

Karl Erik Lund, Marianne Lund og Jostein Rise

Tobakksforebygging i norsk tannhelsetjeneste

Resultater fra en nasjonal undersøkelse blant tannleger og tannpleiere

Spørreskjema ble sendt til et utvalg på 1 500 tannleger (svarrespons 68 %) samt alle landets 522 tannpleiere (svarrespons 61 %). Åttitue prosent av tannlegene og 76 % av tannpleierne var helt røykfrie.

Tannpleierne brukte i gjennomsnitt 18 minutter per uke til å snakke med pasienter om røyking, mens tannlegene brukte 13 minutter. I åtte av ti konsultasjoner hvor pasienten hadde tobakksrelaterte skader i munnhulen, tok tannlegene og tannpleierne opp pasientens røykevaner. I tilfeller der slike skader ikke var synlige, ble det spurt om røykevaner i tre av ti tannlegekonsultasjoner og i fire av ti konsultasjoner med tannpleiere. I konsultasjoner hvor nye pasienter ble behandlet for første gang, ble seks av ti spurt om tobakksvaner av sin tannlege, mens tannpleierne kartlegger i syv av ti tilfeller. Det er moderate forventninger – særlig blant tannleger – til at egen intervensjon vil føre til at flere slutter og til bedret tannhelse hos røykerne.

Kognitive variabler forklarte en langt større del av variansen i intervensjonsaktivitet enn bakgrunnsvariablene, men mønsteret var noe forskjellig for tannleger og tannpleiere.

Også i Norge er det et forbedringspotensial for tobakkspreventivt engasjement fra tannhelsepersonell. For at tannhelsepersonell skal kunne bygge opp sine forestillinger om effekt av sin intervensjon, er det viktig at de får informasjon om de store virkningene på befolkningsnivå.

Røyking er den viktigste forebyggbare årsak til nedsatt helse og tidlig død. I Norge dør årlig mellom 7 000 og 8 000 personer som følge av tobakksbruk. Overrepresentasjonen av personer med kort utdanning og lav inntekt blant dagens røykere vil komme til å øke de sosiale ulikheter i framtidig helsestatus. Evalueringer har vist at helsebudskap kommunisert via massemediene har størst virkning i høyere sosiale lag, mens personer med kortere utdanning ser ut til å dekode og respondere best på budskap overlevert på individnivå (1). Tannklinikken er derfor en viktig arena for tobakksintervensjon som i sin tur kan redusere klasseforskjellene i framtidig helsestatus.

En rekke orale forandringer kan helt eller delvis tilskrives røyking – blant annet kreft i munnhulen, leukoplaki, røykegane, økt pigmentering, candida-infeksjon, periodontitt, akutt nekrotiserende ulcererende gingivitt, komplikasjoner ved implantatbehandling, komplikasjoner ved sårtilheling og misfarging. Forsk-

ningslitteraturen om kreftrisiko ved bruk av snus er mindre robust. Det foreligger imidlertid ikke evidens som frifinner snus som en risikofaktor for kreft i munnhulen (2–5). Snus induserer slimhinneforandringer der prisen plasseres og kan også føre til gingival retraksjon på tenner i nærheten. De ovennevnte uønskede effektene av tobakksbruk tilsier at tannklinikken burde være en naturlig arena for intervensjon overfor pasienter som røyker eller snuser.

Formålet med undersøkelsen var å avdekke i hvor stor grad tannleger og tannpleiere samtaler med pasienter om deres røykevaner, hva som eventuelt oppleves som barrierer for intervensjon, og hvilke faktorer som predikerer variasjoner i intervensjonsaktivitet. Avslutningsvis diskuteres mulige strategier for å øke den primærforebyggende virksomheten i tannklinikken.

Materiale og metode

Et anonymisert spørreskjema med 25 spørsmål ble i februar 2002 sendt til et tilfeldig utvalg på 1 500 av totalt 3 883 yrkesaktive medlemmer fra Den norske tannlegeforenings medlemsarkiv, samt alle 522 medlemmer i Norsk Tannpleierforening (tabell 1). En purring ble sendt i april samme år. Tannlegene fikk skjemaet tilsendt per post fra sin organisasjon (56 skjemaer kom i retur pga. ukjent adresse), mens skjemaet til tannpleierne ble distribuert som innstikk i deres medlemsblad Tannstikka.

Tannhelsepersonell med pasientpopulasjoner som besto av færre enn 10 % voksne pasienter ble holdt utenfor analysene. Dette medførte at 11 % av tannlegene og 23 % av tannpleierne ikke ble inkludert i analysene.

Spørreskjemaet inneholdt spørsmål knyttet til både røyking og bruk av snus. I denne artikkelen er bare svarene på spørsmål om røyking inkludert (tabell 2).

Avhengige variabler

Spørsmålene som kartla grad av intervensjon (tabell 3) var tidligere brukt i en lignende undersøkelse blant helsepersonell i Norge (6), allmennleger i Norden (7) og tannleger i Stockholms län (8). Umiddelbar validitet hadde i den forbindelse blitt testet i dybdeintervjuer og pilot-tester. På følgende spørsmål skulle respondenten angi den prosentandel av konsultasjonene hvor angjeldende aktivitet ble utført:

1. Når du behandler voksne pasienter som *ikke* har tobakksrelaterte skader/symptomer i munnhulen, hvor ofte spør du om deres røykevaner?
2. Når du behandler voksne pasienter som har tobakksrelaterte skader /symptomer i munnhulen, hvor ofte spør du om deres røykevaner?
3. Dersom du vet at pasienten din røyker, hvor ofte informerer du om helsefordelene ved å slutte?
4. Når du behandler nye pasienter for første gang, hvor ofte spør du om deres røykevaner?

Forfattere

Karl Erik Lund, forsker, dr.polit.

Marianne Lund, prosjektleder.

Jostein Rise, professor.

Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS)

5. I de tilfeller der det avdekkes at pasienten bruker tobakk, hvor ofte noteres opplysninger om tobakksvaner i pasientjournalen?.

