

## 7 Tobaksavvänjning i tandvården

---

### Slutsatser

- Information av tandvårdspersonal till rökande och snusande patienter i kombination med nikotintuggummi ökar andelen som slutar med tobaksbruk.

### Inledning

SBU:s rapport ”Metoder för rökavvänjning” [1], tar kortfattat upp metoder för rökavvänjning som används inom tandvården. Följande kapitel redovisar en kompletterande litteraturgenomgång av området och beskriver metoder som syftar till att få patienterna att upphöra med såväl rökning som snusbruk.

Tandläkare och tandhygienister kan relativt lätt uppmärksamma rökning och snusbruk vid en vanlig undersökning av tandhälsan. Detta gäller i synnerhet tandhygienisterna, vars arbete är inriktat på förebyggande åtgärder och på senare år också utbildats i tobaksavvänjning. Eftersom tandvården kommer i kontakt med 85 procent av Sveriges vuxna befolkning varje år [18], är tandvården en viktig resurs i folkhälsoarbetet mot tobaksbruk.

### Attityder till tobaksbruk i tandvården

I Sverige registrerar drygt hälften av tandläkarna och majoriteten av tandhygienisterna patientens tobaksvanor, något som ökat med tiden och var ovanligt i början av 1990-talet [16]. Tandvårdspersonalens eget tobaksbruk har också minskat under motsvarande tid [2,16,32]. Enkätstudier från engelskspråkiga länder visar stora skillnader i hur ofta tandvårdspersonal efterfrågar eller registrerar sina patienters tobaksbruk. Antalet tandläkare som uppger att de oftast eller alltid tar upp en rök- eller tobaksanamnes varierar mellan 11 och 64 procent [4,5,13,17,19,20,25,28,33]. Ett fåtal studier av tandhygienister visar att de i en fjärdedel

till drygt hälften av fallen rutinmässigt informerar sig om patienternas tobaksbruk [7,13,17,25]. Det är emellertid inte alltid ett muntligt besked om tobaksvanor från patienterna registreras skriftligt i journalen [28,33]. Uppgifter om hur tobaksvanor registreras av tandvårdspersonal i andra delar av världen är inte tillgängliga för närvarande.

Tandvårdspersonalen anser själv i mycket hög grad att information och råd om tobaksavvänjning ingår i arbetsuppgifterna. I Sverige delas den uppfattningen av 82 procent av tandläkarna [2], vilket i viss mån kontrasterar mot tandläkares benägenhet att registrera tobaksbruk. I undersökningar från andra länder varierar attityderna kraftigt. En majoritet av tandläkarna i England, Canada, USA och på Nya Zeeland [6,14,28,33] anser att tobaksavvänjning tillhör tandvårdens uppgifter, medan endast en femtedel av tandläkarna i en australiensisk undersökning instämmer i detta påstående [10].

Trots den övervägande positiva attityden bland tandvårdspersonalen, så får inte alla tobaksbrukande patienter råd och information om avvänjning. I Sverige ger 36 procent av tandläkarna och 70 procent av tandhygienisterna rutinmässigt råd till sina patienter [32]. Internationellt är spridningen mycket stor, mellan 7 och 75 procent av tandläkarna ger alltid eller oftast sina rökande och snusande patienter råd om tobaksstopp [4,5,13,15,17,19,20,28], medan motsvarande andel av tandhygienisterna är 35 till 84 procent [7,13,17]. Enligt en amerikansk undersökning är särskilt käkkirurger ivriga rökavvänjare, hela 84 procent råder sina rökande patienter att sluta [21]. Av rökande patienter uppger 7–24 procent att de fått råd om rökstopp av sin tandläkare [5,31]. Av snusande patienter har 18 procent uppmanats att sluta [31].

