

Marianne Lund, Karl Erik Lund og Jostein Rise

Snakker tannleger og tannpleiere med sine pasienter om snusbruk?

Resultater fra en nasjonal undersøkelse

Tannklinikken er en unik arena for intervensjon overfor snusbrukere. Tannhelsepersonell har mulighet til å identifisere brukere på et tidlig stadium, og kan forventede god effekt dersom de intervensjoner. I denne artikkelen presenteres resultater fra en undersøkelse om tannhelsepersonells intervensjonsaktivitet overfor pasienter som bruker snus, samt barrierer og holdninger knyttet til intervensjon.

Spørreskjema ble sendt ut til et utvalg på 1 500 tannleger (svarrespons 68 %) og alle landets 522 tannpleiere (svarrespons 61 %).

I de tilfeller hvor snusrelaterte skader ble avdekket, spurte tannhelsepersonell om snusbruk i over 70 % av konsultasjonene. Dersom pasienten ikke hadde symptomer på snusbruk, spurte tannhelsepersonell i færre enn 20 % av konsultasjonene. Utdeling av selvhjelpsmateriell eller råd om nikotinerstatningsprodukter ble svært sjelden gitt. Snus ble betraktet som et mindre vesentlig problem for oral helse enn røyking, og intervensjonsaktiviteten var høyere overfor røykende enn snusende pasienter.

Regresjonsanalysen viste at antall år i yrket og opplevde barrierer var det som i størst grad forklarte intervensjonsaktiviteten for tannlegene. For tannpleiere var det holdninger til intervensjon som bidro til mest forklaringskraft.

Tannhelsepersonell er en ubrukt ressurs i arbeidet mot snusskader. Det er et forbedringspotensial når det gjelder intervensjonsaktiviteten fra tannhelsepersonells side.

Andel snusbrukere blant menn (daglig + av og til) mellom 25 og 34 år var 18 % i 2002. Dette er en fordobling siden 1985. Kun 2 % kvinner i samme aldersgruppe bruker snus, men andelen er økende. Salget av snus har økt fra 250 tonn i 1982 til ca. 400 tonn i 2001. I tillegg kommer den økende grensehandelen av snus som er beregnet til ca. 100 tonn i 2002. Med ca. 220 000 snusbrukere i Norge betyr det et årlig forbruk på ca. 2,5 kg per konsument (1).

Blant personer som bruker snus daglig er det 34 % som også røyker. Blant personer som bruker snus av og til, røyker 64 % (1). Ved bruk av snus vil opptaket av nikotin i blodet komme på samme nivå som ved røyking, mens nikotintyggegummi og -plaster

tilfører lavere konsentrasjon av nikotin og med større forsinkelse etter inntak. Det er dermed grunn til å tro at mange vil foretrekke snus framfor nikotinerstatningsprodukter som ledd i en røykesluttstrategi.

I en undersøkelse blant norske menn som røykte, rapporterte 23 % i alderen 35–55 år og 48 % i aldersgruppen 16–19 år at de hadde benyttet snus for å redusere antall sigaretter (1). Økningen i snusbruken er satt i sammenheng med innføring av stadig flere røykfrie fellesarenaer. Innføringen av røykfrie serveringssteder fra 1. juni 2004 vil ventelig føre til at enda flere går over fra sigaretter til snus.

Snus induserer slimhinneforandringer der prisen plasseres og kan føre til gingival retraksjon på tenner i nærheten. Gingival retraksjon er observert hos 25–30 % av snusbrukere (2). Leukoplakier er observert hos 50–60 % av faste brukere, men er også påvist blant unge kortidsbrukere (2). Slimhinneforandringer forårsaket av snus reduseres imidlertid raskt når bruken opphører. Dokumentasjonen av risiko for oral kreft ved bruk av snus er mindre robust sammenlignet med risiko ved røyking. Det foreligger imidlertid ikke evidens som frifinner snus som en risikofaktor for kreft i munnhulen (3–6). Komplikasjoner ved implantatbehandling, sårtilheling og misfarging av tenner kan forekomme som en konsekvens av snusbruk. Bruk av snus fører til nikotinvhengighet, og det totale nikotininntaket er tre til fire ganger større for snusere enn for røykere (7). De ovennevnte uønskede effekter av snusbruk tilsier at tannklinikken burde være en naturlig arena for intervensjon overfor pasienter som snuser.

Formålet med denne undersøkelsen var å avdekke i hvor stor grad tannleger og tannpleiere snakker med pasienter om bruk av snus, 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

Utvalgs karakteristika, utvalgsprosedyrer og metode for datainn-samling er redegjort for i en tidligere artikkel i tidsskriftet som omhandlet intervensjon for røyking (8).