I tillegg skulle respondentene svare på følgende spørsmål:

6. I løpet av den siste uken, hvor mye tid (angitt i minutter) har du anslagsvis brukt til å snakke med dine pasienter om røyking?.

Responsene på spørsmålene 1–6 ble slått sammen til en sumskåre indeks for å få et mer reliabelt mål på *grad av intervensjonsaktivitet*. Cronbachs alfa, som er et uttrykk for om respondentene svarer indre konsistent på de ulike spørsmålene som inngår i indeksen, var tilfredsstillende (0,75). Denne intervensjonsindeksen brukes som avhengig variabel i korrelasjonsanalysene i tabellene 4–7 og i regresjonsanalysene i tabell 8.

Uavhengige variabler

Opplysninger om «opplevde barrierer for intervensjon», «holdninger til intervensjon», «opplevde ferdigheter i intervensjonsaktivitet» og «forventede konsekvenser av egen intervensjon» ble i hovedsak innhentet ved at respondenten skulle gi sin tilslutning til en rekke utsagn og påstander i en sju punkts Likert-skala. Variablene ble summert på en slik måte at jo høyere skåre, jo sterkere tilslutning.

«Opplevde barrierer» (Cronbachs alfa 0,74) ble konstruert ved at respondenten med utgangspunkt i egen arbeidssituasjon skulle erklære grad av enighet til følgende påstander: «samtaler om røyking tar for lang tid», «det er ikke min oppgave å diskutere folks røykevaner», «tobakk er ikke en vesentlig årsak til tannhelseproblem», «det er ubehagelig å spørre folk om deres røykevaner», «det er ikke verd innsatsen fordi så få slutter selv om de får hjelp».

«Opplevde intervensjonsferdigheter» (Cronbachs alfa 0,65) ble konstruert ved at respondenten skulle angi i hvor stor grad han/hun var i stand til å «fastslå pasientens motivasjon for å slutte», «gi riktig informasjon om helsefordeler ved å slutte», «gi passende oppfølging for dem som vil slutte», «gi råd om nikotinerstatningsprodukter», og «ha oversikt over de mest effektive metoder for røykeslutt».

En faktoranalyse avslørte at forventede konsekvenser av egen

Tabell 1. *Karakteristika ved utvalgene*

	Tannleger		Tannpleiere	
Responstrate % (n/N)	68	(982/1444)	61	(319/522)
Kjønn % (n/N):				
Kvinner	36	(355/982)		
Menn	64	(624/982)		
Yrkeslengde – snitt (standardavvik):				
Kvinner	17	(11)	13	(9)
Menn	24	(12)		
Alder – snitt (standardavvik):				
Kvinner	44	(11)	41	(11)
Menn	51	(11)		
Stillingssektor % (n/N):				
Minst 80% privat	60	(586/981)	21	(65/317)
Mindre enn 80% i privat og offentlig	15	(150/981)	33	(104/317)
Minst 80% offentlig	25	(245/981)	47	(148/317)
Andel der pasientmassen består av minst 10% voksne pasienter – % (n/N)	89	(862/973)	77	(210/302)
Andel av voksne pasienter som antas å røyke – snitt (standardavvik)	41	(24)	24	(21)

Tabell 2. *Røykevaner i ulike kategorier av tannleger og tannpleiere. Prosent (N = antall svar)*

	Tannleger				Tannpleiere			
	Daglig	Av og til	Aldri	N	Daglig	Av og til	Aldri	N
Alle	7	11	83	(973)	10	14	76	(315)
Kjønn:								
Kvinner	3	10	87	(350)	9	14	77	(299)
Menn	8	11	80	(620)				
Yrkeslengde: #								
Kortest	6	17	77	(330)	17	12	71	(104)
Mellomst	6	9	86	(307)	9	18	73	(110)
Lengst	8	6	86	(326)	3	13	84	(100)
Stillingssektor:								
Hovedsakelig privat##	8	12	80	(582)	11	16	73	(63)
Offentlig og privat	5	12	83	(147)	6	16	79	(103)
Hovedsakelig offentlig##	5	7	88	(242)	12	12	76	(148)

Gruppert med 1/3 av utvalget i hver kategori (tannleger: 0–16 år, 17–28 år, 29 år +), (tannpleiere 0–7 år, 8–18 år, 19 år +)

Personell som arbeider minst 80%-stilling i respektive kategori

intervensjon utgjorde to separate og distinkte faktorer som kan gis en meningsfull fortolkning. På den ene faktoren ladet positive konsekvenser og på den andre faktoren ladet negative konsekvenser. Det ble derfor konstruert to indekser: «forventede positive konsekvenser» (Cronbachs alfa 0,60) bestående av responsene på at en hypotetisk intervensjon for røyking i tannklinikken «vil føre til at flere pasienter ønsker å slutte å røyke», «vil øke sjansen for mindre tannhelseproblemer for røykende pasienter», «vil øke min respekt blant pasienter» og «vil jeg gjøre en bedre jobb som tannlege/tannpleier». På samme måte ble «negative konsekvenser» (Cronbachs alfa 0,69) konstruert ved hjelp av responsene på «vil føre til misnøye blant pasienter som røyker», «vil jeg få dårligere kontakt med røykende pasienter», «vil pasientene kunne be om hjelp jeg ikke vil kunne gi» og «vil pasientene oppfatte meg som en moralist».

