

Prosjektoppgave for det integrerte mastergradsstudiet i odontologi

Kunnskaper om tobakk og holdninger til
tobakksforebyggende arbeid i tannhelsetjenesten: en
survey blant tannlege og tannpleiestudenter ved
Universitetet i Bergen

Av: Nils Johannes Lysen og Olav Hoff Petersen

Veileder: Anne Nordrehaug Åstrøm

Takk

Vi vil rette en stor takk til vår veileder Anne Nordrehaug Åstrøm. Vi har fått god hjelp og veiledning. En riktig stor takk også til Linda Karin Forshaw, som har hjulpet oss med distribusjon og analyse av spørreundersøkelsen.

Sammendrag	5
English abstract	6
Bakgrunn	7
INNLEDNING	8
Grunnleggende fakta om tobakk	8
Innhold i røyketobakk	9
Tobakksprodukter	13
Nikotin	15
Bruksområder	16
Snusbruk og røykavvenning	16
Vern mot tobakksskader	17
Tobakksbruk i Norge	18
Tobakk og helse	25
Tobakk og oral helse	26
Forebyggende arbeid	27
Tannhelseforebyggende og helsefremmende arbeid i Norge	29
Forebyggende arbeid i tannhelsetjenesten	30
Tobakksforebyggende arbeid i Norge	31
Tannhelsetjenesten som ressurs i det tobakksforebyggende arbeidet	33
MÅLSETTING	35
MATERIAL OG METODE	36
RESULTATER	38
Utvalgets profil (Tabell 1 og Figur 1)	38
Forekomst og fordeling av tobakksbruk blant tannlege- og tannpleierstudenter (Tabell 2a og b)	38
Tobakkens skadevirkning etter studentstatus, kjønn, røyke status, snusbruk og alder (Tabell 2c, 3a, 3b og 3c)	39
Mottatt informasjon om tobakkens skadevirkninger etter studentstatus, kjønn, og alder (Tabell 4a, 4b og 4c)	40
Oppfatninger om- og holdninger til tobakksforebyggende arbeid etter studentstatus (Tabell5-7)	41
DISKUSJON	44
Røyke og snusvaner:	44
Studentene mottatt informasjon fra flere kanaler	45
Studentenes vurdering av hvor skadelig ulike tobakksprodukter er	46
Studentenes holdninger til at tobakksforebygging skal være en del av tannhelsetjenestens forebyggende og helsefremmende arbeid	46
Studenters holdninger til selv å drive tobakksforebygging overfor sine pasienter	47

Sammendrag

Kunnskaper om tobakk og holdninger til tobakksforebyggende arbeid i tannhelsetjenesten: en survey blant tannlege og tannpleierstudenter ved Universitetet i Bergen.

I en undersøkelse ble 216 tannlegestudenter og 54 tannpleierstudenter invitert til å delta. Spørreskjema ble sendt ut via e-post. I alt svarte 34 (63%) tannpleierstudenter og 126 (58%) tannlegestudenter. Målet med undersøkelsen var å kartlegge tannlege og tannpleierstudentenes tobakksbruk, hvor studentene hentet informasjon med hensyn til tobakksprodukter, studentenes vurdering av hvor skadelig de ulike tobakksprodukter er, og deres holdninger til at tobakk skal være en del av tannhelsetjenestens forebyggende og helsefremmende arbeid.

Totalt oppga 10,7 % av tannlegestudentene og 11,8 % av tannpleierstudentene at de snuste daglig. Tilsvarende prosentandeler når det gjelder daglig røyking var 1,7 % og 2,9 %. Tannlegestudentene, anså snus som mindre skadelig enn tannpleierstudentene. Blant tannpleierstudentene, mente 94,1 % at snus var skadelig mot 58,3% av tannlegestudentene. Gjennomsnittlig skadevurdering for tobakksprodukter lå for tannlegene lavere enn for tannpleierstudentene.

Mestringsforventninger til det å drive tobakksforebyggende arbeid i tannhelsetjenesten (dvs. hvor lett eller vanskelig studentene mente dette var) hadde en statistisk signifikant sammenheng med studentenes beslutning om å drive tobakksforebygging som utøvende tannhelsearbeidere.

Totalt svarte 15,6% av tannpleierne og 43,4% av tannlegene at de ville bli oppfattet som en moralist dersom de drev tobakksforebyggende arbeid i tannhelsetjenesten.

Oppfatningen at studentene ville gjøre en viktig jobb som tannlege/tannpleier dersom de drev tobakksforebyggende arbeid var den sterkeste motivasjonen for å bestemme seg for faktisk å gjøre dette.

English abstract

Knowledge about tobacco and attitudes to tobacco prevention in dental health amongst dental- and dental hygienist students at University of Bergen – a survey.

Results from a survey for dental- and dental hygienist students in Bergen spring 2011: Dental health has been seen as an unused resource for tobacco prevention. A survey conducted by SIRUS in 2002 found that dentists and dental hygienists rarely raised questions about smoking to their patients.

