

Institutt for klinisk odontologi, Universitetet i Tromsø

Tobakksintervensjon blant norske tannleger

En studie av norske tannlegers arbeid med tobakksintervensjon

Harald Iversen, Lars Fredrik Ro Klouman, John Helgesen

Masteroppgave i odontologi, kull 2010

Veileder: Jan-Are K. Johnsen, PhD

Innholdsfortegnelse

Forord	3
Innledning.....	4
Tobakk i globalt og nasjonalt perspektiv	4
Nasjonale utfordringer og skadeeffekt	5
Nikotinets vanedannende effekt	7
Noen intervensjonsmodaliteter.....	7
Tannhelsetjenestens rolle i tobakksavvenning	8
Tannlegers engasjement i røykeslutt	9
Material og metode.....	9
Resultater.....	12
Diskusjon.....	19
Begrensninger i studien	24
Konklusjon	25
Referanseliste	26

Forord

Vår masteroppgave omhandler tobakksavvenning i den norske tannhelsetjenesten. Dette er et tema som vi synes er viktig, da tobakk har en kjent skadeeffekt på munnhulen. Vi er også av den oppfatning at tannlegeutdanningene i for liten grad tilbyr opplæring i dette, og at vi selv ikke er rustet til å møte dette i en klinisk hverdag. Tannleger er i en situasjon hvor de har mulighet til å se pasientene sine hyppig, og dette mener vi gir et godt grunnlag for å hjelpe pasienter med tobakksavvenning.

Vår veileder under denne masteroppgaven har vært psykolog Jan-Are K. Johnsen, førsteamanuensis ved Institutt for klinisk odontologi. Vi ønsker også å sende en stor takk til kommunikasjonssjef Morten Rolstad i tannlegeforeningen, som har vært delaktig som tannlegeforeningens representant. Vi vil også takke alle som svarte på spørreundersøkelsen.

Innledning

Levekårsundersøkelsen fra 2008 viste at 77 % av alle spurte over 16 år har vært hos tannlegen minst en gang de siste to år⁽¹⁾. Dette betyr at tannleger/tannpleiere ser mange pasienter, og at de ser samme pasient ofte. Dermed har disse yrkesgruppene mulighet til å få innsikt i pasientens livsstil og levemåte. Tannhelsepersonell ser ofte skadene av tobakksbruk, eller hvordan eksisterende oral sykdom forverres av dette. Tannlege er en yrkesgruppe som pasienter har høy tiltro til⁽²⁾, og dette stiller tannleger i en posisjon der de har gode forutsetninger for å drive tobakksavvenning.

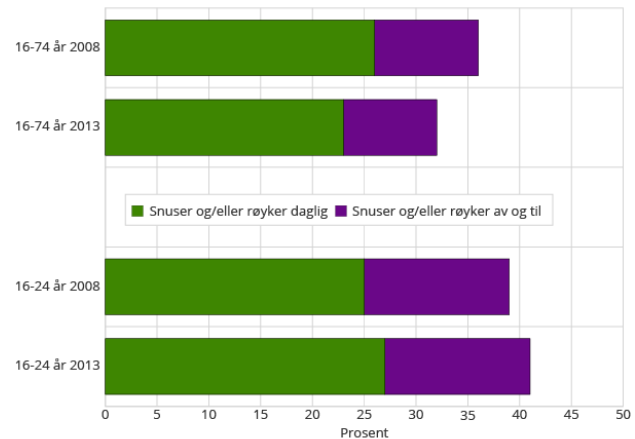
Tobakk i globalt og nasjonalt perspektiv

Tobakksbruk er utbredt i store deler av verden, og utgjør et omfattende helseproblem. Sigarettøyking utgjør 65-58 % av det totale tobakksforbruket⁽³⁾, og om lag en milliard mennesker konsumerer tobakk i form av røyk⁽⁴⁾. Tall fra WHO estimerer at tobakk tar livet av over 6 millioner mennesker årlig, og at 10 % av disse dødsfallene skyldes passiv/indirekte tobakkspåvirkning⁽⁴⁾. Tallet er forventet å stige til 8 millioner innen år 2030⁽⁴⁾. WHO angir også at tobakk vil ta livet av opptil 50 % av sine brukere.

Tobakksbruk er en sentral årsak til utvikling av flere typer sykdommer, og dødsfall knyttet til disse. Bruk av tobakk i form av røyk er på verdensbasis direkte ansvarlig for 71 % av alle dødsfall relatert til lungekreft⁽⁵⁾. Førtito prosent (42 %) av alle tilfeller av kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) knyttes til røyking⁽⁵⁾. Ikke-smittsomme sykdommer som ikke skyldes røyking primært, har økt dødelighet dersom personen røyker. For krefttilstander og sykdomstilstander i respirasjonssystemet er tobakk knyttet til henholdsvis 22 og 36 % av dødsfallene⁽⁵⁾. Tobakksbruk i form av røyking øker også dødeligheten for smittsomme infeksjonstilstander.

I følge statistisk sentralbyrå brukte 15 % av den norske befolkningen tobakk i form av røyk, og 9 % i form av snus, daglig i 2013⁽⁶⁾. Av befolkningen som benyttet tobakk i form av røyk, av og til, var tallet 9 %, og 4 % for snus⁽⁶⁾. I 2013 benyttet totalt 32 % av befolkningen (16-74 år) seg av tobakk daglig eller av og til, mot 36 % i 2008⁽⁷⁾ (se Figur 1). Tallene for

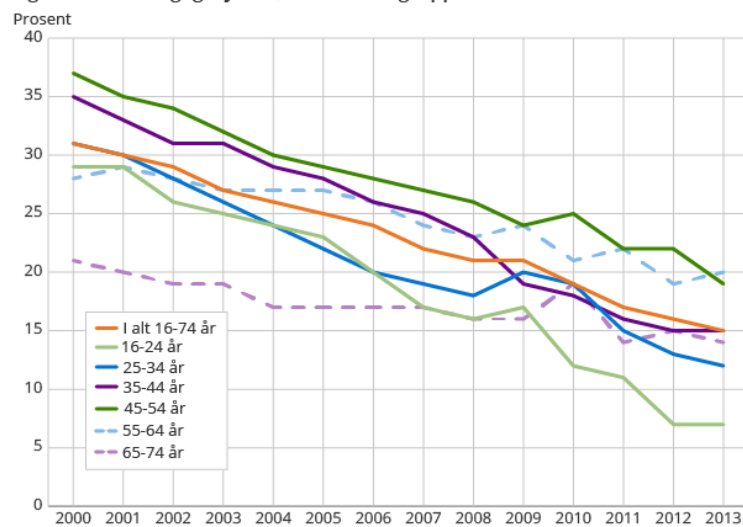
Figur 1. Andel tobakksbrukere daglig og av og til, etter alder. 2008 og 2013



Kilde: Statistisk sentralbyrå.

røyking er historisk lave. I 1973/74 var den totale andelen voksne røykere (16 – 74 år) 52 % for menn og 32 % for kvinner⁽⁸⁾. Antallet røykere har sunket drastisk siden år 2000, og totalantallet røykere har siden da omtrent blitt halvert⁽⁷⁾ (se Figur 2). Siden år 2000 har antallet som benytter tobakk i form av røyking daglig blitt redusert fra 24 og 22 % til 8 og 12 % for henholdsvis gutter og jenter⁽⁸⁾ i alderen 16-24 år. Fra 2006 til 2009 økte derimot andelen som snuser daglig (alle aldersgrupper/kjønn) økt fra 6 til 9 %⁽⁷⁾.

Figur 2. Andel dagligrøykere, etter aldersgruppe



Kilde: Statistisk sentralbyrå.

I 2013 benyttet totalt 21 % av aldersgruppen 16-24 år snus daglig⁽⁷⁾, og 9 % av aldersgruppen bruker snus av

og til. For menn var tallet i denne aldersgruppen dobbelt så høyt som for kvinner⁽⁷⁾. Trenden synes med dette i å gå mot en økning i snusbruk blant unge, og en nedgang i røyking totalt.

Nasjonale utfordringer og skadeeffekt

Tobakk har store sosioøkonomiske konsekvenser. Tobakk fører til sykdom, som i sin tur fører til tapt arbeidskapasitet, tapte skatteinntekter og tapt verdiskaping⁽⁹⁾. NOU (Norges offentlige

utredninger) hevdet i en rapport fra 2006 at man i 2003 hadde 6698 *dødsfall* som var direkte relatert til røyking. Dette svarte til 72483 tapte leveår med datidens forventede levealder.