Tabell 3. Gjennomsnittlig andel (%) av konsultasjonene (med standardavvik = SD) med voksne pasienter hvor tannleger og tannpleiere spør om røykevaner (A-C), informerer om helsefordeler ved å slutte (D) og noterer opplysninger om røyking i pasientjournalen (E)

	(A) I tilfeller der tannlegen behand- ler nye pasienter for første gang			(B) I tilfeller der pasienten ikke har tobakksrelaterte skader i munnen			(C) I tilfeller der pasienten har symptomer som kan knyttes til røyking			(D) Dersom du vet at pasienten røyker, hvor ofte infor- meres om fordelene ved å slutte			(E) Hvor ofte noteres opplysninger om tobakk i pasient- journalen		
	%	SD	Antall	%	SD	Antall	%	SD	Antall	%	SD	Antall	%	SD	Antall
Tannleger:	63	42	769	31	37	738	84	27	779	52	35	770	53	43	753
Kjønn:															
Kvinner	72	38	247	41	41	235	87	24	253	57	32	244	64	41	243
Menn	59	43	522	26	35	503	83	28	526	49	36	526	48	43	510
Yrkeslengde:															
Kortest	72	39	267	38	39	256	88	23	272	51	33	267	69	40	261
Mellomst	66	39	262	38	246	85	25	264	55	34	259	50	42	257	
Lengst	49	44	236	21	33	232	77	33	239	47	38	240	39	42	231
Stillingssektor:															
Privat	66	42	526	30	37	511	84	27	532	53	35	527	53	43	508
Privat/offentlig	64	42	104	37	39	94	83	31	103	52	38	102	57	45	107
Offentlig	51	40	141	31	37	135	84	27	146	47	34	143	49	41	140
Røykevaner:															
Daglig	44	48	50	23	37	48	76	36	49	37	32	50	44	45	48
Av og til	59	44	77	26	36	77	86	26	81	38	35	82	51	44	79
Aldri	65	41	639	32	38	610	84	27	645	54	35	634	54	43	622
Tannpleiere:	71	38	200	39	39	197	83	28	198	58	35	198	62	41	197
Yrkeslengde:															
Kortest	75	37	67	39	38	66	85	25	65	58	34	67	65	40	67
Mellomst	69	40	74	40	40	75	81	30	74	56	36	74	61	42	72
Lengst	69	38	58	39	39	56	84	29	59	62	35	57	60	41	58
Stillingssektor:															
Privat	75	39	60	45	42	58	81	32	60	58	34	61	69	41	61
Privat/offentlig	76	38	71	37	40	70	84	26	69	56	37	69	63	41	69
Offentlig	61	37	67	36	36	68	84	27	68	61	34	67	54	41	66
Røykevaner:															
Daglig	72	37	20	29	37	19	80	32	18	49	34	19	52	41	19
Av og til	78	35	28	52	42	27	87	25	28	50	37	27	68	42	28
Aldri	69	39	149	38	39	149	83	28	150	61	35	150	62	41	148

Indeksen «holdninger til intervensjon i klinikken» (Cronbachs alfa 0,75) er basert på vurderinger av «tannklinikken som egnet arena for tobakksforebyggende arbeid», «hensiktsmessigheten av rutinemessig kartlegging av røykende pasienter» og en vurdering av «om tannhelsepersonell bør engasjere seg i tobakksforebyggende arbeid overfor pasienter».

Dataanalysen

Gjennomsnittsskårer med standardavvik er benyttet i tabell 3. I tabellene 4–7 er andelen som har svart 1, 2 eller 3 på de respektive sjupunkts Likert-skalaene gruppert sammen og presentert. I de samme tabellene benyttes Pearsons r for å vise hver variabels bivariate korrelasjon med indeksen for intervensjonsaktivitet. I tabell 8 er multipl linear regresjon benyttet for å isolere effekt av de enkelte variable under kontroll for andre. Effekten er vist med den standardiserte regresjonskoeffisienten Beta. All signifikanstesting og alle analyser er utført i statistikkprogrammet SPSS.

Resultater

Svarprosent var 68% for tannleger og 61% for tannpleiere. Karakteristika ved utvalgene er vist i tabell 1. Åttititre prosent av tannlegene og 76% av tannpleierne var helt røykfrie (tabell 2). Røyking var noe mer utbredt blant menn, personell med kort varighet i yrke og personer i privat praksis.

Tid til intervensjon

Nittifire prosent av tannpleierne (N = 197) og 87% av tannlegene (N = 835) rapporterte at det ikke var foretatt noen form for arbeidsfordeling når det gjaldt hvem som eventuelt skulle ta opp temaet tobakksbruk med pasientene (ikke i tabellene). Tannpleierne rapporterte at de hadde brukt i gjennomsnitt 18 minutter i løpet av siste uke til å snakke med pasienter om røyking (N = 177), mens tannlegene oppga at de hadde brukt 13 minutter (N = 788). Tannleger som arbeidet minst 80% av sin tid i private klinikker brukte mer tid (16 minutter, N = 512) enn ansatte i offentlige klinikker (8 minutter, N = 172). Det samme var tilfelle

for tannpleiere (21 minutter, N = 58 og 14 minutter, N = 60) (ikke i tabellene).

Tabell 4. Andel tannleger (822–832 svar) og tannpleiere (196–202 svar) som rapporterer ulike ferdigheter innen røykeavvenning (A), og de egenrapporterte ferdighetenes korrelasjon med faktisk intervensjon# (B)

Intervensjon i ulike konsultasjoner

I åtte av ti konsultasjoner hvor pasienten hadde tobakksrelaterte skader i munnhulen, tok tannlegene og tannpleierne opp pasientens røykevaner (tabell 3). I tilfeller der slike skader ikke var synlige, ble det spurt om røykevaner i tre av ti tannlegekonsultasjoner og i fire av ti konsultasjoner med tannpleiere. I konsultasjoner hvor nye pasienter behandles for første gang, ble seks av ti spurt om tobakksvaner av sin tannlege, mens tannpleierne kartla røyking i syv av ti tilfeller. Dersom tannhelsepersonellet hadde kunnskap om at pasienten røykte, ble det gitt informasjon om fordelene ved å slutte i henholdsvis fem av ti og seks av ti konsultasjoner. Med samme hyppighet ble det notert opplysninger om tobakksbruk i pasientjournalen (tabell 3).

Type intervensjon

Ni av ti tannleger og åtte av ti tannpleiere sa at de aldri eller meget sjelden tilbyr selvhjelpsmateriell til røykere som har et ønske om å slutte. Like få informerte potensielle sluttere om Sosial- og

helsedirektoratets røyketelefon. Seks av ti tannleger og tannpleiere rapporterte at de aldri eller meget sjelden anbefaler bruk av nikotinerstatning. Kun 15–18 % gjorde dette regelmessig (ikke i tabellen).