Avhengige variable

Respondentene ble bedt om å angi hvor ofte de snakket med pasienter om bruk av snus, hvor ofte de informerte om helsefordeler ved å slutte og hvor ofte opplysninger om pasientens snusbruk ble notert i pasientjournalen. Svarene ble angitt i hvor mange prosent av de angitte konsultasjonene de snakket om temaet. Opplysninger om hvor mye tid som ble brukt til samtaler om snus sist uke ble også innhentet (Tabell 1). Faktisk intervensjonsaktivitet ble målt ved at disse variablene ble slått sammen i en

Forfattere

Marianne Lund, cand. polit., sosiologi
Karl Erik Lund, forsker, dr. polit., sosiologi
Jostein Rise, professor, dr. odont.

Alle er ansatt ved Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS), Oslo

Tabell 1. Oversikt over variabler brukt i analysene. Avhengig variabel er intervensjonsaktivitet, og de uavhengige variablene egenrapporterte ferdigheter, opplevde barrierer, forventninger og holdninger til intervensjon

Avhengig variabel	Uavhengige variabler				
	Egenrapporterte ferdigheter Cronbachs alfa = 0,61	Opplevde barrierer Cronbachs alfa = 0,62	Forventede positive konsekvenser Cronbachs alfa = 0,59	Forventede negative konsekvenser Cronbachs alfa = 0,70	Holdninger til intervensjon i klinikken Cronbachs alfa = 0,74
Når du behandler nye pasienter for første gang, hvor ofte spør du om deres snusvaner?	Jeg er i stand til å fastslå mine pasienters motivasjon til å slutte med snus	Jeg mener samtaler om snus tar for lang tid	Jeg tror flere pasienter ønsker å slutte	Vil føre til misnøye blant pasienter som snuser	Tannklinikken er et egnet sted for å endre folks snusevaner
Når du behandler voksne pasienter som ikke har tobakksrelaterte skader/symptomer i munnhulen, hvor ofte spør du om deres snusvaner?	Jeg er i stand til å gi riktig informasjon om helsefordelene ved å slutte med snus	Jeg føler jeg mangler kunnskap om effekt på tannhelsen ved bruk av snus	Reduserte sjanser for tannhelseproblem for pasienter som snuser	Jeg vil få dårligere kontakt med pasienter som snuser	Pasientens snusevaner bør rutinemessig kartlegges i tannlegejournalen
Når du behandler voksne pasienter som har tobakksrelaterte skader/symptomer i munnhulen, hvor ofte spør du om deres snusvaner?	Jeg er i stand til å gi passende oppfølging til de som er motiverte sluttet	Jeg føler det ikke er min oppgave å diskutere folks snusevaner	Øke min respekt blant pasienter som bruker snus	Pasienter vil kunne be om hjelp jeg ikke er i stand til å gi	Tannleger/ tannpleiere bør engasjere seg i det tobakksforebyggende arbeidet
Dersom du vet pasienten snuser, hvor ofte informerer du om helsefordelene ved å slutte?	Jeg vil ha oversikt over hvilke pasienter som bruker snus i løpet av det kommende året.	Jeg mener snus ikke er årsak til vesentlig problem for tannhelsen	Jeg vil gjøre en bedre jobb som tannlege/tannpleier	Pasientene vil oppfatte meg som en moralist	
I de tilfeller det avdekkes at pasienten bruker snus, hvor ofte noteres opplysningene om snusvaner i pasientjournalen?		Jeg synes det er ubehagelig å spørre folk om deres snusevaner			
I løpet av siste uken, hvor mye tid (angitt i minutter) har du anslagsvis brukt til å snakke med pasienter om bruk av snus?					

sumskåre indeks, og brukt som avhengig variabel i analysene for Tabell 4–8. Cronbachs alfa, som er et uttrykk for om respondentene svarer på en indre konsistent måte på de ulike spørsmålene som inngår i indeksen, var tilfredsstillende (0,69).

Uavhengige variable

Respondentene ble bedt om å gi sin tilslutning til en rekke utsagn og påstander knyttet til intervensjonsaktivitet i en sjupunkts skala. Variablene ble summert på en slik måte at jo høyere skåre, jo sterkere tilslutning. Dette var opplysninger om ferdigheter, barrierer, forventninger og holdninger til intervensjon overfor snusende pasienter (Tabell 1). Disse variablene ble så konstruert til fem kognitive indekser brukt i regresjonsanalysen.