Helsedirektoratet har beregnet at røyking årlig koster den norske stat 80 milliarder kroner, basert på tap av opptil 180 000 kvalitetsjusterte leveår⁽¹⁰⁾. Videre legges det fram at røyking koster 8 milliarder kroner (tilsvarende statens inntjening i skatt og avgift på tobakk) i kostnader for helsevesenet på grunn av økt sykkelighet og tidlig død⁽¹⁰⁾. Nedgangen i røyking de siste 20 årene har bidratt til en kostnadsbesparelse på 25 milliarder årlig, og videre reduksjon i røyking vil gi en besparelse på 2-3 milliarder per prosentpoeng⁽¹⁰⁾.

Tobakksbruk er for lengst dokumentert som skadelig⁽¹¹⁾, og skadeeffektene er kjent for de fleste brukerne. Vanlige skader av tobakk i form av røyking er hjerte-/karsykdom, KOLS og maligne sykdomstilstander. Også røykere som kun røyker av og til er utsatt for skader. Som tannlege kan man også se orale manifestasjoner av disse tobakkskadene. Kreft i munnhulen, herunder plateepitelcarcinom, har en økende insidens i vesteuropeiske land⁽¹²⁾. I perioden 2003 til 2007 var insidensraten for oral cancer 7,6 pr 100 000⁽¹³⁾. For perioden 2008-2012 har denne steget til 8,1 pr 100 000⁽¹³⁾. Røyking er, sammen med alkohol, en viktig predisponerende faktor for oral cancer. Ved å redusere bruken av tobakk i form av røyk, vil man anta at insidensen for oral kreft kan avta.

Tobakk i form av snus/tyggetobakk er mindre skadelig enn røyk. Det er ingen klar sammenheng mellom bruk av snus, og kreft i munnhulen⁽¹²⁾, og snus er enda ikke satt i klar sammenheng med plateepitelcarcinom i øsofagus eller ventrikkelen⁽¹⁵⁾⁽¹⁴⁾, selv om studier i økende grad peker i denne retning⁽¹⁶⁾. Snus er derimot satt i sammenheng med kreft i bukspyttkjertelen⁽¹⁷⁾. En større studie kartla dette ved å følge 125 000 ikke-røykende bygningsarbeidere, hvorav 37000 brukte snus. Resultatene viser at det er dobbelt så stor sjanse for kreft i bukspyttkjertel om man snuser, enn om man ikke snuser⁽¹⁷⁾.

Snusbrukere vil også kunne utvikle slimhinneforandringer, for eksempel i form av leukoplakier. De fleste forandringer er reversible, og malignitetspotensialet for disse er ikke undersøkt i tilstrekkelig grad. Gingivale retraksjoner er en vanlig skade ved bruk av snus. Denne er ikke reversibel, og kan være skjemmende for pasienten. Misfargede tenner er også en vanlig konsekvens av snusbruk.

Nikotinets vanedannende effekt

Tobakk slik vi kjenner den framstilles i hovedsak fra *Nicotiana Tabacum*, og den globale tobakksproduksjonen var i 1997 på 5,9 millioner tonn⁽¹⁸⁾. Ved bruk av tobakk i form av røyk, inhaleres nikotinet, og dette tas opp i blodet via lungene. Nikotinet når da hjernen i løpet av 10-19 sekunder⁽¹⁹⁾. Nikotin er et sentralstimulerende stoff, og har evne til å framkalle eufori/velbehag hos bruker. Dette skjer ved økt signalaktivitet i dopaminerge synapser i det mesolimbiske system. Økt mengde dopamin gir følelse av velbehag/eufori. Denne effekten er også grunnlag for den vanedannende virkningen. Nikotin er sterkt toksisk, og LD₅₀ er ca. 60 mg (0,8 mg/kg) ved oralt inntak⁽²⁰⁾.

Resultatene fra en metastudie om hvorvidt røykeslutt på egenhånd lykkes, viser at å bryte en tobakksvane er vanskelig for de fleste brukerne⁽²¹⁾. Studien viste at etter seks måneder fra forsøkt røykeslutt var 13,2 % røykfrie, men nødvendigvis ikke røykfrie fra dag nummer en. Kun 4,9 % hadde ikke røyket siden sluttdato. Etter 12 måneder var 13,9 % røykefrie, og 4,2 % av disse hadde ikke røyket siden de bestemte seg for å slutte. Dette er lavere enn for røykeslutt knyttet til *etablert program/klinisk setting*. Under etablerte og formelle omstendigheter (for eksempel røykesluttsprogram via Frisklivscentralen) klarer 20 % å slutte å røyke. Enkelte studier viser en sluttprosent på over 30 (Glasgow og Lichtenstein 1987, Schwartz 1987, referert i denne artikkelen). Studien viste videre at tilbakefall for gruppen som var totalt røykfri etter 6 måned, og som ikke hadde røyket de første 6 måneder, varierte mellom 7-35 %, med en median på 24 %.

Noen intervensjonsmodaliteter

Substitusjonsterapi betyr i praksis å få nikotin fra en annen kilde (enn tobakk). Ulike nikotinpreparater kan i dag kjøpes fritt på butikk og apotek. Eksempler på disse er tyggegummi, sublingualspray, nikotindrops, inhalatorer og depotplaster⁽²²⁾.

Substitusjonsterapi kan i følge litteraturen øke sjansen for røykeslutt med 50 – 70 %⁽²³⁾. Studien viser videre at den mest effektive substitusjonsterapien er todelt; langvarig og stabil tilførsel av nikotin, via for eksempel depotplaster, i kombinasjon med preparat for raskt opptak av nikotin ved akutt nikotinsug – for eksempel tyggegummi/sublingualspray. I følge studien gir også substitusjonsterapi en tilleggseffekt ved medikamentell behandling med bupropion.

Medikamentell behandling kan være et nyttig hjelpemiddel for å bryte tobakksvanen. Det er i hovedsak to medikamenter som benyttes i dag; Vareniklin og Bupropion. Disse skrives ut av

fastlege, og er reseptbelagte^(24,25,26). Studier viser at Vareniklin gir 2-3 ganger økt sannsynlighet for vellykket røykeslutt⁽²⁶⁾

Motiverende intervju (MI) er en psykoterapeutisk metode som kan bidra til å initiere adferdsendring hos pasienten. Dette er en teknikk som baserer seg på aktiv samtale, hvor behandleren stiller spørsmål og framkaller refleksjon hos pasienten. Gjennom samtalen vil man sammen med pasienten avdekke uoverensstemmelse mellom adferd (røyking) og ønsket adferd (ikke-røyking). Videre vil man kunne øke motivasjonen for å redusere uoverensstemmelsen. Hensikten med samtalen er ikke å argumentere mot pasienten, eller foreslå løsninger på problemet, da dette vil kunne øke motstanden mot adferdsendring⁽²⁷⁾. Det grunnleggende premiss i MI er at pasienten føler at han blir forstått og at behandler klarer å utvise empati.

Minimal intervensjon er å spørre om pasienten bruker tobakk, om pasienten ønsker å slutte og hvis ja – tilby å arrangere hjelpetiltak. Hjelpetiltak kan for eksempel være henvisning til fastlege eller informasjon om nikotinpreparater.

Tannhelsetjenestens rolle i tobakksavvenning

Rapporten ”Helsedirektoratets plan for et systematisk og kunnskapsbasert tilbud om røyke- og snusavvenning”⁽²⁸⁾ fra 2012 er en nasjonal plan for tobakksavvenning i helsetjenesten. Her settes det fokus på at tobakksavvenning ikke er en systematisk del av helsetjenesten, og at eksisterende tilbud er varierende i kvalitet. Rapporten melder at WHO i sin gjennomgang av tobakksforebygging i Norge i 2010 fastslo at ”*det finnes ingen nye retningslinjer for tobakksavvenning, minimal intervensjon og behandling av tobakksavhengighet basert på vitenskapelig dokumentasjon. Materiell om tobakksavvenninger ikke oppdatert og ikke systematisk distribuert*” - til tross for at tobakksavvenning er et politisk prioritert område. Rapporten trekker fram at idealet er undervisning i røyking/røykeslutt for medisinstudenter. Tannlegestudenter nevnes ikke i denne rapporten.

Det påpekes videre at det fantes dårlige system for refusjon. Dette er dels forbedret for tannhelsepersonell, med innføring av refusjon for ”Eventuelle tiltak for røykeavvenning når dette utføres i forbindelse med subgingival depurasjon” i takst 501 (innslagspunkt 6, periodontitt). Denne taksten kan også benyttes av tannpleier⁽²⁹⁾.