216 dental students and 54 dental hygienist students were asked if they would participate in the survey. Questionnaires were sent out via e-mail to a total of 34 dental hygienist students and 126 dental students. The aim of this study was to map the dentist and dental hygienist students tobacco use, where students collected information about tobacco products, the students' assessment of how harmful the various tobacco products, and the concern that tobacco should be part of dental health prevention and health promotion.

Total 10.7% of dental students and 11.8% of the dental hygienist students report that they used snus daily. The corresponding percentages in terms of daily smoking were 1.7% and 2.9%. Those who responded of the dental students believed snus is less harmful than dental hygienist students. Out of the dental hygienist students 94.1% thought snus was harmful, while 58.3% of dental students had this opinion. Average damage assessment for tobacco products were for dentists lower than for the dental hygienist students.

Coping expectations towards running tobacco prevention (how easy or difficult students thought it was) had a statistically significant correlation with students' decision to engage in tobacco prevention as workers in dental care.

Total 15.6%, of dental nurses and 43.4% of the dentists thought that they would be seen as a moralist if they practiced tobacco prevention in dental health. The perception that the students would do an important job as a dentist / dental hygienist if they practiced tobacco prevention was the strongest motivation to actually do it

Bakgrunn

Tobakksforebygging – et ansvar for tannhelsepersonell?

Det er kjent at tannhelsepersonell utgjør en ubrukt ressurs når det gjelder tobakksforebyggende arbeid. En undersøkelse utført av SIRUS i 2002 fant at tannleger og tannpleiere bare i liten grad tok opp spørsmål om røykeslutt med sine pasienter – dersom det ikke var tegn til tobakksrelaterte skader ved undersøkelse av munnhulen. Denne undersøkelsen ble publisert i NTF's Tidene, 2003.¹ Institutt for klinisk odontologi ved Det medisinsk-odontologiske fakultet i Bergen ønsker å kartlegge holdninger til tobakksforebyggende arbeid i tannhelsetjenesten blant tannpleier- og odontologistudenter ved de tre odontologiske læresteder i Norge, Universitetene i Bergen, Oslo og Tromsø. I utgangspunktet vil det utføres en pilot undersøkelse begrenset til tannlege og tannpleierstudenter ved universitetet i Bergen. Målsettingen med studien er å kartlegge studentenes bruk av ulike tobakksprodukter, skadevirkninger og deres holdninger til fremtidig tobakksforebyggende arbeid som yrkesaktive tannpleiere og tannleger. Studien gjennomføres som en selvadministrert spørreskjemaundersøkelse blant studentene.

Innledning

Tobakk er et stimulantia som er utbredt over hele verden i ulike former. Det blir nevnt som det eneste lovlige produktet som når det brukes slik det er ment, fører til sykdom og for tidlig død.² Selv med dagens kunnskap og folkeopplysning om helserisiko og sykdommer forbundet med bruk av tobakksprodukter er bruken av tobakk fremdeles utbredt.³ Verdens helseorganisasjon har lenge benyttet begrepet tobakksepidemi for å beskrive situasjonen.⁴ Mange studier viser en klar sammenheng mellom røyketobakk og sykdommer i munnhulen.⁵ Tannleger som del av helsevesenet i Norge er en viktig arena for å kunne utøve både primær- og sekundærforebygging innen tobakksbruk. Tannleger og tannpleiere kan betraktes som en ressurs i det tobakksforebyggende arbeidet. For å motivere helsepersonell til å gjøre en innsats i tobakksforebyggende arbeid er det viktig å kartlegge holdninger og kunnskaper blant praktiserende helsepersonell så vel som de som er under utdanning.

I denne oppgaven rettes fokus mot tannlegestudenter og tannpleiestudenter ved Universitetet i Bergen. Et strukturert spørreskjema ble distribuert elektronisk og danner data grunnlaget for denne oppgaven. Spørreskjemaundersøkelsen bør ha ansees som en pilotstudie for en seinere studie basert på et utvidet utvalg.

Grunnleggende fakta om tobakk

Tobakk er et produkt som kommer fra tobakksplanten hvorav *Nicotiana tabacum* og *Nicotiana rustica* er de viktigste artene. Det er bladene på denne planten som benyttes i produksjon av de ulike tobakksproduktene som kan deles inn i røyk- og røykfri tobakk.⁶ Tobakksplanten kommer opprinnelig fra Sør -Amerika og man antar at den har blitt dyrket helt tilbake til 5000-3000 år før Kristus. Bruken av tobakk var stort sett begrenset til det amerikanske kontinent frem til Columbus ankom Amerika i 1492. Tobakksfrø ble brakt hjem til Spania og Portugal for å dyrkes og var ironisk nok først intendert brukt som medisin blant annet for å kurere og forebygge kreft. Sigaretter ble først laget for hånd På1850 tallet i England tok man i bruk maskiner for masseproduksjon.⁷