Opplevde ferdigheter

Sju av ti tannleger og åtte av ti tannpleiere oppga at de er i stand til å gi riktig informasjon om helsefordeler ved å slutte å røyke. Langt færre var i stand til å fastslå motivasjon hos potensielle

	Tannleger		Tannpleiere	
	(A) Andel som sier utsagnet passer##	(B) Korrelasjon med intervensjon (r)	(A) Andel som sier utsagnet passer##	(B) Korrelasjon med intervensjon (r)
Jeg vil være i stand til..				
...å fastslå mine pasienters motivasjon for å slutte ganske nøyaktig	33	0,37**	41	0,34**
...å gi riktig informasjon om helsefordeler ved å slutte	71	0,20**	78	0,18*
...å gi passende oppfølging for motiverte 'sluttere'	22	0,24**	31	0,30**
...å gi råd og instruksjoner om bruk av nikotinerstatning	33	0,13**	37	0,24**
...å ha oversikt over de mest effektive metoder for røykeslutt	25	0,21**	24	0,22**

grad av intervensjon er målt med indeks bestående av variablene angitt i kolonne (A) – (E) i tabell 3, samt antall minutter til intervensjon siste uke.

andel som svarer 1, 2, eller 3 på en skala fra 1 (passer helt) til 7 (passer ikke).

** signifikant på 0,01 nivå, * signifikant på 0,05 nivå

Tabell 5. Andel tannleger (807–831 svar) og tannpleiere (194–202 svar) som rapporterer ulike barrierer for intervensjon (A), og de egenrapporterte barrierenes korrelasjon med faktisk intervensjon (B)#

Følgende begrunnelser er foreslått som mulige barrierer for at tannhelsepersonell spør sine voksne pasienter om de røyker.	Tannleger		Tannpleiere	
	(A) Andel som sier utsagnet passer##	(B) Korrelasjon med intervensjon (r)	(A) Andel som sier utsagnet passer##	(B) Korrelasjon med intervensjon (r)
Marker grad av enighet med utgangspunkt i din egen arbeidssituasjon.				
Jeg mener samtaler om røyking tar for lang tid	26	-0,31**	15	-0,26**
Jeg føler jeg mangler kunnskap om effekt på tannhelsen ved røyking	12	-0,25**	12	-0,26*
Jeg føler det ikke er min oppgave å diskutere folks røykevaner	30	-0,46**	22	-0,44**
Jeg mener røyking ikke er årsak til noe vesentlig problem for tannhelsen	7	-0,35**	8	-0,13 ^(is)
Jeg synes det er ubehagelig å spørre folk om deres røykevaner	21	-0,35**	23	-0,33**
Jeg synes ikke det er verd innsatsen fordi så få pasienter klarer å slutte selv om de får hjelp	27	-0,45**	16	-0,30**

grad av intervensjon er målt med indeks bestående av variablene angitt i kolonne (A) – (E) i tabell 3, samt antall minutter til intervensjon siste uke.

andel som svarer 1, 2, eller 3 på en skala fra 1 (passer helt) til 7 (passer ikke).

** signifikant på 0,01 nivå, * signifikant på 0,05 nivå, ^(is) ikke signifikant

Tabell 6. Andel tannleger (821–834 svar) og tannpleiere (199–201 svar) som rapporterer ulike forventninger av intervensjonen (A) og de egenrapporterte forventningenes korrelasjon med faktisk intervensjon (B)#

Tenk deg følgende situasjon og vurder utfallet: Dersom jeg i løpet av de tre neste månedene tar opp røyking med mine pasienter...	Tannleger		Tannpleiere	
	(A) Andel som sier utsagnet passer##	(B) Korrelasjon med intervensjon (r)	(A) Andel som sier utsagnet passer##	(B) Korrelasjon med intervensjon (r)
...vil det føre til at flere pasienter ønsker å slutte	21	0,30**	300	0,36**
...vil det redusere sjansen for tannhelseproblemer hos røykerne	31	0,12**	44	0,04 (is)
...vil jeg gjøre en bedre jobb som tannlege/tannpleier	42	0,31**	63	0,22**
...vil det øke min respekt blant røykerne	20	0,18**	21	0,18*
...vil det føre til økt misnøye hos røykerne	29	-0,19**	27	-0,13 (is)
...vil jeg få dårligere kontakt med røykerne	11	-0,17**	9	-0,14 (is)
...vil pasientene oppfatte meg som en moralist	45	-0,21**	47	-0,10 (is)

grad av intervensjon er målt med indeks bestående av variablene angitt i kolonne (A) – (E) i tabell 3, samt antall minutter til intervensjon siste uke.

andel som svarer 1, 2, eller 3 på en skala fra 1 (passer helt) til 7 (passer ikke).

** signifikant på 0,01 nivå, * signifikant på 0,05 nivå, (is) ikke signifikant

sluttere, tilføre passende oppfølging eller gi råd om nikotinerstatning. Kun en fjerdedel sa de hadde oversikt over effektive metoder for røykeslutt (tabell 4). Både blant tannleger og tannpleiere var det en relativt høy korrelasjon mellom evnen til å fastslå motivasjon for å slutte og den faktiske intervensjonen som utføres i klinikken (henholdsvis $r = 0,37$ og $r = 0,34$).

Barrierer for intervensjon

Tre av ti tannleger anså det ikke som sin oppgave å diskutere pasientenes røykevaner. Omtrent like stor andel mente samtaler om røyking ikke var verd innsatsen fordi så få pasienter likevel klarer å slutte. Imidlertid mente bare 7 % at røyking ikke var en vesentlig årsak til nedsatt tannhelse. Blant tannpleiere var ubehag ved å spørre om røykevaner den hyppigst oppgitte barriere (tabell 5). Om det tilhører yrkesoppgaven å diskutere folks røykevaner, korrelerte høyt med faktisk intervensjonsintensitet i begge yrkesgrupper (henholdsvis $r = 0,46$ og $r = 0,44$).