Tannlegers engasjement i røykeslutt

En undersøkelse av SIRUS (Statens institutt for rusmiddelforskning) i 2003 kartla norske tannlegers og tannpleieres arbeid med tobakksforebygging. Tannleger og tannpleiere oppga å bruke henholdsvis 13 og 18 minutter per uke på tobakksforebygging/snakke om tobakk. Tannlegene snakket om tobakk med pasientene i 80 % av tilfellene hvor tobakksskade var synlig, og 88 % mente de hadde tilstrekkelig kunnskap om tobakkens skadeeffekt.

Nitti prosent (90 %) av tannlegene oppga å aldri tilby selvhjelpsmateriell, eller å informere om Røyketelefonen. Seksti prosent (60 %) anbefalte sjelden, eller aldri nikotinpreparater (som tyggegummi/ plaster), mens kun 15-18 % anbefalte dette regelmessig. Kun 25 % oppga å ha oversikt over effektive metoder for røykeslutt. Tretti prosent (30 %) mente at røykesluttsarbeid ikke var tannlegens oppgave, og dette hadde moderat korrelasjon ($r = .46$) med faktisk intervensjonsintensitet. Det samme antall mente at klinikken ikke var et velegnet sted for slik aktivitet. Førtifem prosent (45 %) oppga at de ville bli sett på som moraliserende av pasienten, om de engasjerte seg i tobakkslutt. Tjueseks prosent (26 %) mente at engasjement rundt tobakk tok for lang tid⁽³⁰⁾. Undersøkelsen fra 2003 viser at det er stort potensial for forbedring i tannhelsetjenesten med tanke på tobakksavvenning. Tidligere forskning⁽³⁰⁾ har vist at norsk tannhelsepersonell har mangelfull kunnskap om tobakksavvenning som teknikk. Kun 25 % oppgav å ha oversikt over effektive metoder for tobakksavvenning, og kun seks av ti tannleger anbefalte nikotinsubstitutt til sine pasienter, der dette var aktuelt.

Målet med vår studie er å kartlegge norske tannlegers tiltak i tobakksavvenning hos pasienter, hvilken holdning de har til dette og hva som eventuelt er barrierer for slikt engasjement. Vi ønsker også å kartlegge norske tannlegers selvrapporterte kompetanse i tobakksavvenning, og i hvor stor grad de lykkes med tobakksavvenning. Vi tror at selvrapportert kunnskapsnivå i tobakksavvenning er lav hos tannleger, og at det er en sammenheng mellom egenrapportert kompetanse i tobakksavvenning og hvor mange pasienter som hjelpes/veiledes i tobakksavvenning. Vi tror også at det er en sammenheng mellom egenrapportert kompetanse, og i hvor stor grad tobakksavvenningen rapporteres å ha effekt.

Material og metode

Denne studien er en kvantitativ studie utført av tre masterstudenter i Odontologi fra Universitetet i Tromsø, i samarbeid med Den norske tannlegeforening (NTF). Vi har valgt en kvantitativ metode basert på elektronisk spørreskjema fordi målet med studien er ikke å

innhente dybdekunnskap fra få, men generell kunnskap om temaet, fra en større gruppe respondenter. Dette fører til en større ytre validitet, og ved å velge en kvantitativ metode kan man på kortere tid samle inn mer data enn ved for eksempel intervju. Grunnen til at vi valgte å utføre studien elektronisk er at dette er mer effektivt enn papirspørreskjema. Før studien kunne iverksettes ble prosjektplan og spørreskjema sendt til Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) for framleggsvurdering. Prosjektet ble vurdert som «ikke søkepliktig».

Data ble innhentet ved hjelp av et elektronisk spørreskjema distribuert via Questback⁽³¹⁾. NTF sørget for utsendelse av spørreskjemaet på e-post til alle registrerte medlemmer via egne medlemslister. E-posten inneholdt informasjon om tema og hensikten ved studien, samt en elektronisk lenke til spørreskjemaet. Deltagelse i undersøkelsen var frivillig og svarene var anonyme og ikke sporbare.

Spørreskjemaet består av 18 spørsmål, og første del innhenter demografiske opplysninger, og bakgrunnsinformasjon som alder, når ble avsluttende eksamen tatt, kjønn, hvor tannlegen har sin hovedbeskjeftigelse, godkjent spesialist, nåværende/tidligere røyke- og snusvaner, og informasjon om hvor mange pasienter de har hjulpet/veiledet i tobakksavvenning det siste året. Deretter kommer det deler som omhandler tannlegens opplevelse av kompetanse innen tobakksavvenning (4 spørsmål), tannlegens holdning til dette (4 spørsmål), i hvilken grad de føler de lykkes med arbeidet (4 spørsmål) og om det finnes barrierer som gjør tobakksavvenning vanskelig (3 spørsmål). Dette besvares på en skala fra 1 til 5, der 1 er helt uenig, og 5 helt enig. Se Tabell 1 for en oversikt. Det ble i tillegg laget spørsmål rundt hvilke metoder som ble benyttet for å hjelpe pasienter med tobakksavvenning, som skulle besvares med ja/nei. Dette for å se hvilke tiltak som brukes av tannleger, og samtidig se hvilke som fører til høyere/lavere suksess. Se Tabell 2.

Svarene fra spørreskjemaene ble utlevert fra NTF til studentene, og programmet SPSS⁽³²⁾ ble benyttet til statistiske analyser, og sammenligning av data. Data ble analysert ved hjelp av deskriptive analyser, korrelasjonsanalyse, kji-kvadrat og regresjonsanalyse.

Tabell 1. Tematiske kategorier og spørsmål i spørreskjema

Kompetanse.	1: Jeg fikk tilstrekkelig opplæring om tobakksavvenning under studiet
	2: Jeg som tannlege har nok kunnskap om tobakk og tobakksintervensjon for pasienter
	3: Jeg opplever at min kompetanse er for lav til å drive med tobakksavvenning
	4: Jeg er kjent med evidensbaserte metoder for tobakksavvenning
Holdning.	1: Jeg spør alltid nye pasienter om deres tobakksvaner, og noterer dette i journalen
	2: Jeg mener tobakksavvenning hører hjemme i andre deler av helsetjenesten
	3: Jeg synes tobakksavvenning er en viktig del av odontologien
	4: Det er viktig for meg å drive tobakksavvenning i klinikken
Barrierer.	1: Jeg synes det er for liten tid til å jobbe med tobakksavvenning
	2: Tobakksvaner/-avvenning er et ubehagelig tema å ta opp med pasienter
	3: Jeg opplever at mine pasienter ikke ønsker å slutte
	4: Tobakksavvenning er økonomisk ulønnsomt
Grad av suksess.	1: Jeg opplever at mine pasienter lykkes fullstendig med tobakksavvenning under min veiledning
	2: Jeg opplever at mine pasienter reduserer tobakksbruket under min veiledning
	3: Jeg opplever å ikke lykkes med tobakksavvenning

Tabell 2: Spørsmål om intervensjonsmodaliteter

Benytter du følgende tiltak i tobakksavvenningen? (Ja/nei)

- 1: Informerer om økonomisk effekt av å slutte med tobakk
- 2: Informerer om tobakkens effekt på generell/oral helse
- 3: Informerer om negative sosiale konsekvenser (misfarging, dårlig ånde, passiv røyking)
- 4: anbefaler snus i stedet for røyk, om dette er aktuelt
- 5: Henvisning til fastlege
- 6: Henviser til røyketelefonen
- 7: anbefaler nikotinsubstitutt (plaster, tyggis etc.)
- 8: Utfører motiverende intervju

Resultater

Vi ser at det er et knapt flertall av kvinner (55 %) som har svart på denne undersøkelsen. Et flertall av respondentene er privat ansatt (67 %), allmenntannleger (88 %) og har ikke deltatt på kurs eller etterutdanning (93 %). Flertallet av deltagerne ble utdannet mellom 2000 og 2009 (30 %). Tabell 3 gir en oversikt angående yrkesmessige forhold.

Tabell 3. Yrkesmessige forhold

Kjønn	Kvinner	819
	Menn	663
Ansettelsesforhold	Offentlig	476
	Privat	967
Etterutdanning	Deltatt	97
	Ikke deltatt	1381
Spesialiststatus	Allmenntannlege	1322
	Spesialist	168

Tabell 4 viser en oversikt over respondentenes utdannelsesår, inndelt i tiårs-kohorter. Vi ser at flertallet er utdannet fra 2000 – 2009.

Tabell 4. Utdannelsesår for deltagerne

Utdannet	-1970	1970 – 1979	1980 – 1989	1990 – 1999	2000 – 2009	2010-
Antall	30	208	273	272	443	264

Av tannlegene som svarte på undersøkelsen var det 3 % som var røykere og 27 % som hadde røyket tidligere. 8,7 % av tannlegene var faste snusbrukere, mens 9,3 % hadde tidligere vært brukere. Av tannlegene som tidligere hadde vært røykere, oppgav 72 % å ha sluttet på grunn av kunnskapen om skadevirkningen fra røyk. Tabell 5 viser respondentenes tobakksvaner.