Dette, kombinert med oppfinnelsen av en trygg fyrstikke, en mildere type røyketobakk og masseproduserte aviser og magasiner, ga mulighet for storskala markedsføring og ansees som viktige faktorer for den økningen i antall røykere man kunne se i det 20. århundre.⁸ Man fikk i USA en stor økning i antall røykere før og etter andre verdenskrig da tobakksprodusenter ga soldater gratis sigaretter som en del av feltrasjonspakken.⁴ Med økende popularitet i USA hadde man på midten av 1960 tallet en topp i antall røykere hvor prevalens (forekomsten) dagligrøykere var over 40% blant ungdom og voksne i den amerikanske befolkningen.⁶

Innhold i røyketobakk

Røyk fra tobakk inneholder over 4500 kjente kjemiske forbindelser.⁹ IARC – International Agency for Research on Cancer har vurdert den kreftfremkallende effekten av 72 kjente karsinogener i tobakksrøyk og har kommet frem til 16 stoffer som kan klassifiseres som kreftfremkallende for mennesker (se tabell A nedenfor). Det er dessuten flere karsinogener i tobakksrøyk som ikke er vurdert av IARC.¹⁰

Table 1. Constituents of Cigarette Smoke Classified by the IARC as Carcinogenic (updated and revised in 2010)^a

Carcinogen	Range of representative amounts in mainstream cigarette smoke, per cigarette		IARC Monographs evaluation of carcinogenicity				IARC Monograph volume, year; and (additional references)
	Weight	mol ^b	In animals	In humans	IARC group		
Polycyclic aromatic hydrocarbons (PAH)							
Benz[<i>a</i>]aceanthrylene ^c	Present	—	Limited		2B	92, 2010; (Rodgeman & Perfetti, 2009)	
Benz[<i>a</i>]anthracene	2.6–26.8 ng	117 pmol	Sufficient		2B	92, 2010; S7, 1987; (Chen & Moldoveanu, 2003; Ding et al., 2005; Roemer et al., 2004)	
Benzo[<i>b</i>]fluoranthene	1.3–17.0 ng	67 pmol	Sufficient		2B	92, 2010; S7, 1987; (Ding et al., 2005; Roemer et al., 2004)	
Benzo[<i>k</i>]fluoranthene	1.8–24 ng	95 pmol	Sufficient		2B	92, 2010; S7, 1987; (Ding et al., 2007)	
Benzo[<i>k</i>]fluoranthene	0.5–3.3 ng	13 pmol	Sufficient		2B	92, 2010; S7, 1987; (Ding et al., 2005; Roemer et al., 2004)	
Benzo[<i>c</i>]phenanthrene ^c	Present	—	Limited		2B	92, 2010	
Benzo[<i>a</i>]pyrene (BaP)	1.0–15.2 ng	60 pmol	Sufficient	Limited	1	92, 2010; S7, 1987; (Counts et al., 2004; Ding et al., 2005; Hammond & O'Connor et al., 2009; Roemer et al., 2004)	
Chrysene	2.6–24.7 ng	108 pmol	Sufficient		2B	92, 2010; (Chen & Moldoveanu, 2003; Ding et al., 2005)	
Cyclopenta[<i>c,d</i>]pyrene ^c	Present	—	Sufficient		2A	92, 2010; (Rodgeman & Perfetti, 2009)	
Dibenz[<i>a,h</i>]anthracene	ND–6 ng	22 pmol	Sufficient		2A	92, 2010; S7, 1987; (Ding et al., 2007; Roemer et al., 2004)	
Dibenzo[<i>a,e</i>]pyrene	1.5–2.6 ng	8.6 pmol	Sufficient		2B	92, 2010; S7, 1987; (Ding et al., 2007; Roemer et al., 2004)	
Dibenzo[<i>a,i</i>]pyrene	0.7–1.2 ng	4.0 pmol	Sufficient		2B	92, 2010; S7, 1987; (Ding et al., 2007; Roemer et al., 2004)	
Dibenzo[<i>a,h</i>]pyrene ^c	5–9.5 ng	31 pmol	Sufficient		2B	92, 2010; (Smith et al., 2001)	
Dibenzo[<i>a,d</i>]pyrene ^c	0.1 ng	0.3 pmol	Sufficient		2A	92, 2010; (Seidel et al., 2004)	
Indeno[1,2,3- <i>c,d</i>]pyrene	0.65–11.2 ng	41 pmol	Sufficient		2B	92, 2010; S7, 1987; (Ding et al., 2007; Roemer et al., 2004)	
5-Methylchrysene ^c	ND–2 ng	8.3 pmol	Sufficient		2B	92, 2010; S7, 1987; (Smith et al., 2001)	
Other hydrocarbons							
1,3-Butadiene	6.4–68.7 µg	1.3 µmol	Sufficient	Sufficient	1	97, 2008; 71, 1999; (Chen & Moldoveanu, 2003; Counts et al., 2004; Hammond & O'Connor, 2008; Gregg et al., 2004; Intorp et al., 2009; Roemer et al., 2004)	
Isoprene	70–586 µg	8.6 µmol	Sufficient		2B	60, 1994; 71, 1999; (Chen & Moldoveanu, 2003; Counts et al., 2004; Gregg et al., 2004)	
Benzene	6.1–58.9 µg	0.8 µmol	Sufficient	Sufficient	1	29, 1982; S7, 1987; (Chen & Moldoveanu, 2003; Counts et al., 2004; Gregg et al., 2004)	
Ethylbenzene ^c	Present	—	Sufficient	Inadequate	2B	77, 2000	
Naphthalene	65–868 ng	0.068 µmol	Sufficient	Inadequate	2B	82, 2002; (Chen & Moldoveanu, 2003; Ding et al., 2006)	
Styrene	ND–48 µg	0.46 µmol	Limited	Limited	2B	82, 2002; (Chen & Moldoveanu, 2003; Ding et al., 2005; Gregg et al., 2004; Intorp et al., 2009)	
N-Nitrosamines							
N-Nitrosodimethylamine	ND–7.9 ng	0.11 nmol	Sufficient		2A	17, 1978; S7, 1987; (Roemer et al., 2004)	
N-Nitrosoethylmethanamine ^c	ND–0.2 ng	0.0023 nmol	Sufficient		2B	17, 1978; S7, 1987; (Smith et al., 2001)	
N-Nitrosodiethylamine ^c	ND–7.6 ng	0.075 nmol	Sufficient		2A	17, 1978; S7, 1987; (Smith et al., 2000)	
N-Nitrosopyrrolidine	ND–19.7 ng	0.197 nmol	Sufficient		2B	17, 1978; S7, 1987; (Roemer et al., 2004)	
N-Nitrosopiperidine ^c	ND–231 ng	2 nmol	Sufficient		2B	17, 1978; S7, 1987; (Smith et al., 2001)	
N-Nitrosodietanolamine ^c	ND–290 ng	2.2 nmol	Sufficient		2B	17, 1978; 77, 2000; (Smith et al., 2001)	