## Hinder

Flera orsaker till att man inte oftare råder patienter att sluta med sitt tobaksbruk har identifierats. Både tandläkare och tandhygienister anger bristande tid [2,6,7,10,17,26,28,32], svårigheter att debitera för insatsen [2,7,10,13,15,17,28,32], osäkerhet på den egna kunskapen [2,6,7,10,13,26,28,32] och ”motstånd” från patienterna [7,10,17,28,32] som skäl att inte oftare råda i tobaksfrågor. Andra orsaker kan vara att man själv

tvivlar på effekterna av sina insatser [6,10,17,26,28,32] eller att man inte vet vart man kan remittera sin patient för professionell tobaksavvänjning [6,7,10,13,17,26,28,32]. Bland tandläkare i engelskspråkiga länder finns ett upplevt hot om att patienten skulle kunna känna sig kränkt av frågor om tobaksbruk och söka sig till en annan tandvårdsklinik [6,8,10,15,28]. Av tillfrågade tandhygienister anser drygt en tredjedel att tobaksbruk är patienternas ensak [26].

## Utbildning

Enligt två enkätstudier sker undervisning om rådgivning i tobaksavvänjning vid något mindre än hälften av tillfrågade tandläkarhögskolor i Europa och i USA [3,23]. Intressant nog förutsätter alla av de tillfrågade tandläkarhögskolorna i USA att studenterna ger råd i tobaksfrågor till sina patienter [3]. Enligt samma undersökning ges undervisning till tandhygieniststudenter vid drygt hälften av tandhygienistskolorna. Tillfrågade studenterna om hur mycket undervisning de fått i tobaksfrågor, anger drygt hälften att tobaksavvänjningsprogram diskuteras medan endast 14 procent faktiskt praktiserat rådgivning under utbildningen [24]. Trots detta tänker en övervägande majoritet av studenterna praktisera tobaksavvänjning när de börjar arbeta som tandläkare och över hälften planerar att ta hjälp av nikotinersättningspreparat. Framtidens kliniskt aktiva tandläkare verkar alltså känna ett större självförtroende när det gäller att ge råd och avvänjningsstöd till rökande och snusande patienter än vad som tidigare varit fallet.

## Metoder för avvänjning

### Sökstrategi

Sammanlagt 42 referenser identifierades vid sökning i Medline mellan 1966 och 2000 med sökorden "smoking/prevention & control", "smoking cessation", "dental staff", "dentists", "faculty dental", "dental assistants", "dental auxiliaries", "dental hygienists", "health education", "dental". Samtliga av dessa artiklar rekvirerades i fulltext. Efter granskning av referenslistorna beställdes ytterligare 18 artiklar. Av de beställda artiklarna behandlade 17 stycken interventioner vid tobaksbruk, 18 var

översiktsartiklar och 25 undersökte attityder till och strategier för tobaks-  
avvänjning inom tandvården, oftast i form av enkäter till tandvårds-  
personal eller patienter. Efter en kompletterande sökning november 2001  
beställdes ytterligare 5 artiklar. Interventionsstudierna granskades och  
kvalitetsbedömdes av arbetsgruppen, medan övriga studier användes för  
att kunna redovisa attityder och bakgrundsdata. Endast de sju interven-  
tionsstudier som belyste den aktuella frågeställningen, redovisade klart  
utfallsmått på patientnytta och hade acceptabelt vetenskapligt värde, har  
använts för de redovisade slutsatserna.

## **Utfallsmått**

De flesta av studierna har total rök- eller snusfrihet som huvudsakligt  
utfallsmått, även om några också anger förändringar i konsumtionen  
som ett mått på behandlingens effektivitet. I två studier [9,12] verifieras  
rökfrihet med kolmonoxidtestning av patienterna medan man i övriga  
studier förlitat sig på patientens egna uppgifter, antingen vid personlig  
kontakt eller genom en enkät. Eftersom rökning ger ett starkt beroende  
(se Kapitel 1) och återfallsfrekvensen är hög, bör behandlingen resultera i  
kontinuerlig rökfrihet minst 6 månader, men helst 1 år för att anses som  
lyckad. De studier som har kortare uppföljningstid ger svagare evidens  
för att behandlingsmetoden är framgångsrik.