Tabell 5. Deltagernes egenrapporterte tobakksvaner

Tobakksvaner	Fast bruker	Tidligere brukt	Aldri brukt
Røyk	32	399	1055
Snus	129	138	1212

Vi ønsket å vite noe om hvilke tiltak/intervensjonsmodaliteter tannleger bruker for å forsøke å motivere pasienter til å kutte tobakksbruk. Respondentene kunne svare ja/nei på hvorvidt de benyttet seg av ulike tiltak/intervensjonsmodaliteter. Vi ser at informasjon om effekt på generell og oral helse benyttes av en høy prosentandel (95,8 %) av respondentene.

Informasjon om negative sosiale konsekvenser scorer også høyt (75,7 %). Tabell 6 viser en oversikt over tiltak/intervensjonsmodaliteter.

Tabell 6. Intervensjonsmodaliteter

Intervensjonsmodalitet.	Ja	Nei
1: Informerer om økonomisk effekt av å slutte med tobakk	739	732
2: Informerer om tobakkens effekt på generell/oral helse	1437	49
3: Informerer om negative sosiale konsekvenser (misfarging, dårlig ånde, passiv røyking)	1135	341
4: anbefaler snus i stedet for røyk, om dette er aktuelt	438	1038
5: Henvisning til lege	283	1184
6: Henviser til røykesluttstelefonen	588	885
7: anbefaler nikotinsubstitutt (plaster, tyggegummi, E-sigaretter osv)	761	710
8: Utfører motiverende intervju	384	1081

Vi var også interessert i å finne ut om tannleger opplever barrierer som hindrer dem i å drive tobakksavvenning. Svarene ble avgitt som en tallverdi fra 1-5, der 1=helt uenig og 5=helt enig. Av Tabell 7 ser vi at tannlegens oppfatning om at pasienten ikke ønsker hjelp/veiledning i tobakksavvenning, er den viktigste barrieren.

Tabell 7. Barrierer for intervensjon.

På en skala fra 1 til 5, der 1 er helt uenig og 5 helt enig; hva synes du om følgende utsagn?	n	Snitt
Jeg synes det er for lite tid til å jobbe med tobakksavvenning for mine pasienter	1486	3,17
Tobakksvaner/tobakksavvenning oppleves som et ubehagelig tema å ta opp med pasienter	1481	2,84
Jeg opplever at pasientene ikke ønsker at jeg skal drive med tobakksintervensjon/-avvenning	1479	3,29
Tobakksavvenning lønner seg ikke økonomisk	1474	2,76

Vi ønsket også å kartlegge tannlegenes holdninger til tobakksavvenning i odontologisk praksis. Dette gjorde vi ved å presentere en rekke påstander som respondentene skulle ta stilling til. Resultatene viser at en stor del av respondentene synes at tobakksavvenning er en viktig del av odontologisk praksis, og tannleger er flinke til å etterspørre og registrere tobakksvaner. Tabell 8 viser tannlegenes holdninger til tobakksavvenning.

Tabell 8. Tannlegenes holdninger til tobakksavvenning.

På en skala fra 1 til 5, der 1 er helt uenig og 5 helt enig; hva synes du om følgende utsagn	n	Snitt
Jeg spør alltid nye pasienter om deres tobakksvaner, og registrerer dette	1486	3,83
Jeg mener at tobakksavvenning hører til i andre deler av helsetjenesten	1480	2,39
Jeg synes tobakksavvenning er en viktig del av odontologisk praksis	1487	3,71
Det er viktig for meg å drive med tobakksavvenning i klinikken	1484	3,18

Vi ønsket å avdekke tannlegenes kunnskap om tobakksavvenning i odontologisk praksis. Dette gjorde vi ved å presentere en rekke påstander som respondentene skulle ta stilling til. Svarene ble avgitt som en tallverdi fra 1-5, der 1=helt uenig og 5 er helt enig. Resultatene viser at respondentene ikke føler å ha fått tilstrekkelig opplæring i tobakksavvenning under utdannelsen. Snittskåren for utsagnet “Jeg er kjent med evidensbaserte metoder for tobakksavvenning” var også lav. I Tabell 9 vises resultatet for tannlegenes egenrapporterte kunnskap om tobakksavvenning.

Tabell 9. Egenrapportert kompetanse i tobakksavvenning

På en skala fra 1 til 5, der 1 er helt uenig og 5 helt enig;	n	Snitt
Jeg fikk tilstrekkelig opplæring i tobakksavvenning under utdanningen	1484	2,08
Jeg opplever at min kompetanse er for lav til å drive med tobakksavvenning	1478	2,68
Jeg er kjent med evidensbaserte metoder for tobakksavvenning	1480	2,34
Jeg synes at jeg som tannlege har nok kunnskap om tobakk og tobakksintervensjon for pasienten	1487	3,03

Respondentene oppga hvor mange pasienter de hadde veiledet/hjulpet i tobakksavvenning/røykeslutt det siste året. Hele 49,2 % hadde hjulpet/veiledet færre enn 5 pasienter. Vi ser videre, ved å kombinere de to gruppene, at 40,1 % har hjulpet mellom 5 og 25 pasienter i tobakksavvenning det siste året. Tabell 10 viser en oversikt over antallet pasienter hjulpet/veiledet i tobakksavvenning.

Tabell 10. Tannlegenes egenrapporterte intervensjonsrate: Antall pasienter hjulpet/veiledet det siste år

	Antall	Prosent
Færre enn 5	738	49,2
5-10	389	25,9
11-25	213	14,2
26-50	84	5,6
Mer enn 50	68	4,5

Vi ønsket å finne ut om antallet pasienter hjulpet/veiledet i tobakksavvenning per år var ulikt mellom de to gruppene av egenrapportert kompetanse. Tabell 11 viser antall pasienter hjulpet/veiledet i tobakksavvenning per år, fordelt på de to gruppene. For å undersøke om det er en sammenheng mellom egenvurdert kompetanse, og hvor mange pasienter man har hjulpet ble det gjennomført en kji-kvadrat-test. Resultatet viser at det er en sammenheng mellom egenrapportert kompetanse og antall pasienter hjulpet, $X^2=96.7$, $df = 4$, $p <.0001$. Ved hjelp av fordelingen beskrevet i Tabell 11 tolker vi dette resultatet som at tannleger med høy egenrapportert kompetanse hjelper flere pasienter enn de med lav egenrapportert kompetanse.

Tabell 11. Antall pasienter hjulpet/veiledet i tobakkslutt pr år, gruppevis

Antall	Gruppe lav kompetanse	Gruppe høy kompetanse
Færre enn 5	457	278
5-10	168	221
11-25	70	143
26-50	33	51
Mer enn 50	17	68

Vi ønsket å avdekke tannlegenes egenrapporterte erfaring/suksess med tobakksavvenning. Dette gjorde vi ved å presentere en rekke påstander som respondenten skulle ta stilling til. Svarene ble avgitt som en tallverdi fra 1-5, der 1=helt uenig og 5 er helt enig. Resultatene viser at i gjennomsnitt opplever tannlegene i liten grad å lykkes med total tobakksavvenning. Tabell 12 viser tannlegenes egenrapporterte erfaring/suksess med tobakksavvenning

Tabell 12. Tannlegenes egenrapporterte suksess med tobakksavvenning

På en skala fra 1 til 5, der 1 er helt uenig og 5 helt enig; hva synes du om følgende utsagn	n	Snitt
Jeg opplever at pasientene mine lykkes med total tobakksavvenning under min veiledning	1472	2,35
Jeg opplever at pasientene reduserer tobakksforbruket under min veiledning	1463	2,97
Jeg opplever å ikke lykkes med tobakksavvenning hos mine pasienter	1463	2,94

Vi ønsket å finne ut om det er forskjell i intervensjonsmodaliteter hos tannleger med henholdsvis lav og høy egenrapportert kompetanse. Dette ble utført ved å slå sammen kompetansevariablene, og regne et gjennomsnitt av disse. Gjennomsnittsverdien (2,69) ble benyttet til å skille respondentene i to grupper; over og under gjennomsnittsverdien. Gruppen som har egenrapportert kompetanse *over* snittverdi ble satt til “høy kompetanse”-gruppe. Gruppen som hadde egenrapportert kompetanse *under* snittverdien ble satt til “lav-kompetanse”-gruppe. Respondenten ble presentert for noen ulike intervensjonsmodaliteter, og måtte svare ja/nei på hvorvidt de benyttet seg av disse.