Table 1. Constituents of Cigarette Smoke Classified by the IARC as Carcinogenic (updated and revised in 2010)^a (continued)

Carcinogen	Range of representative amounts in mainstream cigarette smoke, per cigarette	IARC Monographs evaluation of carcinogenicity				IARC Monograph volume, year; and (additional references)
		Weight	mol ^b	In animals	In humans	
<i>N</i> ^o -Nitrosomnicotine (NNN)	5.0–270 ng	1.5 nmol	Sufficient	Limited	1	89, 2007; 57, 1987; (Chen & Moldoveanu, 2003; Counts et al., 2004; Gregg et al., 2004; Intorp et al., 2009; Hammond & O'Connor, 2008; Roemer et al., 2004)
4-(Methylnitrosamino)-1-(3-pyridyl)-1-butanone (NNK)	13–223 ng	1.1 nmol	Sufficient	Limited	1	89, 2007; 57, 1987; (Chen & Moldoveanu, 2003; Counts et al., 2004; Gregg et al., 2004; Hammond & O'Connor, 2008; Intorp et al., 2009; Roemer et al., 2004)
Aromatic amines						
2-Toluidine	8.6–144 ng	1.3 nmol	Sufficient	Limited	2A	57, 1987; 77, 2000; (Roemer et al., 2004)
2,6-Dimethylaniline ^c	3.6–18 ng	0.15 nmol	Sufficient	Sufficient	2B	57, 1993; (Smith et al., 2001)
2-Naphthylamine	1.47–17.2 ng	0.12 nmol	Sufficient	Sufficient	1	4, 1974; 57, 1987; (Chen & Moldoveanu, 2003; Counts et al., 2004; Gregg et al., 2004; Hammond & O'Connor, 2008; Intorp et al., 2009; Roemer et al., 2004)
4-Aminobiphenyl	0.3–3.3 ng	0.012 nmol	Sufficient	Sufficient	1	1, 1972; 57, 1987; (Chen & Moldoveanu, 2003; Counts et al., 2004; Gregg et al., 2004; Hammond & O'Connor, 2008; Intorp et al., 2009; Roemer et al., 2004)
<i>o</i> -Anisidine ^c	Present	—	Inadequate	Sufficient	2B	73, 1999
Heterocyclic aromatic amines^c						
A- α -C	ND–260 ng	1.4 nmol	Sufficient	Sufficient	2B	57, 1987; 40, 1986; (Smith et al., 2001)
MeA- α -C	2–37 ng	0.19 nmol	Sufficient	Sufficient	2B	57, 1987; 40, 1986; (Smith et al., 2001)
IQ	0.3 ng	0.0015 nmol	Sufficient	Sufficient	2A	56, 1993; 57, 1987; (Smith et al., 2000)
Trp-P-1	0.2–0.3 ng	0.0015 nmol	Sufficient	Sufficient	2B	57, 1987; 31, 1983; (Smith et al., 2001)
Trp-P-2	ND–0.2 ng	0.0011 nmol	Sufficient	Sufficient	2B	57, 1987; 31, 1983; (Smith et al., 2001)
Glu-P-1	ND–0.89 ng	0.0045 nmol	Sufficient	Sufficient	2B	57, 1987; 40, 1986; (Smith et al., 2001)
Glu-P-2	0.25–0.88 ng	0.0048 nmol	Sufficient	Sufficient	2B	57, 1987; 40, 1986; (Smith et al., 2001)
PhIP	11–23 ng	0.10 nmol	Sufficient	Sufficient	2B	56, 1993; (Smith et al., 2001)
Other heterocyclic compounds^c						
Furan	18–65 μ g	0.96 μ mol	Sufficient	Sufficient	2B	63, 1995; (Smith et al., 2001)
Dibenz[<i>a,h</i>]acridine	ND–0.1 ng	0.36 pmol	Sufficient	Sufficient	2B	57, 1987; 32, 1983; (Smith et al., 2001)
Dibenz[<i>a,i</i>]acridine	ND–10 ng	3.6 pmol	Sufficient	Sufficient	2B	57, 1987; 32, 1983; (Smith et al., 2001)
Dibenz[<i>c,g</i>]carbazole	ND–0.7 ng	2.6 pmol	Sufficient	Sufficient	2B	57, 1987; 32, 1983; (Smith et al., 2001)
Benzo[<i>b</i>]furan	Present	—	Sufficient	Sufficient	2B	63, 1995; (Smith et al., 2001)
Aldehydes						