## **Metodproblem vid utvärdering av litteraturen**

Många studier som identifierades i sökningen var beskrivningar av  
tobakspreventiva åtgärder men inga behandlingsstudier i den meningen  
att en åtgärd jämfördes med en obehandlad kontrollgrupp eller en annan  
behandling. Sådana artiklar exkluderades från sammanställningen. Av de  
granskade artiklarna var det således endast sju som uppfyllde inklusions-  
kriterierna och hade acceptabel vetenskaplig kvalitet. För studier med  
överlappande eller samma patientmaterial har den senast publicerade  
studien tagits med och preliminära studier har exkluderats. De studier  
som redovisas i detta kapitel har metodologiska problem och ingen har  
bedömts vara av högt vetenskapligt värde. Uppföljningstiden är i flera  
fall för kort för att man ska kunna dra några säkra slutsatser om utfallet  
av behandlingen och patienternas egna uppgifter om rökfrihet kan

många gånger vara osäker. Behandlingen har inte varit okänd för den som utvärderat resultatet, förutom i en studie [9], vilket gör att förväntningar på behandlingsresultatet kan ha påverkat utfallet.

## Resultat

### Rådgivning

Information om riskerna med tobaksbruket och en uppmaning att sluta, är troligen den vanligaste formen av avvänjningsmetod inom tandvården, oavsett det gäller rökning, snusning eller både rökning och snusning. Det vetenskapliga underlaget till dessa åtgärder är emellertid hittills mycket begränsat. I två studier [27,30] utbildades tandvårdspersonalen under 2–3 timmar i tobaksavvänjning och i ett fall förstärktes också motivationen hos tandvårdspersonalen genom regelbundna besök av en av försöksledarna. Informationen till patienterna kompletterades med olika typer av förstärkande åtgärder, som att se en video, få klistermärken, en självhjälpmanual, ett telefonnummer till en ”hjälp-linje” för tobaksavvänjning och sockerfritt tuggummi. Inte i någon av dessa studier analyserades vilken av delarna i interventionen som hade störst betydelse, men i den studie som undersökte patienternas följsamhet till behandlingen såg 68 procent videofilmen och nästan alla tog emot självhjälpmanualen [30]. Snusare som erhöll information och förstärkande åtgärder, hade upphört med sitt snusbruk i 10 [27] respektive 18 [30] procent 1 år efter interventionen, jämfört med några få procent i vardera kontrollgruppen.

I en studie av rökare, hade 13 procent som fått information slutat efter observationstiden, som varierade mellan mindre än 3 månader till mer än 1 år, jämfört med 4 procent av icke-informerade [22]. Informationen var kortfattad, 4–6 minuter, och gavs vid varje behandlingstillfälle på en specialistklinik för parodontala sjukdomar. Patientmaterialet är alltså selekterat, patienterna kan ha varit starkt motiverade att sluta röka pga sin parodontala sjukdom, vilket gör att resultatens generaliserbarhet till andra patientgrupper är svårbedömd. Uppföljningstiden var kortare för den grupp som reducerade sin rökning än för de patienter som fortsatte röka, vilket också gör att det är svårt att dra några säkra slutsatser. En

bättre kontrollerad undersökning [27] visade ingen skillnad mellan rökstopp efter 1 år hos patienter efter lång eller kort information jämfört med kontrollgruppen som inte fått någon information.

För att tandläkaren ska påminnas om att diskutera tobaksfrågor med patienterna, har en studie visat positiv effekt på antalet patienter som bestämt ett datum för att sluta röka genom att fluorescerande minneslappar har fästs i journalerna [11]. När samma författare undersökte hur många som verkligen slutade visade sig inte minneslapparna ge någon tilläggs effekt till nikotintuggummi eller rådgivning [12].

I en öppen, okontrollerad studie från en folktandvårdsklinik i Sverige informerades ungdomar (12–19 år) under 5 minuter av sitt årliga tandläkarbesök om tobakens effekt på tand- och munhälsa [29]. I väntrummet fanns också en video och broschyrer om tobak som patienterna fick ta del av efter eget önskemål. Den muntliga informationen på folktandvårdskliniken gavs av både tandläkare, tandhygienister och tandsköterskor, dessutom informerade tandsköterskorna i skolklasser. Vid återbesök 1 år senare var andelen flickor som använde tobak dagligen 7 procent i den grupp som fått rådgivning jämfört med 11 procent för flickor i samma åldersgrupp som undersökts 2 år tidigare. Dagligt tobaksbruk för pojkar sjönk från 12 procent till 8 procent.