Det er stor forskjell på de to gruppene med hensyn til hvilke intervensjonsmodaliteter som oppgis benyttet. Nesten dobbelt så mange fra gruppen “høy kompetanse” oppgir å henvise til fastlege. Over dobbelt så mange fra gruppen “høy-kompetanse” oppgir å utføre motiverende intervju. Denne gruppen anbefaler også i langt større grad nikotinsubstitutt enn gruppen “lav-kompetanse”. I gruppen “lav-kompetanse” oppgir flere å anbefale snus i stedet for røyk, der dette er aktuelt, enn å anbefale nikotinsubstitutt som plaster, tyggegummi, og så videre. Det motsatte gjelder for gruppen “høy-kompetanse”.

Tabell 13 viser hvor stor andel av høy og lav-gruppen som svarte “ja” til at de benyttet seg av de ulike modalitetene i forbindelse med tobakksintervensjon.

Tabell 13. Intervensjonsmodalitet etter egenrapportert kompetansesnivå

Intervensjonsmodalitet	Gruppe lav, Gruppe høy	
	%	%
Økonomisk motivasjon	46,1	53,9
Informerer om tobakkens effekt på generell/oral helse	49,1	50,9
Informerer om negative sosiale konsekvenser (dårlig ånde, misfarginger, passiv røyking osv)	47,4	52,6
Anbefaler snus i stedet for røyk, der dette er aktuelt	50,5	49,5
Henviser til fastlege	35,7	64,3
Henviser til røykesluttstelefonen	41,2	58,8
Anbefaler nikotinsubstitutt (Tyggegummi, plaster, e-sigarett osv)	40,7	59,3
Utfører motiverende intervju	32	68

Vi ønsket å finne ut om det var en sammenheng mellom egenrapportert kompetanse, og egenrapportert suksess med tobakksavvenning. Dette ble gjort ved å utføre en analyse med gjennomsnittsvariablene for selvrappertert kompetanse og selvrappertert suksess. Resultatet viste en signifikant korrelasjon mellom selvrappertert kompetanse og selvrappertert suksess med tobakksavvenning ($r = .43$, $p < .001$).

Vi ønsket å kartlegge i hvilken grad norske tannleger tar kurs/etterutdanning i tobakksavvenning. Tabell 14 viser resultatene fordelt på spesialister/allmenntannleger. For gruppen "allmenntannleger" har totalt 6,3 % deltatt på kurs/etterutdanning i tobakksavvenning. For spesialisttannlegene er tallet 9,2 %. For begge gruppene totalt er tallet 6,6 %.

Tabell 14. Deltagelse i kurs/etterutdanning, fordelt på spesialister/allmenntannleger

Har du deltatt på kurs eller etterutdanning innen tobakksavvenning?			
	Ja	Nei	Totalt
Spesialister	15	148	163
Allmenntannleger	82	1227	1309
Totalt	97	1375	1472

I henhold til hypotesene ønsket vi også å undersøke hvilke variabler i datamaterialet som påvirket hvor mange pasienter tannlegene hjelper med tobakksavvenning. Variabelen "antall pasienter hjulpet/veiledet" var målt som en ordinal variabel med alternativer 1-5 der 1 = færre enn 5, 2 = 5-10, 3 = 11-25, 4 = 26-50, 5 = mer enn 50. For å undersøke prediktorer ble denne variabelen rekodet til en dikotom variabel basert på en teoretisk gjennomsnittsverdi for hvor

mange pasienter hver tannlege veileder/hjelper per år. Denne ble utregnet ved å ta gjennomsnittsverdi for hver av kategoriene (1-4; 5 = 50) og multiplisere med antall deltagere for hver kategori og dele på totalt antall deltagere. Resultatet av denne utregningen var 10,2, noe som korresponderte godt med skillet mellom kategori 2 og 3 i 1 til 5-inndelingen (2 = “5-10 pasienter” og 3 = “11-25 pasienter”). De dikotome kategoriene ble kalt henholdsvis “lav” og “høy” grad av veiledning/hjelp.

I denne forbindelse ble også spørsmålene vedrørende opplevd kompetanse (4 spørsmål) og holdning til tobakksavvenning (4 spørsmål) slått sammen til to separate variabler. For å kunne gjøre dette gjorde vi først en reliabilitetsanalyse av spørsmålene for henholdsvis kompetanse og holdning (ett spørsmål måtte rekodes for hvert tema fordi det var reverserte spørsmål). Resultatene viser tilfredsstillende reliabilitet for kompetanse (Cronbachs alpha = .68) og holdning (Cronbachs alpha = .74). Det ble deretter regnet ut gjennomsnittsscore for kompetanse og holdning, og disse ble benyttet som uavhengige variabler i regresjonsanalysen.

For å sikre at alle interessante variabler ble inkludert i analysen ble det gjennomført en bivariat korrelasjonsanalyse. Teoretisk relevante variabler som korrelerte signifikant med dikotom variabel for lav/høy grad av veiledning/hjelp ble inkludert i regresjonsanalysen (disse korrelasjonene var alle lave til moderate). Det ble deretter gjennomført en logistisk regresjonsanalyse med lav og høy grad av veiledning/hjelp som avhengig variabel. Variablene som ble inkludert som prediktorer var: kompetanse, holdning, kjønn, spesialist/ikke-spesialist, deltagelse på kurs/etterutdanning, og privat/offentlig ansettelse. Fordi vi antok en viss sammenheng mellom avhengige variabler og prediktorvariabler (jamfør korrelasjonsanalysen) utførte vi en stegvis baklengs regresjon.

Analysen gir en signifikant modell der lav/høy grad av veiledning/hjelp predikeres av tannlegenes holdninger, opplevelse av egen kompetanse, privat/offentlig og kjønn (se Tabell 15). Denne modellen forklarer cirka 19 % av variasjonen i avhengig variabel (Nagelkerke R square = .192).

Modellen i Tabell 15 viser at høy grad av positive holdninger til tobakksavvenning og høy opplevd egenkompetanse predikerer hvorvidt tannlegene havner i gruppa “høy grad av veiledning/hjelp”. På samme tid er det slik at avhengig variabel også påvirkes av kjønn og ansettelsesforhold: her slår både mannlig kjønn og privat ansettelse ut positivt for å score i kategorien høy grad av veiledning/hjelp. Både holdning og kompetanse, samt privat/offentlig

og kjønn, korrelerer moderat og positivt med hverandre. Det er også slik at vurdering av egen kompetanse og kjønn er positivt korrelert, og menn virker å vurdere egen kompetanse høyere enn kvinner. Det er sannsynlig at effektene av kjønn og ansettelsesforhold henger sammen med kjønnsfordelingen innenfor ulike sektorer.

Tabell 15. Prediktorer for høy grad av hjelp/veiledning.

Variabel	Variabel koding	B	S.E.	P	Exp (B)
Holdning	1-5	1.42	.16	.000	4.15
Kompetanse	1-5	.43	.09	.000	1.54
ansettelsesforhold	0 = "offentlig" / 1 = "privat"	.50	.16	.002	1.64
Kjønn	0 = "kvinne" / 1 = "mann"	.29	.14	.033	1.34
(Constant)		-7.63	.56	.000	.000

Diskusjon

Tannhelsetjenesten står i en spesiell posisjon, da tannleger ser pasientene hyppig, og ofte flere ganger per år. Tannleger har som helsepersonell god innsikt i tobakkens effekt på munnhelsen. Tobakksavvenning oppfattes i denne studien av tannlegene å være en viktig del av odontologisk praksis og denne gruppen synes å være flinke til å avdekke og journalføre tobakksvaner. Dette tyder på at tannlegene er bevisste på tobakk, og velger å forholde seg til dette i en klinisk hverdag.

Likevel avdekker undersøkelsen at det er mulighet for forbedring med hensyn til tobakksavvenning. På kunnskapsfeltet avdekkes manglene: Respondentene oppgir å ha fått utilstrekkelig opplæring i tobakksavvenning under utdannelsen. I snitt er kunnskapen om evidensbasert praksis moderat. Dette kan bety at utdanningsstedene ikke har tilstrekkelig innføring i emnet, og at tannlegene etter fullført utdanning ikke oppsøker denne kunnskapen aktivt. Dette illustreres videre ved at kun 6,3 % av allmenntannlegene har deltatt på kurs/etterutdanning i tobakksavvenning. En studie fra USA i 2002 viser at antallet tannleger med utdanning/kurs i tobakksavvenning var 9,4 %. Denne studien viser også at under 5 % av tannlegene tilbydde tjenester innen tobakksavvenning som krevde oppfølging over tid⁽³³⁾. Denne lave forekomsten av norske tannleger med kurs i tobakksavvenning kan tyde på at slike kurs enten ikke er lett tilgjengelige, eller høyt prioritert hos tannlegene. Dette står i kontrast til den selvrapporterte viktigheten av tobakksavvenning ("*Det er viktig for meg å drive med tobakksavvenning i klinikken*").