Formaldehyde	1.6–75.5 μ g	2.5 μ mol	Sufficient	Sufficient	1	88, 2006; 62, 1995; (Chen & Moldoveanu, 2003; Counts et al., 2004; Gregg et al., 2004; Hammond & O'Connor, 2008; Intorp et al., 2009; Roemer et al., 2004)
Acetaldehyde	32–828 μ g	19 μ mol	Sufficient	Sufficient	2B	71, 1999; 57, 1987; (Chen & Moldoveanu, 2003; Counts et al., 2004; Gregg et al., 2004; Hammond & O'Connor, 2008; Intorp et al., 2009; Roemer et al., 2004)
Phenolic compounds						
Catechol	5.1–89.9 μ g	0.82 μ mol	Sufficient	Sufficient	2B	71, 1999; 57, 1987; (Chen & Moldoveanu, 2003; Counts et al., 2004; Gregg et al., 2004; Hammond & O'Connor, 2008; Intorp et al., 2009; Roemer et al., 2004)
Gallic acid ^c	Present	—	Sufficient	Sufficient	2B	56, 1993; (Smith et al., 2001)

(continued)

Table 1. Constituents of Cigarette Smoke Classified by the IARC as Carcinogenic (updated and revised in 2010)^a (continued)

Carcinogen	Range of representative amounts in mainstream cigarette smoke, per cigarette		IARC Monographs evaluation of carcinogenicity			
	Weight	mol ^b	In animals	In humans	IARC group	IARC Monograph volume, year; and (additional references)
Nitrohydrocarbons						
Nitromethane ^c	0.5–0.6 µg	9.8 nmol	Sufficient	2B		77, 2000
2-Nitropropane	ND–18.7 ng	0.21 nmol	Sufficient	2B		71, 1999; S7, 1987; (Roemer et al., 2004)
Nitrobenzene ^c	25 ng	0.20 nmol	Sufficient	2B		65, 1996; (Smith et al., 2001)
Miscellaneous organic compounds						
Acetamide ^c	2.2–111 µg	1.9 µmol	Sufficient	2B		S7, 1987; 71, 1999; (Smith et al., 2001)
Acrylamide ^c	2.3 µg	0.032 µmol	Sufficient	2A		S7, 1987; 60, 1994; (Smith et al., 2001)
Acrylonitrile	0.9–19.6 µg	0.36 µmol	Sufficient	2B		S7, 1987; 71, 1999; (Counts et al., 2004; Gregg et al., 2004; Intorp et al., 2009; Roemer et al., 2004)
Vinyl chloride	ND–36.6 ng	0.45 nmol	Sufficient	1		97, 2008; S7, 1987; (Roemer et al., 2004)
Ethylene oxide ^c	Present	—	Sufficient	Limited		97, 2008; 60, 1994
Propylene oxide ^c	Present	—	Sufficient	2B		60, 1994; S7, 1987
Urethane ^c	10–35 ng	0.35 nmol	Sufficient	2B		S7, 1987; 7, 1974; (Smith et al., 2001)
Vinyl acetate ^c	1.6–4 µg	0.047 µmol	Limited	2B		63, 1995
Metals and inorganic compounds						
Arsenic	ND–5.5 ng	0.07 nmol	Sufficient	1		84, 2004; (Counts et al., 2004)
Beryllium	ND–0.5 ng	0.06 nmol	Sufficient	1		58, 1993; S7, 1987; (Smith et al., 1997)
Nickel	ND–500 ng	8.5 nmol	Sufficient	1		49, 1990; S7, 1987; (Smith et al., 1997)
Chromium (hexavalent)	ND–2.6 ng	0.04 nmol	Sufficient	1		49, 1990; S7, 1987; (Counts et al., 2004; Smith et al., 1997)
Cadmium	1.6–101 ng	0.9 nmol	Sufficient	1		58, 1993; S7, 1987; (Counts et al., 2004; Hammond & O'Connor, 2008)
Cobalt ^c	0.13–100 ng	1.7 nmol	Sufficient	2B		52, 1991; (Smith et al., 2001)
Lead (inorganic)	3.9–39.2 ng	0.19 nmol	Sufficient	2A		87, 2004; S7, 1987; (Counts et al., 2004; Gregg et al., 2004)
Hydrazine ^c	24–57 ng	1.8 nmol	Sufficient	2B		71, 1999; S7, 1987; (Smith et al., 2001)
Radioisotope Polonium-210 ^c	0.03–1.0 pCi	—	Sufficient	1		78, 2001