Dataanalysen

Gjennomsnittskåre med standardavvik er benyttet i Tabell 2 og 3. I Tabellene 4–8 er andelene som har svart 5, 6 eller 7 på de respektive sjupunktsskalaene gruppert sammen og presentert. I de samme tabellene benyttes Pearsons korrelasjonskoeffisient (r) for å vise hver variabls bivarierte korrelasjon med indeksen for intervensjonsaktivitet. I Tabell 6 er multippel lineær regresjon benyttet, og den viser bivariat (r) og kontrollert effekt (beta) av bakgrunnsvariablene kjønn, varighet i yrke, egne tobakksvaner, samt de fem uavhengige, kognitive variablene på intervensjonsaktivitet. 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 fikk vi et uttrykk (R^2) for hvor mye hver av de

Tabell 2. Gjennomsnittlig andel (%) av konsultasjonene (med standardavvik = SD) med voksne pasienter hvor tannleger spør om bruk av snus (A-C), informerer om helsefordeler ved å slutte (D) og noterer opplysninger om snusbruk i pasientjournalen (E)

	(A)			(B)			(C)			(D)			(E)		
	I tilfeller der tannlegen behandler nye pasienter for første gang			I tilfeller der pasienten ikke har tobakksrelaterede skader i munnen			I tilfeller der pasienten har symptomer som kan knyttes til bruk av snus			Dersom du vet at pasienten bruker snus, hvor ofte informeres om fordelene ved å slutte			Hvor ofte noteres opplysninger om tobakk i pasientjournalen		
	%	SD	Antall	%	SD	Antall	%	SD	Antall	%	SD	Antall	%	SD	Antall
Tannleger:	42	45	705	17	32	660	75	38	744	52	40	717	48	45	701
Kjønn:															
Kvinner	51	46	238	20	34	211	78	36	255	61	37	238	59	44	234
Menn	38	44	465	16	31	447	74	38	487	48	41	477	43	44	465
Yrkeslengde [#] :															
Kort	52	45	252	20	33	236	80	34	273	46	37	257	61	44	257
Middel	43	45	254	17	34	228	78	35	256	61	38	248	47	44	246
Lang	30	43	193	13	29	190	65	42	209	49	43	206	34	42	193
Stillingssektor ^{##} :															
Privat	47	46	454	17	33	435	75	37	481	54	40	459	50	45	450
Privat/offentlig	39	45	104	21	36	90	73	41	104	52	41	100	53	47	102
Offentlig	30	40	147	13	25	135	77	36	159	48	39	158	42	42	149
Har brukt snus i mer enn ett år i sammenheng															
Ja	42	45	45	19	36	45	78	35	49	38	35	49	55	44	47
Nei	42	45	655	17	32	611	75	38	691	54	40	664	48	45	649
Har røykt i mer enn ett år i sammenheng															
Ja	41	45	262	19	35	240	73	38	273	50	40	269	44	45	262
Nei	43	45	438	16	31	416	76	37	467	54	39	444	51	44	434

[#] Kort = 0–16 år, middel = 17–28 år, lang = 29 år +

^{##} Personell som arbeider minst 80 %- stilling i privat eller offentlig stilling, resterende i gruppen privat/offentlig

to settene av variabler forklarte av variasjonen i intervensjonsaktivitet.

Resultater

Svarrespons var 68 % for tannleger og 61 % for tannpleiere. Øvrige karakteristika ved utvalgene finnes i en tidligere publisert artikkel (8). Sju prosent av tannlegene (N=855) og tre prosent av tannpleierne (N=207) opplyste at de hadde brukt snus i mer enn ett år sammenhengende (ikke i tabell).

Tid til intervensjon

Tannlegene (N=737) og tannpleierne (N=174) hadde i gjennomsnitt brukt tre minutter i løpet av siste uke til å snakke med pasienter om snus. Tannleger i private klinikker (N=512) brukte noe mer av sin tid til samtaler om snus (4 minutter) sammenlignet med tannleger i offentlig virksomhet (2 minutter, N=172). For begge yrkene var det en tendens til kortere tid brukt til samtaler om snus med økt yrkeslengde (ikke i tabell).

Intervensjon i ulike konsultasjoner

Tannleger (Tabell 2) og tannpleiere (Tabell 3) spurte pasientene om de brukte snus i tre av fire konsultasjoner når synlige skader ble avdekket. I vel halvparten av konsultasjonene ble opplysninger om snusbruk notert i journalen. I halvparten av de tilfeller der

tannhelsepersonellet visste at pasienten brukte snus, ble det informert om helsefordeler ved å slutte. Tannleger spurte førstegangs pasienter om de brukte snus i fire av ti konsultasjoner, tannpleierne gjorde dette noe oftere. Pasienter uten symptomer på tobakksbruk ble spurt i mindre enn 20 % av tilfellene.

Opplevde ferdigheter

Mer enn to tredjedeler av tannlegene og tannpleierne rapporterte at de var i stand til å gi riktig informasjon om helsefordelene ved å slutte med snus. For tannlegene var dette en ferdighet som korrelerte signifikant med faktisk intervensjon (Tabell 4). Om lag 40 % av tannhelsepersonellet sa at de i løpet av det kommende året ville ha oversikt over hvilke pasienter som brukte snus. Dette var en ferdighet med relativt høy korrelasjon med faktisk intervensjon ($r = 0,46$, $p < 0,01$ for tannleger, $r = 0,42$, $p < 0,01$ for tannpleiere). Langt færre var i stand til å fastslå motivasjon hos potensielle sluttere eller tilby passende oppfølging til motiverte sluttere.