Forventede konsekvenser av egen intervensjon

Det var moderate forventninger – særlig blant tannleger – til at egen intervensjon vil føre til flere sluttere og bedret tannhelse (tabell 6). Førtito prosent av tannlegene og 63 % av tannpleierne følte likevel de ville gjøre en bedre jobb dersom de i løpet av de neste tre måneder begynte å ta opp røyking med pasienter. Nesten halvparten innen hver yrkeskategori trodde imidlertid en slik intervensjon ville bli oppfattet som moralistisk av pasientene, men svært få mente pasientkontakten ville bli dårligere.

Holdninger til intervensjon i klinikken

Tre av ti tannleger og to av ti tannpleiere syntes tannklinikken var uegnet som arena for å endre folks røykevaner. Blant tannlegene mente 77 % at tannpleierne burde engasjere seg i tobakksforebygging overfor pasientene, mens 63 % mente at tannlegene selv burde gjøre dette. Blant tannpleierne fantes det ingen slik forskjell (tabell 7). Et stort flertall i begge yrkesgrupper mente at tannhelsepersonell burde avstå fra å røyke i løpet av arbeidsdagen av hensyn til pasientene, men denne holdningen korrelerte ikke særlig høyt med intervensjonsintensitet ($r = 0,14$ og $r = 0,13$).

Hva predikerer grad av intervensjon?

Tabell 8 viser bivariat (r) og kontrollert effekt (β) på intervensjonsaktivitet av bakgrunnsvariablene kjønn, varighet i yrke og egne røykevaner, samt de fem uavhengige, kognitive variablene. Separate analyser ble utført for tannleger og tannpleiere. Det var relativt sterke sammenhenger mellom noen av de kognitive variablene og grad av intervensjonsaktivitet.

Blant tannleger hang både opplevde barrierer og holdninger sterkt sammen med grad av intervensjonsaktivitet ($r = 0,51$ og $r = 0,50$), dvs. desto færre barrierer tannlegene opplevde i tilknytning til røykeintervensjon og desto mer positive holdninger til intervensjon, jo høyere var graden av intervensjon. Opplevde intervensjonsferdigheter, forventede positive konsekvenser og forventede negative konsekvenser hang moderat sammen med grad av intervensjonsaktivitet (henholdsvis $r = 0,35$, $r = 0,32$ og $r = -0,24$). Dette betyr at desto bedre ferdigheter, desto flere forventede positive konsekvenser til egen intervensjon og desto færre forventede negative konsekvenser av egen intervensjon, jo høyere grad av intervensjonsaktivitet. Bakgrunnsvariablene korrelerte også signifikant med grad av intervensjonsaktivitet, om enn svakere enn de kognitive variablene. Kvinner, tannleger med kortere yrkeserfaring og tannleger som ikke røykte rapporterte høyere intervensjonsaktivitet.

I regresjonsanalysen er β det samme som den standardiserte regresjonskoeffisienten og gir uttrykk for det unike bidraget fra hver av bakgrunnsvariablene og de fem kognitive variablene, mens R^2 skal fortolkes som den samlede forklaring av et gitt sett av forklaringsvariabler. Regresjonsanalysen ble utført på en hierarkisk måte, dvs. i første trinn ble bakgrunnsvariablene inkludert i modellen og i andre trinn de fem kognitive variablene. På denne måten får vi et uttrykk for hvor mye hver av de to settene av variabler forklarte av variansen i grad av intervensjonsaktivitet.

Blant tannlegene forklarte bakgrunnsvariablene 8 % i første trinn, mens de kognitive variablene forklarte 27 % i tillegg, dvs. at modellen forklarte 35 % av totalvariansen i grad av intervensjonsaktivitet. Det var i særlig grad opplevde barrierer ($\beta = -0,34$) og holdninger ($\beta = 0,22$) som hadde betydning for grad av intervensjonsaktivitet blant tannlegene.

Blant tannpleierne var det et noe annet mønster. De kognitive

Tabell 7. Andel tannleger og tannpleiere som rapporterer ulike holdninger (A), og de egenrapporterte holdningenes korrelasjon med faktisk intervensjon (B)#

Hvor enig er du i følgende påstander:	Tannleger		Tannpleiere	
	(A) Andel som er enig##	(B) Korrelasjon med intervensjon (r)	(A) Andel som er enig##	(B) Korrelasjon med intervensjon (r)
Tannklinikken er uegnet som arena for å endre folks røykevaner	31	-0,39**	19	-0,39*
Røykevaner bør kartlegges rutinemessig for tannlegejournalen	61	0,40**	74	0,34**
Tannleger bør engasjere seg i tobakksforebyggende arbeid overfor pasienten	63	0,41**	73	0,48**
Tannpleiere bør engasjere seg i tobakksforebyggende arbeid overfor pasienten	77	0,32**	76	0,49**
Tannhelsepersonell bør avstå fra å bruke tobakk i løpet av arbeidsdagen	84	0,14**	87	0,13 (is)
Alle arrangementer i Tannlegeforeningens regi bør være røykfrie	77	0,12**	74	0,14 (is)
Alle arrangementer i Tannpleierforeningens regi bør være røykfrie	78	0,12**	75	0,13 (is)

grad av intervensjon er målt med indeks bestående av variablene angitt i kolonne (A) – (E) i tabell 3, samt antall minutter til intervensjon siste uke.

andel som svarer 1, 2, eller 3 på en skala fra 1 (helt enig) til 7 (helt uenig).

** signifikant på 0,01 nivå, * signifikant på 0,05 nivå, (is) ikke signifikant

variablene forklarte mer av variansen enn hos tannlegene, idet disse alene stod for 36% av variansen i grad av intervensjonsaktivitet, mens bakgrunnsvariablene kun stod for 3%. For det andre var det holdninger (beta = 0,38) og opplevde intervensjonsferdigheter (beta = 0,26) som hadde størst betydning isolert sett, selv om også opplevde barrierer hadde signifikant betydning (beta = -0,18), om enn svakere enn hos tannleger.