Note. A-α-C = 2-amino-9H-pyrido[2,3-b]indole; Glu-P-1 = 2-amino-6-methyl[1,2-α:3',2'-d]imidazole; Glu-P-2 = 2-amino-6-methyl[1,2-α:3',2'-d]imidazole; IARC = International Agency for Research on Cancer; IQ = 2-amino-3-methylimidazo[4,5-f]quinoline; MeA-α-C = 2-amino-3-methyl-9H-pyrido[2,3-b]indole; ND = not detected; S7 = Supplement 7 of the IARC Monographs; Trp-P-1 = 3-amino-4,4-dimethyl-5H-pyrido[4,3-b]indole; pCi = picoCurie; PhIP = 2-amino-1-methyl-6-phenylimidazo[4,5-b]pyridine; Trp-P-2 = 3-amino-1-methyl-5H-pyrido[4,3-b]indole.

^aThis table [modified from Hoffmann et al. (2001) and IARC volume 83 (International Agency for Research on Cancer, 2004) and updated in July, 2010] shows compounds or elements in mainstream cigarette smoke, with representative amounts (determined using the ISO/Federal Trade Commission smoking conditions) given per cigarette. Presence and amounts in cigarette smoke were assessed based on recent literature as cited and data given in references (Chen & Moldoveanu, 2003; Counts et al., 2004; Gregg et al., 2004; Intorp et al., 2009; Smith et al., 2000, 2001; Rodgman & Perfetti, 2009). Only constituents evaluated by IARC and included in Groups 1 (16 constituents), 2A (9 constituents), or 2B (47 constituents) are listed. Virtually all these substances are known carcinogens in experimental animals. In combination with data on cancer in humans and—in some cases—other relevant data, IARC Monographs classifications for these agents have been established as Group 2B (possibly carcinogenic to humans), Group 2A (probably carcinogenic to humans), or Group 1 (carcinogenic to humans). When IARC evaluations were made more than twice, only the two most recent Monographs are listed, with volume number and year of publication. No entry in the column “humans” indicates inadequate evidence or no data.

^bBased on upper limit value only; µmol = 10⁻⁶ mol, nmol = 10⁻⁹ mol, pmol = 10⁻¹² mol. 1 µmol = 6.02 × 10¹⁷ molecules.

^cNot commonly reported; Values may be estimates or unreliable for the smoke of current cigarettes.

Tabell A viser mengde av de 72 ulike kjente karsinogene stoffene per sigarett i hovedstrømsrøyk. Man deler røyken fra sigaretter i to typer, hovedstrømsrøyk og sidestrømsrøyk. Den røyken man inhalerer kalles hovedstrømsrøyk og dannes ved en høyere temperatur enn sidestrømsrøyken. Sidestrømsrøyken er den røyken som siver ut fra sigaretten. Den kjemiske sammensetningen av disse typene røyk er ulik og man vet at sidestrømsrøyk inneholder større mengder av de kreftfremkallende stoffene benzen og nitrosodimetylamin.¹¹ Den viser også en inndeling etter karsinogen effekt på dyr og på mennesker som kommer frem av forskning. Hvor feltet under "In humans" er blankt, indikerer dette utilstrekkelig bevis eller mangelfull forskning. Stoffene deles inn i grupper hvor 2B angir mulig karsinogen effekt hos mennesker, 2A sannsynlig karsinogen effekt hos mennesker og gruppe 1 som angir dokumentert karsinogen effekt hos mennesker. Det er her listet opp 16 stoffer definert som gruppe 1, 9 stoffer som gruppe 2A og 47 grupper som 2B. Det er i tillegg mange andre komponenter i røyk som er antatt involvert i sykdomsutvikling, deriblant fenoler, aldehyder og NOx. Man har også andre karsinogener i tobakksrøyk som ikke er evaluert av IARC deriblant polyaromatiske hydrokarboner (PAH) og aromatiske aminer.