Barrierer for intervensjon

Tre av ti tannleger anså det ikke som sin oppgave å diskutere pasientenes snusbruk. Dette var den hyppigst oppgitte barriere blant tannlegene. Manglende kunnskap om snus og dens effekt på tannhelsen var den hyppigst oppgitte barriere blant tannpleierne

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

	(A) I tilfeller der tannlegen behandler nye pasienter for første gang			(B) I tilfeller der pasienten ikke har tobakksrelaterede skader i munnen			(C) I tilfeller der pasienten har symptomer som kan knyttes til bruk av snus			(D) Dersom du vet at pasienten bruker snus, hvor ofte informeres om for- delene ved å slutte			(E) Hvor ofte noteres opplysninger om tobakk i pasient- journalen		
	%	SD	Antall	%	SD	Antall	%	SD	Antall	%	SD	Antall	%	SD	Antall
Tannpleiere:	47	44	170	16	31	171	73	38	170	53	39	172	51	44	175
Yrkeslengde:#															
Kort	49	45	60	19	32	60	72	37	60	48	35	63	53	44	61
Middel	51	45	61	16	30	63	76	36	64	56	42	62	51	45	64
Lang	39	43	49	14	33	48	70	43	46	55	41	47	47	44	50
Stillingssektor:**															
Privat	48	46	53	18	33	52	69	43	53	50	40	57	59	44	54
Privat/offentlig	59	46	56	17	32	59	76	37	56	47	41	56	42	43	60
Offentlig	35	39	60	13	26	59	74	36	60	60	36	58	51	43	60
Har brukt snus i mer enn ett år i sammenheng															
Ja	55	46	6		4	6	55	43	6	30	45	5	42	49	6
Nei	47	44	163	17	32	164	74	38	163	54	39	166	51	44	168
Har røykt i mer enn ett år i sam- menheng															
Ja	58	45	72	18	35	71	74	38	75	51	41	73	59	44	75
Nei	40	43	97	16	28	99	72	38	94	54	38	98	44	43	99

Kort = 0–7 år, middel = 8–18 år, lang = 19 år +

** Personell som arbeider minst 80 %- stilling i privat eller offentlig stilling, resterende i gruppen privat/offentlig

(Tabell 5). Videre vurderte to av ti tannleger at samtaler om snus tok for lang tid, at det var ubehagelig å ta opp temaet, og at snus ikke var årsak til noe vesentlig problem for tannhelsen. Vurdering av snus som et lite vesentlig tannhelseproblem og manglende forståelse for tobakksintervensjon som en del av yrkesutøvelsen, korrelerte signifikant med faktisk intervensjon for tannlegene (hhv. $r = -0,31$, $p < 0,01$ og $r = -0,29$, $p < 0,01$). Blant tannpleiere var det manglende forståelse for tobakksintervensjon som en del av yrkesutøvelsen som ga høyest korrelasjon med intervensjonsaktivitet ($r = -0,43$, $p < 0,01$).

Forventede konsekvenser av egen intervensjon

Tannleger og tannpleiere hadde en forholdsvis lik forventning til hva en intervensjon i tannklinikken ville kaste av seg. Det ble observert en viss forventning om forbedret tannhelse hos pasientene dersom de intervensjoner, men en begrenset optimisme til at flere pasienter ville slutte med snus som følge av deres rådgivning (Tabell 6). Over 60% mente de ville gjøre en bedre jobb dersom de intervensjonerte. Få, dvs. en av ti, trodde det å ta opp snusbruk ville medføre dårligere kontakt, men en av fire mente det ville føre til økt misnøye blant pasientene som brukte snus. Forventning om at flere pasienter ville komme til å slutte ga sterkest korrelasjon med faktisk intervensjonsaktivitet (tannleger $r = 0,20$, $p < 0,01$, tannpleiere $r = 0,32$, $p < 0,01$).

Holdninger til intervensjon i klinikken

Tre av ti tannleger mente at tannklinikken ikke var egnet til snusforebyggende virksomhet. Blant tannpleierne var denne oppfatning noe mindre utbredt (Tabell 7). En stor andel tannhelsepersonell var enig i at pasientens snusvaner rutinemessig burde noteres i pasientjournalen. Det var høyere korrelasjon mellom holdninger om eget engasjement og faktisk intervensjon blant tannpleiere enn blant tannleger. En tredel av tannhelsepersonell mente snus var enklere å ta opp med pasienten enn røyking (ikke i tabell).

Hva predikerer grad av intervensjon?