## Nikotinersättningsmedel

I en studie på en tandläkarhögskola i USA fick rökare som ville sluta information och rådgivning innan de randomiserades till behandling med nikotintuggummi eller placebotuggummi [9]. Uppföljningstiden var 15 veckor och rökstopp kontrollerades med kolmonoxidsmätning av utandningsluften. Något fler än 12 procent i nikotintuggummigruppen lyckades helt sluta med cigaretterna jämfört med 5 procent i placebo-gruppen. Däremot visade sig ingen skillnad mellan grupperna när man jämförde hur många som dragit ner på sin konsumtion. Uppföljningstiden var kort men studien visar att användning av nikotintuggummi kan vara en värdefull metod för tobaksavvänjning även i tandvården. En annan studie från USA jämförde antalet rökare som lyckades sluta efter att privat tandläkare och hygienister randomiserats till olika behandlings-

strategier, kombinationer av rådgivning, uppföljningar och nikotintuggummi [12]. De patienter som fått någon kombination innehållande nikotintuggummi visade sig vara rökfria i högre grad än de andra grupperna vid ettårsuppföljningen.

## Diskussion

Tandvårdspersonal tycker själva att tobaksavvänjning hör till arbetsuppgifterna för tandvården och nyutbildade tandläkare och tandhygienister planerar att i hög grad arbeta aktivt med tobaksavvänjning. Trots det finns flera hinder för att detta ska bli en allmän praxis i tandvården. I svenska undersökningar anges bristande tid och svårigheter att debitera för insatsen som betydelsefulla faktorer. Det är alltså viktigt att inte minst beslutsfattare underlättar för tandvårdspersonalen att bedriva detta arbete på ett systematiskt sätt, genom att ställa resurser till förfogande.

De granskade interventionerna bygger på kombinationer av rådgivnings- och informationsåtgärder och i de flesta fall kan man inte skönja någon medveten strategi för hur dessa valts ut och kombinerats. Det är också svårt att dra några slutsatser om hur programmen skulle fungera i andra sammanhang eftersom själva informationen som givits till patienterna är så knapphändigt beskriven.

Av de studier som enbart undersöker hur rådgivning och information påverkar antalet patienter som slutar röka visar två stycken en positiv effekt medan en inte visar någon skillnad mellan behandlad grupp och kontrollgrupp. De undersökningar där nikotinersättningsmedel används visar båda en positiv effekt jämfört med endast rådgivning. Uppföljningstiden var dock i den ena studien endast 15 veckor.

En undersökning av ett avvänjningsprogram för snusare visar god effekt av information och rådgivning kompletterat med kontakt med en telefonjänst.

Inget försök till beräkning av kostnadseffektivitet för olika behandlingar finns tillgänglig i de granskade studierna.

Eftersom information och rådgivning är ett enkelt och snabbt sätt att försöka bryta en tobaksvana, är det angeläget att man studerar långtids-effekterna och kostnadseffektiviteten av sådan intervention i tandvårds-

**Tabell 1** Metoder för tobaksavvänjning i tandvården.

Författare, år	Ref nr	Studie design	Individer kvinnor/män	Metod	Referens
Christen, 1984	[9]	RCT DB	Rökare a) 103 b) 105 123/85	a) 1 möte 60 min NT + råd + telefon	b) 1 möte 60 min PT + råd + telefon
Cohen, 1987	[11]	RCT av tandläkare	Rökare 647	a) råd + lappar b) råd + NT c) råd + NT + lappar	d) råd
Cohen, 1989	[12]	RCT av tandl tandhyg	Rökare 1 027 585/442	5–10 min a) råd + NT b) råd + lappar + NT	c) råd d) råd + lappar
Mcgregor, 1996	[22]	RCT	Cig rökare 155 a) 100 b) 55	a) råd 4–6 min	b) Ingen åtgärd
Severson, 1998	[27]	RCT av kliniker	Rökare/snusare 4 761	a) råd + kit + video + rökslut-datum + telefon + kontakt b) råd + kit	c) Sedvanl beh



miljö. Bättre kunskap behövs också om tandläkares förskrivning eller rekommendation om nikotinersättningspreparat.