Tabellen er gjengitt fra artikkelen "Research Opportunities Related to Establishing Standards for Tobacco Products Under the Family Smoking Prevention and Tobacco Control act" som er publisert i tidskriftet "Research Advance Access" 10. Januar 2011.

Tobakksprodukter

Det finnes en hel rekke tobakksprodukter som brukes i forskjellige deler av verden, og de ulike typene er knyttet til utviklingen av ulike krefttyper.

Tabell B

Types of Products	Description	Examples of Use by Country/Region	Examples of Related Cancers
Cigarettes	Manufactured cigarettes (filtered and unfiltered; variable tar, nicotine, and other carcinogenic chemicals). “Loosies” sales of single manufactured cigarettes. Hand-rolled cigarettes.	Major tobacco product world-wide; especially in North America, Europe, China, and Columbia. African markets	Lung, head & neck, bladder, kidney, colon, uterine cervix, and pancreatic cancer
Smokeless tobacco	Also known as “chewing” or “spit” tobacco. Tobacco loose-leaves, plugs, or twigs placed in mouth, gums, sucked or chewed. A variety of pan (also known as betel quid, includes tobacco, betel leaf, areca nut, slaked lime, and atechu) are available as hand-made and commercial preparations. Oral snuff (moist snuff), commercially available in small packets, includes a small amount of ground tobacco to be held between cheek and gum.	Panama India, Southeast Asia	Oral cancers
Snuff	Inhaled use of powdered tobacco (dry snuff) through mouth or nose.	Algeria, South Africa	Oral cancers
Bidis	Tobacco packaged in tied, hand-wrapped dried temburni leaf. Contains smaller amount of tobacco than cigarettes, but more nicotine and larger amounts of tar.	India, Bangladesh	Oral cancers
Cigars	Hand-cured, fermented tobacco in a wrapper. Includes a variety of products: cigarillos, cheroots (small hand-rolled cigars wrapped in leaves), chuttas (coarsely prepared cheroots), and others.	US, Cuba, Thailand India	Head and neck, esophageal, lung cancers
Kreteks	Clove-flavored cigarettes, a variety of flavoring agents, allowing deeper inhalation. Generally hand-made. High tar and nicotine content.	Indonesia, rural Southeast Asia	Oral cancers
Pipes	Tobacco placed in a bowl and inhaled. A variety of pipes throughout the world, including hookli, waterpipes, hooka, and chillum.	Used throughout the world, especially in India and Southeast Asia	Lung, oral cancers
Second-hand smoke	Also known as passive smoking; includes mainstream and sidestream smoke.		Lung cancer

Tabellen er hentet og gjengitt fra artikkelen ”The global epidemic of tobacco and cancer”.¹²

Listen er bare en enkel illustrasjon på hvilke typer tobakk som benyttes og eksempler på krefttyper knyttet til de spesifikke produktene. Man kan her se at det er flest typer kreft knyttet til bruken av røyketobakk i form av sigaretter, ferdigrullede og hånd rullede. Man kan videre se at røykfri tobakk er i all hovedsak knyttet til utvikling av kreft i munnhulen. Man kan også se av tabellen eksempler på hvor de ulike produktene er mest brukt.

Bruk av snus er vanlig i noen deler av verden. Mest vanlig er bruken av "moist snuff" eller snus som vi kaller det. Bruken av snus er vanligst i sørlige deler av USA, deler av Skandinavia da særlig Sverige og Norge, sørlige deler av Saudi Arabia, sørafrikanske land og Sudan. Innen Europa er det Sverige som har lengst erfaring med bruken av snus hvor den dateres helt tilbake til 1637.¹³

Det er ulikt innhold av blant annet TSNA (tobakksspesifikke nitrosaminer) og nikotin i ulike typer snus som benyttes i de ulike delene av verden. Det er også påvist ulik grad av karsinogen effekt ved de ulike typene.¹³ Svensk snus er en finmalt tobakk man bruker i munnen. Denne snusen kalles gjerne "low nitrosamine snus". Den inneholder lavere mengder TSNA enn annen røykfri tobakk eller snus. Det er innhold av TSNA som ansees som kritisk i utviklingen av tobakksrelaterte sykdommer.^{14,15}

Nikotin

Tobakksplanten er den eneste kilden til naturlig forekommende nikotin. Dette giftige alkaloidet er sterkt vanedannende og er i seg selv mistenkt i en del nyere studier for å kunne ha egenskaper som forsterker tumorvekst.¹⁶ Det er midlertidig en del forskning som kan dokumentere positive helseeffekter ved nikotin. Blant mange andre interessante funn har man kunnet påvise forbedret oppmerksomhet, konsentrasjon, hukommelse samt forbedring av kognitive tilstander som Alzheimers, Schizofreni og ADHD.^{17,18,19} Den mest sentrale effekten av nikotin innen tobakksbruk er derimot at den er avhengighetsskapende og dermed øker bruken av tobakksprodukter med den konsekvens at man blir utsatt for de karsinogene stoffene man finner i all tobakk.