Det er grunn til å anta at en klinisk veileder i tobakksintervensjon for tannleger kunne styrket kunnskapen, og dermed forbedret tobakksavvenningsarbeidet i tannhelsetjenesten. Det er også fornuftig å anta at man ved å styrke undervisningen i tobakksavvenning, vil kunne bidra til at tannleger blir bedre rustet for å møte tobakksbrukeren som ønsker å slutte. Det gjennomsnittlige antall pasienter som hjelpes/veiledes hvert år ble beregnet til ca. 10 stk per tannlege. Dette er et relativt lite tall i forhold til pasientmassen, og antall tobakksbrukere hos disse. Hos pasienter som genuint uttrykker et ønske om hjelp til å slutte, har man gode muligheter for å hjelpe med tobakksavvenning – om man besitter de riktige verktøy. Veien til økt suksess i tobakksavvenning må være kunnskap om, og øvelse i, evidensbaserte metoder/teknikker for tobakksavvenning, og å benytte disse på motiverte pasienter. Dette gjenspeiles når man studerer tannlegenes selvrapporterte suksess sett i sammenheng med egenrapportert kompetanse. Det er en signifikant positiv korrelasjon mellom egenrapportert kompetanse, og egenrapportert suksess med tobakksavvenningen. Resultatene viser også at tannlegene som tilhører gruppen “høy egenrapportert kompetanse” i større grad svarer “ja” til at de benytter intervensjonsmetoder som har dekning i vitenskapen. Eksempler på dette er anbefaling av nikotinsubstitutt (plaster, tyggegummi, og liknende) og bruk av motiverende intervju. I tillegg gir tannlegene med høy egenrapportert kompetanse hjelp/veiledning til *flere* pasienter.

Av disse resultatene forstår vi at økt kompetanse gir hyppigere, og mer effektiv (evidensbasert) tobakksavvenning. En klinisk veileder i tobakksavvenning vil derfor kunne øke antallet pasienter som mottar hjelp/veiledning i tobakksavvenning og øke intervensjonens effektivitet.

Resultatene viser at holdning, kompetansenivå, kjønn og ansettelsesforhold i ulik grad predikerer hvor mange pasienter som hjelpes/veiledes i tobakksavvenning. Den uavhengige variabelen «holdning» predikerer i størst grad variansen. At norske tannlegers holdninger til tobakksavvenning er sentralt for utføring av dette er også avdekket i en tidligere studie⁽³⁾.

Holdningen til tobakksavvenning er generelt positiv, men resultatene indikerer at flertallet ikke driver aktivt med tobakksavvenning, og det er derfor en diskrepans mellom holdning og praksis. Mannlige tannleger har høyere selvrapportert grad av hjelp/veiledning i tobakksavvenning. Dette står i motsetning til tidligere funn, som rapporterte at kvinnelige tannleger i større grad intervenerte enn menn⁽³⁰⁾.

Resultatene viser at tannleger som jobber i det private i større grad driver hjelp/veiledning ved tobakksavvenning enn tannleger i offentlig ansettelsesforhold. Det kan være flere årsaker til dette. En årsak kan være relasjonen mellom tannlege og pasient. En etablert privat praksis har ofte et fast klientell over tid. Dette skaper god behandler-/pasientrelasjon, og tannlegen vil kanskje lettere kunne dra fram tobakksavvenning som tema. Ved å ha god kunnskap om sine pasienters livsstil, vil det kanskje også være lettere å selektere de pasienter som er motiverte for tobakksslutt, og dermed ha større effekt av intervensjonen. Dette kan igjen øke interessen for feltet, og dermed også sjansen for at behandler styrker sin egen kompetanse.

De fleste tannleger forhører seg om pasienters tobakksbruk ved første møte, og journalfører dette. Når det kommer til hvor mange som selv synes det er viktig for sin egen del å drive tobakksavvenning er gjennomsnittet moderat. Studien avdekket at det er fåtallet av tannlegene som bruker tobakk. Studien viser at ca. 33 % av respondentene som tidligere hadde brukt snus eller røyk og sluttet. Over 70 % av disse mente at de sluttet grunnet egen kunnskap om skadevirkning. Dette viser til en grunnleggende holdning og innsikt i tobakkskutt og er en genererfaring som kan være nyttig i det kliniske arbeidet med tobakksavvenning.

At tannlegen føler at pasienten ikke har ønske om råd og veiledning i tobakksavvenning står som den største rapporterte barrieren. Dette kan øke terskelen for å ta opp tobakk som tema med pasienten.

Tannlegers holdninger til tobakksforebyggende arbeid er generelt gode, men det er vanskelig å endre adferd hos pasienten, om disse ikke ønsker det selv. Er det virkelig slik at pasientene i så stor grad ikke ønsker veiledning i tobakksslutt, at man ikke rutinemessig bør ta dette opp ved behandling? Vi mener det er et sentralt aspekt å identifisere pasientene som er motiverte for røykeslutt, og mottakelige for støtte til tobakksavvenning. Å bryte tobakksvanen er spesielt viktig for pasienter med diagnostisert periodontitt. Et insentiv for økt innsats mot denne gruppen, er et forbedret refusjonssystem. «Eventuelle tiltak for røykeavvenning når dette utføres i forbindelse med subgingival depurasjon» i takst 501 (innslagspunkt 6, behandling av marginal periodontitt) kan motivere tannlegen til slikt arbeid, da pasienten kan få dekket deler av kostnaden ved avvenning, og behandler føler at det i større grad lønner seg økonomisk. Er denne taksten tilstrekkelig kjent? Benyttes denne aktivt, når mulig?

En del av respondentene mener tobakksavvenning ikke er deres jobb, men tilhører andre deler av helsetjenesten. Et interessant spørsmål ville være konkret å spørre hvem de mener er bedre kvalifisert til en slik oppgave. Vi mener at tannleger har gode forutsetninger for å drive

tobakksavvenning, da vi har tett samarbeid med pasientene over tid. En undersøkelse utført av SIRUS i 2003⁽³⁰⁾ oppgir 88 % av tannleger og tannpleiere å ha tilstrekkelig kunnskap om tobakkens skadeeffekter. Undersøkelsen oppgir at 45 % av respondentene synes å virke moraliserende overfor pasientene. Vi er i utgangspunktet «moraliserende» når vi gir råd om munnhygiene, og da kan/bør vel også tobakkens skadeeffekt på munnen, og tobakksrådgivning inkluderes i helseopplysningen.

Respondentene skulle videre rapportere om egen kompetanse i forhold til tobakksavvenning, og om de hadde tatt kurs/videreutdanning innen dette. Resultat fra påstandene som ble gitt i undersøkelsen, viser at tannleger ikke føler de har fått tilstrekkelig opplæring i tobakksavvenning. Man kjenner heller ikke så godt til evidensbaserte metoder. De mest brukte tiltakene er å informere om tobakkens effekt på generell/oral helse (95,8 %), og å informere om negative sosiale konsekvenser (75,7 %). Omtrent halvparten informerer om økonomisk effekt med å slutte, og om andre nikotinalternativ. Dårligst ut kommer henvisning til lege, og motiverende intervju (hhv 19,2 % og 26,7 %). Om lag 30 prosent (29,6 %) anbefaler snus i stedet for røyk. Å anbefale snus kan være uheldig, siden man ikke vet sammenhengen mellom snus og kreft i munnhulen⁽¹³⁾, og studier i økende grad peker i retning av at det kanskje er sammenheng mellom snus og plateepitelcarcinom i øsofagus eller ventrikkelen^(14,15). Det er derimot en sammenheng mellom snusbruk og økt fare for pankreaskreft⁽¹⁷⁾. Ellers kan snusbrukere oppleve slimhinneforandringer i form av leukoplakier, imidlertid er disse reversible. Gingivale retraksjoner er også vanlig, og er ikke reversible. Spørsmålet er om denne forskningen bør brukes for å støtte en føre-var-holdning, fremfor å anbefale snus. Man vet derimot at snus er langt mindre skadelig enn røyk, fra et biologisk perspektiv.