Blant tannleger hadde intervensjonsaktiviteten sterkest sammenheng med egenrapporterte ferdigheter og opplevde barrierer ($r = 0,33$, $p < 0,01$ og $r = -0,38$, $p < 0,01$). Holdninger til og positive forventninger til intervensjon hadde noe svakere sammenheng med grad av intervensjon. Av bakgrunnsvariablene var det antall år i yrket som korrelerte sterkest, dvs. jo kortere tid i tannlegeyrket desto større intervensjonsaktivitet (Tabell 8).

Blant tannpleierne hadde intervensjonsaktiviteten høy korrelasjon med egenrapporterte ferdigheter, opplevde barrierer, forventede positive konsekvenser og holdninger (Tabell 8). Holdninger korrelerte markert høyere med intervensjon for tannpleierne sammenlignet med tannlegene ($r = 0,49$, $p < 0,01$).

I regresjonsanalysen gir beta uttrykk for det unike bidraget fra hver av bakgrunnsvariablene og de fem kognitive variablene. Det var opplevde barrierer (beta = $-0,31$, $p < 0,001$) som hadde størst

Tabell 4. Andel tannleger (784–804 svar) og tannpleiere (188–195 svar) som rapporterer ulike ferdigheter innen tobakksforebygging rettet mot snus, og de egenrapporterte ferdighetenes korrelasjon med faktisk intervensjon[#]

Jeg vil være i stand til..	Tannleger		Tannpleiere	
	Andel som sier utsagnet passer ^{##}	Korrelasjon med intervensjon (r)	Andel som sier utsagnet passer ^{##}	Korrelasjon med intervensjon (r)
..å gi riktig informasjon om helsefordeler ved å slutte	78	0,21**	68	0,15 ^(is)
...å ha oversikt over hvilke pasienter som bruker snus i løpet av året	43	0,46**	42	0,42**
..å fastslå mine pasienters motivasjon for å slutte ganske nøyaktig	28	0,40**	34	0,26**
..å gi passende oppfølging for motiverte «sluttere»	20	0,18**	30	0,24**

[#] grad av faktisk intervensjon er målt med indeks bestående av variablene angitt i kolonne Intervensjonsaktivitet i Tabell 1

^{##} andel som svarer 5, 6, eller 7 på en skala fra 1 (passer ikke) til 7 (passer helt)

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

Tabell 5. Andel tannleger (789–806 svar) og tannpleiere (196–198 svar) som rapporterer ulike barrierer for intervensjon, og de egenrapporterte barrierenes korrelasjon med faktisk intervensjon[#] (r)

Følgende begrunnelser er foreslått som mulige barrierer for at tannhelsepersonell spør sine voksne pasienter om de bruker snus:	Tannleger		Tannpleiere	
	Andel som sier utsagnet passer ^{##}	Korrelasjon med intervensjon	Andel som sier utsagnet passer ^{##}	Korrelasjon med intervensjon
Jeg føler det ikke er min oppgave å diskutere folks snusevaner	29	-0,29**	23	-0,43**
Jeg føler jeg mangler kunnskap om effekt på tannhelsen ved bruk av snus	17	-0,24**	28	-0,19*
Jeg mener samtaler om snus tar for lang tid	23	-0,15**	15	-0,18 ^(is)
Jeg synes det er ubehagelig å spørre folk om deres snusevaner	20	-0,20**	22	-0,15 ^(is)
Jeg mener snus ikke er årsak til noe vesentlig problem for tannhelsen	18	-0,31**	12	-0,15 ^(is)

[#] grad av faktisk intervensjon er målt med indeks bestående av variablene angitt i kolonne Intervensjonsaktivitet i Tabell 1

^{##} andel som svarer 5, 6, eller 7 på en skala fra 1 (passer ikke) til 7 (passer helt)

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

betydning for grad av intervensjonsaktivitet blant tannlegene, antall år i yrket og egenrapporterte ferdigheter hadde også signifikante, men svakere, bidrag. Regresjonsmodellen forklarte 19 % av totalvariasjonen i grad av intervensjonsaktivitet for tannlegene, hvorav bakgrunnsvariablene sto for 3 % av forklaringskraften. Regresjonsanalysen for tannpleiere viste at holdninger til intervensjon i klinikken (beta = 0,35, $p < 0,01$) og forventede negative konsekvenser (beta 0,20, $p < 0,05$) hadde signifikant betydning for intervensjonsaktivitet. Blant tannpleierne forklarte de kognitive indeksene 24 % av variasjonen i intervensjonsaktivitet, totalt forklarte modellen 27 %.

Diskusjon

Intervensjonsaktivitet i Norge

I likhet med utenlandske undersøkelser (9, 10), viser vår studie at tannhelsepersonells kartlegging av snusbruk heller ikke skjer rutinemessig i Norge. Det er først når snusrelaterte skader avdekkes

at tannhelsepersonell tar opp pasientens snusbruk. Mer enn halvparten av tannhelsepersonellet mener det er deres oppgave å samtale med pasienten om snus og anser tannklinikken som en egnet arena for slik aktivitet.

