]. Abrufbar unter: <http://www.who.int/tobacco/mpower/2008/en/>.
- 2 Bundesamt für Gesundheit. Faktenblatt: Was sich mit dem neuen Tabakproduktegesetz ändert [Internet]. 2015 [abgerufen am 29. November 2015]. Abrufbar unter: www.bag.admin.ch/themen/drogen/00041/14741/index.html
- 3 Santé Canada. Enquête sur le tabagisme au Canada: Quartier 4. Ottawa: Santé Canada, 1995.

Fazit

Die Tabakprävention ist, insbesondere bei neuen Patienten und wenn die Erkrankten Symptome aufweisen, die mit Rauchen im Zusammenhang stehen könnten, ein fester Bestandteil der täglichen Praxis von Westschweizer Hausärzten. Bei Notfallkonsultationen von Patienten mit Symptomen, die nicht die Atemwege betreffen, wird sie jedoch nur selten betrieben, wodurch unter Umständen potentielle Präventionsgelegenheiten versäumt werden.

Insbesondere aufgrund der geringen Teilnehmerzahl sollte man jedoch nicht zu viele Schlussfolgerungen aus dieser Studie ziehen. Interessant wäre hingegen, in einer grösseren Studie die Gründe umfassender zu untersuchen, weshalb die Tabakprävention von Hausärzten derart stark von der Konsultationsart abhängt und entsprechend unterschiedlich ausfällt.

- 4 Stead LF, Bergson G, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008;(2):CD000165.
- 5 BAG (2012). Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012. *Santé* 14 (213-1202).
- 6 Taylor DH, Hasselblad V, Henley SJ, Thun MJ, Sloan FA. Benefits of Smoking Cessation for Longevity. *Am J Public Health.* 2002;92(6):990-6.
- 7 Selby K, Cornuz J, Senn N. Establishment of a Representative Practice-based Research Network (PBRN) for the Monitoring of Primary Care in Switzerland. *J Am Board Fam Med.* 2015;28(5): 673-5.
- 8 Stead M, Angus K, Holme I, Cohen D, Tait G. Factors influencing European GPs' engagement in smoking cessation: a multi-country literature review. *Br J Gen Pract.* 2009;59(566):682-90.
- 9 Projekt Frei von Tabak [Internet] [abgerufen am 3. Dez. 2014] Abrufbar unter: <http://www.vivre-sans-tabac.ch/index.php?IDcat=23&IDcat23visible=1&langue=D>
- 10 Cornuz J, Humair J-P, Seematter L, Stoianov R, Van Melle G, Stalder H, et al. Efficacy of resident training in smoking cessation: a randomized, controlled trial of a program based on application of behavioral theory and practice with standardized patients. *Ann. Intern. Med.* 2002;136(6):429-37.
- 11 Rice VH, Hartmann-Boyce J, Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;8:CD001188.

Korrespondenz:

Sophie Andrey
Médecin-assistante
HFR-Fribourg
Chemin des Pensionnats 2
CH-1708 Fribourg
[sophiea88\[at\]gmail.com](mailto:sophiea88[at]gmail.com)