Et annet tankekors er om hvorvidt studiet i odontologi/tannpleie burde implementere mer opplæring innen tobakksavvenning. Dette kan virke fornuftig da de fleste tannleger mener dette er et viktig aspekt ved pasientbehandling, og en stor andel oppgir å ha for lite kunnskap om temaet. Dette forsterkes ytterligere av Helse- og omsorgsdepartementet (HOD), som har utarbeidet en «Nasjonal strategi for arbeidet mot tobakksskader», og har en visjon om et tobakksfritt Norge. WHO gjorde i 2010 en evaluering av tobakksforebyggingen i landet. Her ble det rapportert om dårlig framdrift, og lite ressurser til forebygging, samt at røykeavvenningstjenester er omtrent ikke-eksisterende, til tross for høy prioritering innen tobakksstrategien perioden 2006-2010. Det ble også nevnt at det bør gjennomføres

«intervensjoner ved hver konsultasjon med helsetjenester». Dette krever motiverte og kompetente tannleger. Det er rimelig å anta at man ved å innføre utdanning i tobakksavvenning ved fakultetene kan sørge for økt fokus på viktigheten av tobakksavvenning, og også sørge for at tobakksavvenning plasseres mer sentralt i den kliniske hverdag. Av Tabell 10 kommer det frem at det er hele 49,2 % av de som besvarte undersøkelsen som hadde hjulpet færre enn 5 det siste året. Dette er den største enkeltstående gruppen. Resterende grupper slått sammen (50,8 %) består av tannleger som har hjulpet 5-10 (25,9 %), 11-25 (14,2 %), 26-50 (5,6 %), og mer enn 50 (4,5 %). Basert på antall pasienter hjulpet/veiledet og egenrapportert kompetanse, ser det ut til at de som rapporterte høy kompetanse, ikke uventet hjelper/veileder flere. Man undersøkte dette ved hjelp av kji-kvadrat-test på data i tabellen. Det ses en sammenheng mellom egenrapportert kompetanse, og antall pasienter hjulpet. Er det slik at man ved høy egenrapportert (og da selvopplevd) kompetanse er mer motivert for å drive med tobakksavvenning? Det kan være en god motivasjonsfaktor å se at arbeid med tobakksavvenning nytter, og at man kan hjelpe sine pasienter med å bli tobakksfri. Dette kan man anta også setter ned terskelen for intervensjon. Motsatt er det lett å tenke seg at om man mislykkes med slikt arbeid, vil det bli lett å ”gi opp” tobakksintervensjon, og dermed ha høyere terskel for å tilby dette.

Gjennomsnittet av tannlegene opplever i liten grad å lykkes med total tobakksavvenning. De som har høy egenrapportert suksess – gruppen med høy selvrapportert kompetanse - oppgir å henvise til fastlegetjenesten dobbelt så mye i forhold til gruppen med lav kompetanse. Mer enn det dobbelte av gruppen med høy kompetanse gjør motiverende intervju, og anbefaler i langt større grad nikotinsubstitutt. Man ser med dette at personell med høy egenrapportert kompetanse, og høy egenrapportert suksess, benytter seg av metoder som er støttet i litteraturen. Å henvise til lege er pasientens inngangsport til eventuell medikamentell behandling. Gruppen med lav kompetanse benytter seg i større grad av å anbefale snus, hvor dette er aktuelt, enn nikotinsubstitutt. Snus vil kanskje i enkelte tilfeller føre til redusert røyking, men i verste fall ikke fravær av tobakksvane. Det er med andre ord en sammenheng mellom egenrapportert kunnskap, og hvilke metoder som benyttes. Med dette kan man anta at en klinisk veileder vil kunne ha god nytte. På denne måten vil alle som driver tobakksforebyggende arbeid til enhver tid ha oversikt over hvilke rutiner som bør gjelde, og hvilke metoder som er anbefalt.

Vår studie viser at høyere suksess med tobakksavvenning korrelerer moderat, og positivt med kjønn, egenrapportert kompetanse, type høy, og positive holdninger. I tillegg kommer det fram at privat ansettelse øker selvrapportert suksess. Det kan se ut som at mannlige tannleger vurderer sin kompetanse for å være høyere enn sine kvinnelige kolleger (se Tabell 15). Er mannlige, privat ansatte tannleger bedre til å utføre tobakksavvenning? Det er flere kvinnelige enn mannlige tannleger (hhv 54,6 % og 44,2 %), samt flere privat ansatte tannleger (64,4 %) som har deltatt i denne undersøkelsen. Effekten av kjønn og beskjeftigelsesplass henger sannsynligvis sammen med kjønnsfordelingen innenfor ulike sektorer. Det som er mest innlysende fra våre data er at positive holdninger og opplevelse av høy kompetanse, fører til høyere selvrapportert suksess med tobakksavvenning.

Begrensninger i studien

Totalt svarte 1511 av 4166 medlemmer på undersøkelsen (36,3 %). Gruppen som besvarte undersøkelsen kan ha sterkere meninger om temaet tobakksavvenning, i begge retninger, enn gruppen som ikke svarte. Det er også usikkert hvorfor de resterende medlemmene ikke besvarte. Videre er det ikke sikkert at alle medlemmer står registrert med aktuell e-postadresse. Ordlyden og nøyaktig formulering av spørsmål i en spørreundersøkelse vil alltid være et tema for diskusjon. Det samme gjelder måten respondenten kan avgi svar på. Enkelte spørsmål var «ja/nei»-spørsmål, mens en stor andel av spørreskjemaet var utsagn hvor en måtte ta stilling til utsagn på en skala fra 1 til 5. Dette gjør at verdien 3 blir nøytral, og kan være enkel å velge om man ikke har tatt stilling til eller ønsker å besvare utsagnet. På en annen side vil en seksinndeling føre til at respondenten tvinges til negativ eller positiv side i sitt svar. Dette er heller ikke ønskelig. En alternativ løsning kunne ha vært et «vet ikke/dette har jeg ikke tatt stilling til»-alternativ.

En andel av mottakerne er spesialister. Spesialister i pedodonti og kjeveortopedi vil generelt behandle yngre pasienter. Overfor disse er tobakksavvenning mindre aktuelt i den kliniske hverdag. På en annen side vil spesialister i periodonti ha tobakk, og dens skadevirkninger, som en sentral del av sin kliniske hverdag. Vi valgte å ikke skille de ulike spesialitetene, da dette var mindre relevant for studien. Gruppen av spesialister er likevel ikke en stor del av materialet totalt. Spørsmålet om hvor mange pasienter respondenten har hjulpet/veiledet pr år skulle avdekke i hvor stor grad tobakksavvenning utføres. Et innlysende problem med denne formuleringen er at det ikke gjøres skille mellom å dele ut en brosjyre om røykeslutt, og langvarig målrettet arbeid med vitenskapelig utgangspunkt. Dette kompenseres til en viss

grad ved at respondentene må oppgi i hvor stor grad de lykkes med tobakksavvenning i klinisk praksis.

Noen av tannlegeforeningens medlemmer driver ikke klinisk arbeid, og er derfor ikke hovedmålgruppen for denne undersøkelsen. Flere av påstandene vil ikke gjelde for disse, og man da kan risikere å få mange «nøytrale» svar. Dette utgjør med stor sannsynlighet et lite antall medlemmer.

Vi har i denne oppgaven ikke studert nærmere hva som predikerer holdninger til tobakksavvenning. Årsaken til dette er at det faller utenfor oppgavens område.

Konklusjon

Tannhelsepersonellet er *fortsatt* en ubrukt ressurs med hensyn til tobakksavvenning, og helsedirektoratets plan for «et systematisk og kunnskapsbasert tilbud om tobakksavvenning» synes ikke å ha slått rot i den norske tannhelsetjenesten. Tannlegene føler ikke å ha fått tilstrekkelig med utdanning i tobakksavvenning, og er i mindre grad kjent med evidensbaserte metoder for tobakksavvenning. Tannlegene er derimot flinke til å etterspørre tobakksvaner, og journalføre disse.

Det er en sammenheng mellom tannlegens egenrapporterte kompetanse, og hvor mange pasienter som hjelpes/veiledes i tobakksavvenning. Det er også en sammenheng mellom egenrapportert kompetanse i tobakksavvenning, og i hvor stor grad tobakksavvenningen rapporteres å ha effekt. Det er rimelig å anta at det er et behov for klare retningslinjer for tobakksavvenning, og at en klinisk veileder kunne vært til hjelp for tannhelsepersonellet. Ved å øke fokuset på tobakksavvenning ved utdanningsinstitusjonene, vil dette kanskje bli en mer sentral del av odontologien.