Diskusjon

Tannhelsepersonell er blitt karakterisert som en ubrukt ressurs for tobakksforebygging i den internasjonale debatten om preventive strategier (9). Undersøkelser fra USA viser at organisasjoner for tannhelsepersonell typisk har utviklet en anbefalt framgangsmåte for påvirkning av tobakksvaner, men at intervensjoner ikke skjer rutinemessig (10). Dette støttes av undersøkelser foretatt blant røykende pasienter, der færre enn en fjerdedel rapporterte å ha mottatt råd om å endre røykevaner (11).

Det finnes både artikler og anbefalte retningslinjer fra autoritative avsendere som angir effektive intervensjonsteknikker som kan brukes av tannhelsepersonell. Det er også utviklet flere opplæringsmoduler til bruk for odontologiske læresteder. Ved noe mindre enn halvparten av tannlegehøgskoler i USA og Europa gis det en eller annen form for undervisning om rådgivning i røykeavvenning (12, 13), men i en undersøkelse av nyutdannede tannleger var det likevel bare 14% som sa at de i løpet av studiet hadde fått praktisere rådgivning (14). Alle utdanningsinstitusjonene forventet likevel at studentene skulle gi råd i tobakksspørsmål til sine framtidige pasienter.

Røykevaner

Andel dagligrøykere blant norske tannleger (7%) og tannpleiere (10%) er betydelig lavere enn befolkningsgjennomsnittet i tilsvarende aldersgrupper (ca. 33%). Den er også lavere enn i yrkes-

grupper med noenlunde tilsvarende utdanningslengde. I Norge er det kun leger som er observert med lavere andel dagligrøykere enn tannleger. En komparativ analyse av røykevaner blant tannleger i EU viste en gjennomsnittsprevalens på 10% (9), mens 11% av mannlige tannleger og 2% kvinnelige rapporterte å røyke daglig i Finland i 1987 (15). I Irland røykte 14% av tannlegene og 20% av tannlegestudentene.

Tannhelsepersonell har omtrent samme andel av-og-til-røykere som resten av den norske befolkningen. I motsetning til dagligrøyking, er lavintensivt tobakksforbruk mer utbredt i befolkningslag med utdanningslengde over gjennomsnittet.

Intervensjonsaktivitet i andre land

Internasjonale undersøkelser av intervensjonsaktivitet blant tannhelsepersonell viser store variasjoner mellom land og regioner. Andel tannleger som oppgir at de «som oftest» eller «alltid» tar opp røyking med pasientene sine varierer mellom 11% og 64% – mye avhengig av spørsmålets ordlyd. De få studiene av tannpleiere viser at en fjerdedel til halvparten rutinemessig snakker med pasienter om røyking.

En australsk undersøkelse viste at 70% av tannlegene mente tobakksintervensjoner tilhørte deres yrkesrolle. Likevel var det bare 14% som rutinemessig kartla tobakksvaner blant sine pasienter, og svært få var i stand til å gi råd om spesifikke teknikker for røykeavvenning (16). Liknende resultater er funnet blant tannhelsepersonell på New Zealand, i EU (9), og i Storbritannia (17). I Storbritannia ble det for øvrig også observert at nyutdannede oftere intervenerte enn personell som allerede hadde tilbrakt en rekke år i yrkeslivet. Dette kan indikere at tobakksproblemet er kommet sterkere inn i undervisningsmodulene ved utdanningsinstitusjonene. Dette funnet støttes av resultater fra Sverige hvor det siden begynnelsen av 1990-årene har vært en klar økning i andel tannleger og tannpleiere som intervensjoner med hensyn til tobakk (9,18). I 1996 ga 36% av tannlegene

og 70% av tannpleierne rutinemessig råd til sine pasienter, mens drøye halvparten av tannlegene og majoriteten av tannpleierne vanemessig registrerte pasientens tobakksvaner for journalen (18).

Intervensjonsaktivitet i Norge

I Norge mener seks av ti tannleger at det tilligger deres rolle å engasjere seg i tobakksforebyggende arbeid overfor pasientene. Tre av ti mener tannklinikken er uegnet som arena for å endre folks røykevaner. Tannpleiere definerer i større grad enn tannleger tobakksforbygging som en del av sin rolleutførelse. Holdningene er

i begge yrkesgrupper høyt korrelert med faktisk intervensjon, og dette kan indikere at aktivitet som tar sikte på å øke intervensjonsaktiviteten bør konsentreres om å endre disse holdningene.

I tilfeller hvor pasienten *ikke* har røykerelaterte skader i munnen, spørres det om røykevaner ved 31% av tannlegekonsultasjonene og 39% av tannpleierkonsultasjonene. Den lave intervensjonsaktiviteten kan imidlertid skyldes at det føles unødvendig å spørre om røykevaner ved gjentatte konsultasjoner av samme pasient. Når tannhelsepersonellet behandler *nye pasienter for første gang* spør tannlegene om røykevaner i 63% av konsultasjonene, mens tannpleierne gjør dette i 71% av tilfellene. Ingen av resultatene kan sammenlignes direkte med de utenlandske, men de indikerer at kartlegging av røykevaner heller ikke blant norsk tannhelsepersonell skjer rutinemessig. Vi må kunne slutte at det også i Norge er et betydelig forbedringspotensial for tobakkspreventivt engasjement fra tannhelsepersonell. Inntrykket støttes av resultatene som viser meget lav aktivitet i de konkrete tiltakene for røykeslutt som det å dele ut selvhjelpsmateriell, anbefale nikotinerstatningsprodukter og informere om «Røyke-telefonen».

En svensk undersøkelse viste at tannleger i gjennomsnitt brukte åtte minutter mer per uke enn de norske til rådgivning om røyking, og at svenske tannpleiere brukte 25 minutter mer per uke enn de norske (8). Forskjellene til Sverige kan skyldes at en egen forening – Tandvård mot Tobak – i en årrekke har vært pådriveren for å sette røyking på dagsorden blant tannhelsepersonell.