En sammenligning av tannleger og tannpleiere viste at det var høyere intervensjonsaktivitet blant tannpleiere for røyking. Intervensjonsaktiviteten for snus var derimot lik for de to yrkesgruppene (ikke i tabell). Det ble også observert forskjeller mellom tannleger og tannpleiere i deres vurdering av de kognitive variablene. Tendensen var at tannleger i større grad enn tannpleierne erklærte seg enige i de oppgitte barrierene. Unntaket var manglende kunnskap om snusens effekt på tannhelsen.

Mulige årsaker til manglende intervensjon

Yngre tannleger tar i større grad opp snus sammenlignet med eldre tannleger. Dette kan skyldes ny kunnskap om skadevirkninger og påfølgende økt vektlegging på tobakksforebygging i utdan-

ningen av yngre kull. Samtidig viste undersøkelsen at den hyppigst oppgitte barriere blant tannleger var manglende forståelse for snusforebygging som en del av deres yrkesutøvelse. Tilsvarende rolletolkning blant tannleger er funnet i andre studier (10). Årsaken til dette kan være en forestilling om at tobakksforebygging er et ansvarsområde som tilhører annet helsepersonell, som leger, sykepleiere og tannpleiere. Tannlegene mente bl.a. at tannpleiere skulle engasjere seg i tobakksforebyggende arbeid i større grad enn deres egen yrkesgruppe. Snus er mindre utbredt og betraktes som et mindre folkehelseproblem enn røyking. Dette gjen-

speiles også i noen grad i tannhelsepersonells tilnærming til problemet.

Det har tidligere vært rapportert om ubehag og frustrasjon fra helsepersonells side ved å ta opp tema knyttet til tobakk med pasienten (11). Tobakksbruk blir oppfattet som et privat anliggende, og frykten for å framstå som moraliserende blir et hinder for intervensjon. Frykt for negative reaksjoner hos pasientene er identifisert i flere undersøkelser (12), men ser ut til å være uberettiget ifølge tannhelsepersonellens egne erfaringer. Tre prosent av tannpleierne (N=733) og tannlegene (N=171) med erfaring med

Tabell 6. Andel tannleger (794–829 svar) og tannpleiere (194–201 svar) som rapporterer ulike forventninger av intervensjonen, og de egenrapporterte forventningenes korrelasjon med faktisk intervensjon[#]

Dersom jeg tar opp snus med mine pasienter..	Tannleger		Tannpleiere	
	Andel som sier utsagnet passer ^{##}	Korrelasjon med intervensjon (r)	Andel som sier utsagnet passer ^{##}	Korrelasjon med intervensjon (r)
..vil det redusere sjansen for tannhel-seproblemer hos snuserne	42	0,13**	47	0,11 ^(is)
..vil det føre til at flere pasienter øns-ker å slutte	21	0,20**	26	0,32**
..vil jeg gjøre en bedre jobb som tann-lege/tannpleier	62	0,16**	63	0,14 ^(is)
.. vil jeg få dårligere kontakt med snuserne	11	-0,10*	9	-0,00 ^(is)
..vil det føre til økt misnøye hos snu-serne	27	-0,09*	26	0,03 ^(is)
..vil det øke min respekt blant snu-serne	20	0,12**	20	0,24**
..vil pasienten kunne be om hjelp jeg ikke vil være i stand til å gi	23	-0,03 ^(is)	27	-0,15 ^(is)
..vil pasienten oppfatte meg som moralist	46	-0,12**	47	-0,04 ^(is)

[#] grad av faktisk intervensjon er målt med indeks bestående av variablene angitt i kolonne Intervensjonsaktivitet i Tabell 1

^{##} andel som svarer 5, 6, eller 7 på en skala fra 1 (passer ikke) til 7 (passer helt)

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

Tabell 7. Andel tannleger (798–845 svar) og tannpleiere (197–207 svar) som rapporterer ulike holdninger, og de egenrapporterte holdningenes korrelasjon med faktisk intervensjon[#].

Hvor enig er du i følgende påstander:	Tannleger		Tannpleiere	
	Andel som er enig ^{##}	Korrelasjon med intervensjon (r)	Andel som er enig ^{##}	Korrelasjon med intervensjon (r)
Tannklinikken er uegnet som arena for å endre folks snusvaner	28	-0,20**	22	-0,24**
Bruk av snus bør kartlegges rutine-messig for tannlegejournalen	60	0,26**	72	0,34**
Tannleger bør engasjere seg i tobakksforebyggende arbeid overfor pasientene	63	0,24**	73	0,46**
Tannpleiere bør engasjere seg i tobakksforebyggende arbeid overfor pasientene	78	0,19**	76	0,48**

[#] grad av intervensjon er målt med indeks bestående av variablene angitt i kolonne Intervensjonsaktivitet i Tabell 1