Referanser

1. Statistisk sentralbyrå [internett]. «Levekårsundersøkelsen 2008» 2008. [Sisert 27.11.2014]. Tilgjengelig ved http://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/sa_115/tann.pdf
2. Steinum H. C; ”Tannlegenes omdømme er godt!”, Nor Tannlegeforen Tid, 2012;122: 271 [Sisert 17.05.2015], tilgjengelig ved: www.tannlegetidende.no/i/2012/4/dnt-475380
3. Bartal. M; “Health effects of tobacco use and exposure”. Monaldi Arch Chest Dis [internett]. 2001 Dec; 56(6):545-54. [sisert 1.10.2014]. Tilgjengelig ved http://archest.fsm.it/pne/pdf/56/6/pne_56_6_13.pdf
4. WHO, [internett], Faktaark om røyking, Faktaark nr. 339, WHO. Sitert 1.10 2014. Tilgjengelig ved <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/> 01.10
5. WHO, [internett], faktaark om mortalitet, WHO. Sitert 1.10.2014. Tilgjengelig ved http://www.who.int/tobacco/publications/surveillance/fact_sheet_mortality_report.pdf?ua=1
6. Statistisk sentralbyrå [internett], Sitert 1.10.2014. Tilgjengelig ved <http://www.ssb.no/helse/statistikker/royk/aar/2014-02-05#content>
7. Statistisk sentralbyrå [internett], Røykevaner; 2013 [sisert 1.10.2014]. Tilgjengelig ved <http://www.ssb.no/royk>
8. FHI [internett]: Fakta og helsestatistikk om røyking og snus [sisert 1.10.2014]. Tilgjengelig ved http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List_6212&Main_6157=6263:0:25,6434&MainContent_6263=6464:0:25,6435&List_6212=6218:0:25,6436:1:0:0:::0:0
9. Folkehelseinstituttet [internett], Vollset S.E, Selmer R, Tverdal Å og Gjessing H.K.” Hvor dødelig er røyking?” Rapport om dødsfall og tapte leveår som skyldes røyking; 2006 [sisert 1.10.2014]. Tilgjengelig ved <http://www.fhi.no/dav/F96A862E2C.pdf>
10. Norge. Helsedirektoratet [internett]; «Samfunnsøkonomiske kostnader av røyking – En vurdering av metodikk og kostnadenes størrelsesorden», sammendrag. 6:2000. [Sisert 1.10. 2014]. Tilgjengelig ved <http://helsedirektoratet.no/folkehelse/tobakk/tall-og-undersokelser/okonomi/Sider/royking-samfunnsokonomisk-gevinst.aspx>
11. Norge. NOU 2000:16. [internett] Norges offentlige utredninger: Tobakksindustriens erstatningsansvar. Oslo: Statens forvatningstjeneste, Informasjonsforvaltning, 2000. [Sisert 1. 10.204]. Tilgjengelig ved

<https://www.regjeringen.no/contentassets/8a1a5d1945d04f8799d2b5e85a9069c1/no/pdf/nou200020000016000dddpdfa.pdf>

12. Schild E.B, Eriksson M, Hardell M. og Magnuson A. Oral snuff, smoking habits and alcohol consumption in relation to oral cancer in a swedish case control study. *Int. J. Cancer*: 77, 341–346 (1998)
13. Kreftegetret [internet]2014 [sitert 2.10.2014]. Tilgjengelig ved <http://www.kreftegetret.no/no/Registrene/Kreftegetstatistikk/>
14. Lagergren J, Bergstrom, Lindgren A, et al. The role of tobacco, snuff and alcohol use in the aetiology of cancer of the oesophagus and gastric cardia. *J Cancer* 2000; 85:340–6.
15. Ye W, Ekstrom AM, Hansson LE, et al. Tobacco, alcohol and the risk of gastric cancer by sub-site and histologic type. *Int J Cancer* 1999; 83:223–9.
16. Folkehelseetirektoratet[internett] «Helseetisiko ved bruk av snus» 2014, s. 78 [sitert 7.10.2014]. Tilgjengelig ved <http://www.fhi.no/dokumenter/35903d104b.pdf>
17. Luo J.JLuo, Ye W et al. Oral use of Swedish moist snuff (snus) and risk for cancer of the mouth, lung, and pancreas in male construction workers: a retrospective cohort study. *The Lancet* Volume 369, Issue 9578, 16–22 June 2007, side 2015–2020
18. FN [internet]. Food and Agriculture Organization of the United Nations. "Projection of tobacco production, consumption and trade for the year 2010." [sitert 7.10.204]. Tilgjengelig ved <http://www.fao.org/3/a-y4956e.pdf>
19. Royal College of Physicians [internet]. Nicotine addiction in Britain. A report of the Tobacco Advisory Group of the Royal College of Physicians. London: Royal College of Physicians of London, 2000:1 referert i *Tidsskrift for den norske legeforening* [internett] 2002:1. [sitert 7.10.2014]. Tilgjengelig ved <http://tidsskriftet.no/article/483999/>
20. Archives of toxicology [internet]. Mayer B. “How much nicotine kills a human? Tracing back the generally accepted lethal dose to dubious self-experiments in the nineteenth century”. *Archives of Toxicology* 10.2013. [sitert 7.10.2014]. Tilgjengelig ved <http://link.springer.com/article/10.1007/s00204-013-1127-0/fulltext.html>

21. Cohen, S., Lichtenstein, E., Prochaska, J. O., Rossi, J. S., Gritz, E. R., Carr et al. “Debunking myths about self-quitting: Evidence from 10 prospective studies of persons who attempt to quit smoking by themselves”. *Am Psychol* [internett] 1986, 44(11), 1355-1365. Tilgjengelig ved: doi: 10.1037/0003-066X.44.11.1355
22. Norge, Helsedirektoratet, Helsenorge.no [internett] 2014. [Sisert 27.11.2014]. Tilgjengelig ved <https://helsenorge.no/avhengighet-og-rus/royk-og-snus/snus-og-roykeslutt/hjelpemidler-ved-roykeslutt>
23. Stead LF, Perera R, Bullen C, Mant D, Hartmann-Boyce J, Cahill K et al. “Nicotine replacement therapy for smoking cessation”. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 11 [internet]. Art. No.:CD000146. Tilgjengelig fra Cochrane Database of Systematic Reviews. DOI: 10.1002/14651858.CD000146.pub4.
24. Hughes JR, Stead LF, Hartmann-Boyce J, Cahill K, Lancaster T. “Antidepressants for smoking cessation”. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 1 [internet]. Art. No.: CD00003 [Sisert 27.11.2014]. Tilgjengelig fra Cochrane Database of Systematic reviews ved DOI: 10.1002/14651858.CD000031.pub4
25. Felleskatalogen [internett] 2014. [Sisert 29.11.2014] tilgjengelig ved <http://www.felleskatalogen.no/medisin/zyban-glaxosmithkline-565721>
26. Cahill K, Stead LF, Lancaster T.” Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation”. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 4 [internet]. Art. No.: CD006103. [Sisert 27.11.2014]. Tilgjengelig fra Cochrane Database of Systematic Reviews ved DOI: 10.1002/14651858.CD006103.pub6.
27. Norge, Helsedirektoratet [internett] “Prinsipper i motiverende samtale” 2012. [Sisert 27.11.2014] Tilgjengelig ved <http://helsedirektoratet.no/psykisk-helse-og-rus/motiverende-samtale-mi/hva-er-motiverende-samtale/Sider/prinsipper-i-motiverende-samtale-mi.aspx>
28. Norge, Helsedirektoratet [internett]. «Helsedirektoratets plan for et systematisk og kunnskapsbasert tilbud om Røyke- og snusavvenning» 2006 [sitert 27.11.2014]. Tilgjengelig ved <http://helsedirektoratet.no/folkehelse/tobakk/snus-og-roykeslutt/Documents/Helsedirektoratets-plan-systematisk-kunnskapsbasert-tilbud-royke-og-snusavvenning.pdf>

29. Norge, Helse og omsorgsdepartementet [internett]. «Folketrygdens stønad til dekning av utgifter til tannbehandling for 2014» 2014, tilgjengelig ved http://helsedirektoratet.no/finansiering/Documents/Veileder_korr6.pdf
30. Lund K.E, Lund M og Rise J. «Tobakksforebygging i norsk tannhelsetjeneste» Nor Tannlegeforen Tid 2003; 113: 222-30
31. Questback [internett]; verktøy for elektronisk nettbasert spørreundersøkelse <http://www.questback.com/no/>
32. IBM® SPSS® Statistic v. 21. IBM, Armonk, NY, USA. Tilgjengelig for nedlastning ved <http://www-03.ibm.com/software/products/no/spss-data-collection>
33. Albert D., Ward A., Ahluwalia K. og Sadowsky D. “Addressing Tobacco in Managed Care: A Survey of Dentists' Knowledge, Attitudes, and Behaviors”. American Journal of Public Health: June 2002, Vol. 92, No. 6, pp. 997-1001.