Effekter av å øke intervensjonsaktiviteten

Tannhelsepersonell som implementerer minimale tobakksintervensjoner i sin praksis – dvs. spør om røykevaner og om pasienten ønsker hjelp til å slutte – kan ventelig øke slutteraten blant sine pasienter med 4–8%. Dersom et program for røykeavvenning etableres i tannklinikken, kan dette gi slutterater på 10–15% (19). Disse suksessratene for hver enkelt tannlege eller tannpleier kan virke lave, da bare mellom 4–15% av pasientene vil være røykfrie 12 måneder etter intervensjonen. Tjuesju prosent av tannlegene sier da også at de ikke synes det er verd innsatsen, da så få klarer å slutte selv om de får hjelp, og denne holdningen korrelerer høyt med faktisk intervensjon (tabell 2).

Tabell 8. Bivariat og kontrollert effekt på grad av intervensjon# (korrelasjons- og multipl regressjons-analyse)

	Tannleger		Tannpleiere	
	Bivariat (r)	R ² = 0,35 Kontrollert beta	Bivariat (r)	R ² = 0,39 Kontrollert Beta
Kjønn	-0,21**	-0,08*		
Varighet i yrke	-0,25**	-0,10**	-0,09 ^(is)	0,02 ^(is)
Egne røykevaner	0,12**	0,00 ^(is)	0,02 ^(is)	-0,07 ^(is)
Egenrapporterte ferdigheter	0,35**	0,13**	0,40**	0,26**
Opplevde barrierer	-0,51**	-0,34**	-0,42**	-0,18**
Forventede positive konsekvenser	0,32**	0,00 ^(is)	0,30**	0,01 ^(is)
Forventede negative konsekvenser	-0,24**	0,02 ^(is)	-0,23*	0,03 ^(is)
Holdninger til intervensjon i klinikken	0,50**	0,22**	0,55**	0,38**

grad av intervensjon er målt med indeks bestående av variablene angitt i kolonne (A) – (E) i tabell 3, samt antall minutter til intervensjon siste uke.

** signifikant på 0,01 nivå, * signifikant på 0,05 nivå, ^(is) ikke signifikant

Det aggregerte resultatet på befolkningsnivå vil likevel kunne bli formidabelt fordi tannhelsepersonell hvert år blir konsultert av nærmere én million røykere (personlig kommunikasjon, informasjonssjef Reidun Stenvik, Den norske tannlegeforening 23.12.02). Resultatet er imidlertid avhengig av at tannhelsepersonell evner å identifisere de om lag 80% av røykepopulasjonen som faktisk har et reelt ønske om å slutte, og deretter gi disse noen enkle råd for hvordan de best bør handle (minimal intervensjon).

Barrierer for intervensjoner og løsningsstrategier

Mangel på tid blir rapportert som en hindring for intervensjon. Andre undersøkelser har vist at tannleger tar seg tid til å spørre om pasientenes røykevaner og eventuelle motivasjon for å slutte når de har mulighet til å videreformidle vedkommende til et terapeutisk mottak for røykeavvenning (8). Slike mottak er per dato lite utbygd i Norge, men bør være et helsepolitisk område for framtidig satsing. Det kan også vise seg tidsbesparende å fordele oppgavene slik at tannlegen kartlegger røykevaner og motivasjon for å slutte, mens tannpleier i større grad engasjerer seg i den praktiske rådgivningen for pasientene. Sosial- og helsedirektoratet har i samarbeid med fylkeslegene i lang tid arrangert kurs for helsepersonell som ønsker å oppgradere sin kunnskap i intervensjonsteknikker, og disse burde bli markedsført også for tannpleiere.

Kurs av denne type har vist seg å bygge ned ubehaget som enkelte føler når de innlater seg på å spørre om en personlig atferd som røyking. Frykt for negative reaksjoner hos pasientene er identifisert i flere undersøkelser (20), men ser ut til å være uberegtiget ifølge tannhelsepersonellens egne erfaringer. Av dem som hadde erfaringer med intervensjoner, hadde 6% av tannlegene (N = 792) og 3% av tannpleierne (N = 195) mottatt negative pasientreaksjoner, mens henholdsvis 37% og 31% rapporterte positiv respons. Det øvrige flertallet hadde ikke mottatt reaksjoner av spesiell karakter.

Regresjonsanalysen

Regresjonsmodellen passet noe bedre for tannpleierne enn for tannlegene, idet den forklarte henholdsvis 39% og 35% av variasjonen i intervensjonsaktivitet. Forskjellene mellom tannleger og

tannpleiere kan særlig tilskrives de fem kognitive variablene (36% vs. 27%). Det innebærer at de fem kognitive variablene lettere kan forutsi grad av intervensjonsaktivitet hos tannpleierne enn hos tannlegene. Resultatene viser også at hvis en skal øke intervensjonsaktiviteten hos tannlegene, er det først og fremst fornuftig å minske deres opplevelse av at det eksisterer barrierer for å drive røykeintervensjon; dernest bør en fokusere på deres holdninger til klinikkintervensjon, dvs. hvordan de vurderer og bedømmer slik intervensjon. For tannpleierne viser resultatene at det først og fremst bør satses på å styrke deres holdninger til klinikkintervensjon og dernest styrke deres opplevelse av egne ferdigheter til å intervenere.

Metode

Den noe lavere svarprosenten blant tannpleierne (61%) kan skyldes at spørreskjemaet til medlemmene ble distribuert som et vedlegg i medlemsbladet og ikke sendt i egen konvolutt slik tilfellet var for tannlegene (svarrespons 68%).

Resultatene må også tolkes i lys av at undersøkelsen var frivillig, og at ønsket om mulighet for å purre ikke var forenlig med full anonymitet hos respondent. Dette kan ha selektert tannhelsepersonell med interesse for undersøkelsens tema. Bortfallet vil sannsynligvis være overrepresentert av personell som ikke har mye tobakkspreventiv aktivitet å vise til og dermed ha produsert et «for godt» resultat i undersøkelsen.