^{##} andel som svarer 5, 6, eller 7 på en skala fra 1 (passer ikke) til 7 (passer helt)

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

Tabell 8. Bivariat og kontrollert effekt på grad av intervensjon[#] (korrelasjons- og multipl regressjonsanalyse)

	Tannleger R ² = 0,19		Tannpleiere R ² = 0,27	
	Bivariat (r)	Kontrollert beta	Bivariat (r)	Kontrollert beta
Kjønn	-0,11*	-0,02 ^(is)		
Varighet i yrke	-0,14**	-0,13**	-0,02 ^(is)	-0,001 ^(is)
Egne tobakksvaner ^{##}	-0,04 ^(is)	-0,01 ^(is)	-0,11 ^(is)	0,17 ^(is)
Egenrapporterte ferdigheter	0,33**	0,15**	0,27**	0,14 ^(is)
Opplevde barrierer	-0,38**	-0,31***	-0,33**	-0,20 ^(is)
Forventede positive konsekvenser	0,22**	0,01 ^(is)	0,31**	0,11 ^(is)
Forventede negative konsekvenser	-0,12**	0,05 ^(is)	-0,06 ^(is)	0,20*
Holdninger til intervensjon i klinikken	0,28**	0,06 ^(is)	0,49**	0,35**

[#] grad av intervensjon er målt med indeks bestående av variablene angitt i kolonne Intervensjonsaktivitet i Tabell 1

^{##} Har du noen gang brukt tobakk? Verdi 1=aldri, 2=enten røykt eller brukt snus, 3=har både røykt og brukt snus

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

intervensjon rapporterte om negative reaksjoner fra pasientene (ikke i tabellen). Holdninger til tobakksforebyggende virksomhet har betydning for faktisk intervensjonsaktivitet, særlig gjelder dette tannpleierne.

Hvordan øke intervensjonsaktiviteten?

Helsepersonell har ofte små forventninger til at pasienten skal slutte med tobakk som følge av deres intervensjon (13). I en studie ble snusbrukere bedt om å vurdere hvilke faktorer av totalt 11 som hadde størst innflytelse på deres valg om å slutte med snus. 63 % svarte «å se endringer på tenner eller i munnhulen som følge av snusbruk», 61 % svarte «dersom en tannlege råder meg til å slutte» (14). Flere studier har vist at motivasjon for å slutte, øker etter klinisk undersøkelse av tannlege (15, 16). En meta-analyse konkluderte med at bruk av snus lar seg modifisere ved intervensjon og resultatene blir bedre jo mer intensiv intervensjonen er (17). Tannhelsepersonell som implementerer et effektivt intervensjonsprogram i klinikken kan forvente sluttrater mellom 10–15 % (18).

Effekten av nikotinerstatningsprodukter er mindre utprøvd på snusbrukere enn på røykere. Verken nikotinplaster eller nikotintyggegummi ser ut til å ha særlig effekt på sluttrater for snusere (19). En mulig forklaring er for lav dosering av nikotinerstatning (17). Nikotinerstatning reduserer abstinenssymptomer og kan derfor være nyttig på tross av manglende dokumentert effekt.

Flere studier støtter behovet for opplæring og utvikling av utdanningsmateriell for å øke tannhelsepersonells intervensjonsaktivitet i klinikken. Tannhelsepersonell er i en unik posisjon når det gjelder forebygging av snusrelaterte skader, og opplæring bør fokusere på å motivere disse yrkesgruppene til å intervensjonere. Tannhelsepersonell bør bl.a. undervises i effekten av intervensjoner i tannklinikken, og hvilke resultater som kan forventes. Det kan også være hensiktsmessig å fordele arbeidsoppgavene knyttet til intervensjon overfor snusere. Kartlegging, informasjon om helsefordeler ved å slutte og motivering av de som ønsker å slutte kan fordeles mellom tannleger og tannpleiere, noe som vil være tidsbesparende.

Konklusjon

Det er et forbedringspotensial i intervensjonsaktivitet overfor pasienter idet spørsmål om snus først stilles rutinemessig når pa-

sientene allerede har utviklet symptomer på tobakksrelaterte sykdomstilstander i munnen. Manglende forståelse for at samtaler om snus er noe som tilhører deres arbeidsoppgaver var den hyppigst nevnte barriere blant tannleger. For tannpleierne var det største hinder manglende kunnskap om effekt på tannhelsen. Regresjonsanalysen viste at det var

holdninger som i størst grad forklarte tannpleierens intervensjonsaktivitet. Tannpleierne var mer positive til å engasjere seg i tobakksforebyggende arbeid enn tannlegene. For tannlegene var det opplevde barrierer som i hovedsak forklarte variasjon i intervensjonsaktivitet.