Observationstid	Resultat % lyckat	Signifikans odds/ratio	Kommentar
15 v	15 v a) 12% b) 4,8%	2,89 (0,99–8,42)	Validerad rökfrihet (CO mätning) Räknat inkl bortfall 24%
	a) 14% b) 6% c) 31% d) 3%		Hjälp att bestämma slutdatum som utfallsmått
12 mån	a) 77,7% b) 4,7% c) 3,1% d) 2,8%	(a+b) vs (c+d) 2,02 (1,12–3,64)	Validerad rökfrihet (CO mätning) Punktprevalens vid uppföljn
<1 mån→1 år	a) 13%* b) 4%*	3,96 (0,86–18,2)	* omräknat inkl bortfall 12%
12 mån	a) 2,5% rök 10,2% snus b) 2,6% rök inga snusare i denna grupp	c) 2,4% rök 3,3% snus	Experimentkliniker 3 tim workshop Räknat inkl bortfall 23%

Tabellen fortsätter på nästa sida.

**Tabell 1** forts

Författare, år	Ref nr	Studie design	Individer kvinnor/män	Metod	Referens
Skjöldebrand, 1997	[29]	Kohort Historisk kontroll	Rökare/snusare 12–19 år 859 fick intervention	Råd + video + skolinformation	Jämfört med 933 st 12–19 år året innan informationen genomfördes
Stevens, 1995	[30]	RCT av tandl tandhyg	Snusare a) 245 b) 273 endast män	a) 2,5–4,5 min Råd + video + självhjälpman + telefon + utskick	b) Sedvanl beh

	Observa- tionstid	Resultat % lyckat	Signifikans odds/ratio	Kommentar
	12 mån	Andelen tobaks- användare var 4,3% (flickor), 3,7% (pojkar) färre i samma åldersgrupp innan interventionen		
	12 mån	a) 18,4%* b) 12,5%*		Experimentkliniker 2 tim workshop *(10,2% resp 7,0 % slutat också med rökning) Räknat inkl bortfall 17%

## Referenser

1. Metoder för rökavvänjning. SBU-rapport nr 138, Stockholm 1998.
2. Allard RH. Tobacco and oral health: attitudes and opinions of European dentists; a report of the EU working group on tobacco and oral health. *Int Dent J* 2000; 50:99-102.
3. Barker GJ, Williams KB. Tobacco use cessation activities in U.S. dental and dental hygiene student clinics. *J Dent Educ* 1999; 63:828-33.
4. Block DE, Block LE, Hutton SJ, Johnson KM. Tobacco counseling practices of dentists compared to other health care providers in a midwestern region. *J Dent Educ* 1999;63:821-7.
5. Brink SG, Gottlieb NH, McLeroy KR, Wisotzky M, Burdine JN. A community view of smoking cessation counseling in the practices of physicians and dentists. *Public Health Rep* 1994;109:135-42.
6. Campbell HS, Macdonald JM. Tobacco counselling among Alberta dentists. *J Can Dent Assoc* 1994;60:218-20, 23-6.
7. Chambers AK, Corbin DE. Tobacco control activities of Iowa dental hygienists. *J Community Health* 1996;21:375-87.
8. Chestnutt IG, Binnie VI. Smoking cessation counselling – a role for the dental profession? *Br Dent J* 1995;179:411-5.
9. Christen AG, McDonald JL Jr, Olson BL, Drook CA, Stookey GK. Efficacy of nicotine chewing gum in facilitating smoking cessation. *J Am Dent Assoc* 1984;108:594-7.
10. Clover K, Hazell T, Stanbridge V, Sanson-Fisher R. Dentists' attitudes and practice regarding smoking. *Aust Dent J* 1999;44:46-50.
11. Cohen SJ, Christen AG, Katz BP, Drook CA, Davis BJ, Smith DM, et al. Counseling medical and dental patients about cigarette smoking: the impact of nicotine gum and chart reminders. *Am J Public Health* 1987;77:313-6.
12. Cohen SJ, Stookey GK, Katz BP, Drook CA, Christen AG. Helping smokers quit: a randomized controlled trial with private practice dentists. *J Am Dent Assoc* 1989;118:41-5.
13. Dolan TA, McGorray SP, Grinstead-Skigen CL, Mecklenburg R. Tobacco control activities in U.S. dental practices. *J Am Dent Assoc* 1997;128:1669-79.
14. Fried JL, Cohen LA. Maryland dentists' attitudes regarding tobacco issues. *Clin Prev Dent* 1992;14:10-6.
15. Gerbert B, Coates T, Zahnd E, Richard RJ, Cummings SR. Dentists as smoking cessation counselors. *J Am Dent Assoc* 1989;118:29-32.
16. Halling A UE, Bjerner B, Solén G. Tandvårdspersonal, tobaksvanor och tobaksförebyggande arbete i Sverige 1991. *Tandläkartidningen* 1992;84:1078-84.
17. Hastreiter RJ, Bakdash B, Roesch MH, Walseth J. Use of tobacco prevention and cessation strategies and techniques in the dental office. *J Am Dent Assoc* 1994;125:1475-84.