Konklusjon

Tannhelsepersonell er en ubrukt ressurs i arbeidet mot tobakkskadene. Det er et forbedringspotensial i intervensjonsaktivitet overfor pasienter, idet spørsmål om røyking først stilles rutinemessig når pasientene allerede har utviklet symptomer på tobakksrelaterte sykdomstilstander i munnen. I konsultasjoner hvor nye pasienter behandles for første gang, blir seks av ti spurt om tobakksvaner av sin tannlege, mens tannpleier kartlegger i syv av ti tilfeller. Resultatene indikerer at intervensjoner bør ha noe forskjellig fokus for tannleger og tannpleiere hvis en ønsker å få tannhelsepersonell til å ta opp røykespørsmål med pasientene.

English summary

Lund KE, Lund M, Rise J.

Smoking prevention in Norwegian dental care. Results from a national survey among dentists and dental hygienists

Nor Tannlegeforen Tid 2003; 113: 168–76.

A questionnaire was mailed to a random sample of 1 500 Norwegian dentists (response rate 68%) and the entire population of 522 dental hygienists (response rate 61%). 83% of the dentists and 76% of the dental hygienists did not smoke at all.

The average amount of time spent on counselling patients on smoking was 18 minutes per week among dental hygienists and 13 minutes among dentists. When examining patients with symptoms of smoking related oral diseases, eight of ten in both groups took up smoking behaviour as an issue. In cases where no such signs were discovered, patients were screened for smoking habits in three of ten consultations by the dentist and four of ten consultations by the dental hygienists. In consultations with new patients, six of ten were asked about smoking by the dentists and

seven of ten by the dental hygienists. Expectations from interventions on the patient's willingness to quit and improvement of dental health status were modest to low – particularly among dentists.

Cognitive variables explained much more of the variance in the intervention activity than background variables, but the pattern was somewhat different for dentists and dental hygienists.

As in most other developed countries, there is a potential for improvement of tobacco preventive efforts among Norwegian dental personnel. By focusing on the large outcome on the aggregate level, misconceptions of effects from interventions might be reduced and dental personnel may become more engaged.

Referanser

1. Townsend J, Roderick P, Cooper J. Cigarette smoking by socio-economic group, sex and age: effects of price, income and health publicity. *Br Med J* 1994; 309: 923–7.
2. Blot WJ, McLaughlin JK, Winn DM, Austin DF, Greenberg RS, Preston-Martin S, et al. Smoking and drinking in relation to oral and pharyngeal cancer. *Cancer Res* 1988; 48: 3282–7.
3. Winn DM, Blot WJ, Shy CM, Pickle LW, Toledo A, Fraumeni JF, Jr. Snuff dipping and oral cancer among women in the southern United States. *N Engl J Med* 1981; 304: 745–9.
4. Lewin F, Norell S, Johansson H, Gustavsson P, Wennerberg J, Bjöklund A, Rutqvist LE. Smoking tobacco, oral snuff, and alcohol in the etiology of squamous cell carcinoma of the head and neck: a population-based case-referent study in Sweden. *Cancer* 1998; 82: 1367–75.
5. Schildt EB, Eriksson M, Hardell L, Magnuson A. Oral infections and dental factors in relation to oral cancer: a Swedish case-control study. *Eur J Cancer Prev* 1998; 7: 201–6.
6. Lund KE, Andersen M, Bakke P, Gallefoss, F, Helgason A. I hvor stor grad snakker helsepersonell med småbarnsforeldre om passiv røyking. *Tidskr Nor Lægeforen*; 2000; 120: 1616–21.
7. Helgason AR, Lund KE. General practitioners' perceived barriers to smoking cessation. Results from four Nordic countries. *Scand J Public Health*, 2002; 30: 141–7.
8. Helgason AR, Lund KE, Adolfsson J, Axelsson S. Tobacco prevention in Swedish dental care – results from Stockholm county. *Community Dent Oral Epidemiol*. In press.
9. Allard RH. Tobacco and oral health: attitudes and opinions of European dentists; a report of the EU working group on tobacco and oral health. *Int Dent J* 2000; 50: 99–102.
10. Tomar SL. Dentistry's role in tobacco control. *J Am Dent Assoc* 2001; 132 (suppl: 30S–35S).
11. Martin LM, Bouquot JE, Wingo PA, Heath CW. Cancer prevention in the dental practice: oral cancer screening and tobacco cessation advice. *J Public Health Dent* 1996; 56: 336–40.
12. Barker GJ, Williams KB. Tobacco use cessation activities in US dental and dental hygiene student clinics. *J Dent Educ* 1999; 63: 828–33.
13. McCartan BE, Sadlier D, O'Mullane DM. Smoking habits and attitudes of Irish dentists and dental students. *J Ir Dent Assoc* 1993; 39: 26–9.
14. Rankin KV, Jones DL, McDaniel RK. Oral cancer education in dental schools: survey of Texas dental students. *J Cancer Educ* 1996; 11: 80–3.
15. Telivuo M, Vehkalahti M, Lahtinen A, Murtomaa H. Finnish dentists as tobacco counsellors. *Community Dent Oral Epidemiol* 1991; 19: 221–4.
16. Rikard-Bell G, Ward J. Australian dentists' educational needs for smoking cessation counseling. *J Cancer Educ* 2001; 16: 80–4.

17. John JH, Yudkin P, Murphy M, Ziebland S, Fowler GH. Smoking cessation interventions for dental patients – attitudes and reported practices of dentists in the Oxford region. *Br Dent J* 1997; 183: 359–64.

18. Uhrbom E, Bjerner B. Tandvårdspersonalets tobaksvanor och tobaksförebyggande arbete. Svenska enkäter 1991 och 1996. *Tandläkartidningen* 1997; 89: 47–53.

19. Garvey AJ. Dental office interventions are essential for smoking cessation. *J Mass Dent Soc* 1997; 46: 16–9.

20. Gerbert B, Coates T, Zahnd E, Richard RJ, Cummings SR. Dentists as smoking counselors. *J Am Dent Assoc* 1989; 118: 29–32.

Søkeord for nettsversjon: www.tannlegetidende.no: Forebygging; Informasjon; Spørreundersøkelse; Tannhelsepersonell; Tobakk

Adresse: Karl Erik Lund, Statens institutt for rusmiddelforskning, Postboks 565, Sentrum, 0105 Oslo. E-post: kel@sirus.no