Tannhelsepersonell bør motiveres til i større grad å snakke med og veilede pasienter som bruker snus. Det er behov for opplæring av tannhelsepersonell slik at de kan imøtekomme en forventet økning i antall snusere, bl.a. som følge av innføring av stadig flere røykfrie fellesarenaer.

English summary

Lund M, Lund KE, Rise J.

Do dentists and dental hygienists speak to their patients about smokeless tobacco? Findings from a nationwide survey

Nor Tannlegeforen Tid 2003; 113: 900–7.

The dental office provides an excellent venue for providing smokeless tobacco intervention services. Dental staff has the opportunity to identify users of chewing tobacco at an early stage and may expect such intervention to be highly effective. The aim of the study was to examine this intervention in the dental office, barriers and attitudes toward it.

A questionnaire was mailed to a random sample of 1 500 dentists, (response rate 68 %) and the entire population of 522 dental hygienists (response rate 61 %).

In 70 % of the consultations involving patients presenting smokeless tobacco-related damage in the oral cavity, the dental staff raised the issue of its use. Patients without symptoms in the oral cavity were asked about oral snuff use in less than 20 % of the consultations. Self-help material or advice about nicotine replacement therapy were seldom given. Oral tobacco use was seen as a less important oral health problem than smoking. The intervention activity was higher towards smokers than chewing tobacco users.

Regression analyses showed that career span and perceived barriers explained most of the intervention activity for the dentists. The dental hygienists attitudes towards intervention were the most important variable explaining intervention activity. Dental staff are an unused resource in the field of smokeless tobacco prevention. There is room for improvement in intervention activity in the dental clinic.

Referanser

1. Lund, KE. Snus-atferd i Norge. Stensilnotat. Statens institutt for rusmiddelforskning, Oslo: SIRUS; . 2003.
2. Johnson N. Tobacco use and oral cancer: A global perspective. *J Dent Educ* 2001; 65: 328–39.
3. 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.
4. 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.
5. Lewin F, Norell S, Johansson H, Gustavsson P, Wennerberg J, Björklund A, et al. 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.
6. 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.
7. Wickholm S. Att snusa – ett omdebatterat tobaksbruk. Rapport nr 5, 2003. Stockholm: Centrum för Tobaksprevention; 2003.
8. Lund KE, Lund M, Rise J. Tobakksforebygging i norsk tannhelse-tjeneste. Resultater fra en nasjonal undersøkelse blant tannleger og tannpleiere. *Nor Tannlegeforen Tid* 2003; 113: 222–30.
9. Albert D, Ward A, Ahluwalia K, Sadowsky D. Addressing tobacco in managed care: A survey of dentists' knowledge, attitudes, and behaviours. *Am J Public Health* 2002; 92: 997–1001.
10. Prokhorov AV, Wetter DW, Padgett D, de Moor C, Le T, Kitzman H. Spit tobacco prevention and cessation counseling: statewide survey of health-care professionals and educators. *Subst Use Misuse* 2002; 37: 171–92.
11. Lund KE, Helagson A. Hvorfor unnlater helsepersonell å snakke med småbarnsforeldre om passiv røyking? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 1622–6.
12. Gerbert B, Coates T, Zahnd E, Richard RJ, Cummings SR. Dentists as smoking counsellors. *J Am Dent Assoc* 1989; 118: 29–32.
13. Rollnick S, Butler CC, Stott N. Helping smokers make decisions: the enhancement of brief intervention for general medical practice. *Patient Educ Couns* 1997; 31: 191–203.
14. Walsh MM, Hilton JF, Ernster VL, Masouredis CM, Grady DG. Prevalence, patterns, and correlates of spit tobacco use in a college athlete population. *Addict Behav* 1994; 19: 411–27.
15. Walsh MM, Greene JC, Ellison JA, Letendre MA, Bergert N. A dental-based, athletic trainer-mediated spit tobacco cessation program for professional baseball players. *J Calif Dent Assoc* 1998; 26: 365–72, 376.
16. Stevens VJ, Severson HH, Lichtenstein E, Little SJ, Leven J. Making the most of a teachable moment: A smokeless-tobacco cessation intervention in the dental office. *Am J Public Health* 1995; 85: 231–35.
17. Ebbert JO, Rowland LC, Montori VM, Vickers KS, Erwin J, Dale LC. Treatments for spit tobacco use: a quantitative systematic review. *Addiction* 2003; 98: 569–83.
18. Warnakulasuriya S. Effectiveness of tobacco counseling in the dental office. *J Dent Educ* 2002; 66: 1079–87.
19. Hatsukami DK, Grillo M, Boyle R, Allen S, Jensen J, Bliss R, Brown S. Treatment of spit tobacco users with transdermal nicotine system and mint snuff. *J Consult Clin Psychol* 2000; 68: 241–9.

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

Adresse: Marianne Lund, Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS),
postboks 565, Sentrum, 0105 Oslo. E-post: ml@sirus.no