18. Hjern A, Grindefjord M, Sundberg H, Rosén M. Social inequality in oral health and use of dental care in Sweden. *Community Dent Oral Epidemiol* 2001;29:167-74.
19. John JH, Yudkin P, Murphy M, Ziebland S, Fowler GH. Smoking cessation interventions for dental patients – attitudes and reported practices of dentists in the Oxford region. *Br Dent J* 1997;183:359-64.
20. Jones RB, Pomrehn PR, Mecklenburg RE, Lindsay EA, Manley M, Ockene JK. The COMMIT dental model: tobacco control practices and attitudes. *J Am Dent Assoc* 1993;124:92-104; discussion 6-8.
21. Laskin DM. Smoking habits and attitudes of oral and maxillofacial surgeons. *J Oral Maxillofac Surg* 1987;45:493-5.
22. Macgregor ID. Efficacy of dental health advice as an aid to reducing cigarette smoking. *Br Dent J* 1996;180:292-6.
23. McCartan BE, Shanley DB. Policies and practices of European dental schools in relation to smoking: the place of tobacco education in the undergraduate dental curriculum. *Br Dent J* 1995;179:306-8.
24. Rankin KV, Jones DL, McDaniel RK. Oral cancer education in dental schools: survey of Texas dental students. *J Cancer Educ* 1996;11:80-3.
25. Secker-Walker RH, Solomon LJ, Flynn BS, Dana GS. Comparisons of the smoking cessation counseling activities of six types of health professionals. *Prev Med* 1994;23: 800-8.
26. Severson HH, Eakin EG, Stevens VJ, Lichtenstein E. Dental office practices for tobacco users: independent practice and HMO clinics. *Am J Public Health* 1990;80: 1503-5.
27. Severson HH, Andrews JA, Lichtenstein E, Gordon JS, Barckley MF. Using the hygiene visit to deliver a tobacco cessation program: results of a randomized clinical trial. *J Am Dent Assoc* 1998;129:993-9.
28. Skegg JA, McGee RO, Stewart AW. Smoking prevention: attitudes and activities of New Zealand dentists. *N Z Dent J* 1995; 91:4-7.
29. Skjöldebrand J, Gahnberg L. Tobacco preventive measures by dental care staff. An attempt to reduce the use of tobacco among adolescents. *Swed Dent J* 1997;21: 49-54.
30. Stevens VJ, Severson H, Lichtenstein E, Little SJ, Leben J. Making the most of a teachable moment: a smokeless-tobacco cessation intervention in the dental office. *Am J Public Health* 1995;85:231-5.
31. Tomar SL, Husten CG, Manley MW. Do dentists and physicians advise tobacco users to quit? *J Am Dent Assoc* 1996;127: 259-65.
32. Uhrbom E HA, Bjerner B. Tandvårdspersonalens tobaksvanor och tobaksförebyggande arbete. *Svenska enkäter 1991 och 1996. Tandläkartidningen* 1997;89:47-53.
33. Warnakulasuriya KA, Johnson NW. Dentists and oral cancer prevention in the UK: opinions, attitudes and practices to screening for mucosal lesions and to counselling patients on tobacco and alcohol use: baseline data from 1991. *Oral Dis* 1999; 5:10-4.