Bruksområder

Tobakksplantens bruksområde er i største utstrekning produksjon av tobakk for nytelsesbruk, men man har også eksempler på at tobakk er brukt som insektdrepende og konserverende middel. Denne egenskapen ved tobakksplanten støttes i en rekke studier.²⁰

På verdensbasis er det hovedsakelig bruk av røyketobakk i form av sigaretter som er mest vanlig. Sigaretter står for over 80 % av forbruket verden over.²¹ I Norge har man også en del brukere av svensk snus.

Snusbruk og røykavvenning

Tatt i betraktning all kunnskap man har i dag om røyketobakkens skadevirkninger er det flere som forfekter bruken av snus som avvenningshjelp for å øke sjansen for å klare å slutte.^{22,23,24} Dette gjelder i all hovedsak svensk snus. I Sverige mener man at der er en sammenheng mellom snusbruk og røykeslutt. Sverige er det landet i Europa med lavest forekomst av tobakkrelatert sykdom i befolkningen.²⁵ Holdningen til å aktivt innføre snus på det Europeiske markedet for å få røykere til å bytte til dette mindre farlige produktet er kontroversiell grunnet manglende forskning på skadevirkninger av snus og langtidsbruk. Andre holdepunkter for å være skeptisk til en slik strategi innebærer også usikkerhet på flere sentrale områder. Ingen tobakksprodukter kan sies å være ufarlige. Vil snus bli tatt opp av allerede røykende personer eller vil den heller bli tatt opp av andre deler av befolkningen, da særlig unge? Vil innføring av snus da føre til økning av antall brukere av tobakk i befolkningen? Problemstillingene forsterkes ytterligere med tanke på at snus er avhengighetsskapende og en innføring vil potensielt kunne gi negativ epidemiologisk forandring i befolkningen over lang tid.²⁶

Det har blitt hevdet at man ikke har tilstrekkelig forskningsmateriale til å bedømme farene ved bruk av snus og at man dermed ikke kan anbefale dette produktet for røykavvenning. Man har likevel svenske og norske studier som viser at snusbruk øker sannsynligheten for å

klare å slutte å røyke, også sammenlignet med bruk av andre avvenningsmidler som nikotintyggegummi.^{27,28}

Vern mot tobakksskader

Ifølge lov om vern mot tobakksskader (tobakksskadeloven) må alle tobakkssvarer i Norge merkes med en advarsel. Produsentene kan ikke ha egne advarsler, men må benytte standardiserte advarsler bestemt av Helse- og omsorgsdepartementet. Kravene til merking er bestemt av lov om vern mot tobakksskader, § 9. Krav til merking av tobakkssvarer;

”Det er forbudt å føre inn i Norge, selge eller utdele tobakkssvarer som ikke er merket med advarsel som peker på farene for helseskade ved bruk av slike. Tilsvarende skal sigarettpakker være merket med en innholdsdeklarasjon. Det er forbudt å føre inn i Norge, selge eller utdele tobakkssvarer som ved tekst, navn, varemerke, illustrasjoner eller andre tegn antyder at et spesielt tobakksprodukt er mindre helseskadelig enn andre. Den som produserer eller selger tobakkssvarer, kan ikke ved symbol eller tekst på pakninger gi egne opplysninger om de helsemessige konsekvenser ved å røyke. Departementet gir nærmere forskrifter om merkingen etter denne paragraf. ”²⁹

Tidligere hadde man skriftlige advarsler på snuspakkene som sa at snus var direkte helsefarlig og kreftfremkallende. Grunnet manglende bevis på sammenheng mellom sykdomsutvikling og bruk av snus gikk EU-kommisjonen i år 2000 inn for å forandre advarselen på snusprodukter fra å være ”kreftfremkallende” til ”kan skade din helse”. Dette initiativet hadde bakgrunn i blant annet to svenske epidemiologiske studier som viste fraværende sammenheng mellom snusbruk og sykdomsutvikling.^{30,31} Dette gjaldt bruk av svensk snus med lavt TSNA innhold. Konklusjonene fra disse studiene har imidlertid mottatt kritikk blant annet på bakgrunn av studiets tolkning av data.³² Det var også en rapport fra Royal College of Physicians (RCP) Tobacco Advisory Group under navnet "Protecting smokers, saving lives: the case for a tobacco and nicotine regulatory authority" som krevde en mer bevisbasert reguleringskontroll av snus og røykfri tobakk, som for

eksempel svensk snus, på det europeiske markedet. Skråtobakk er ikke ulovlig på det europeiske markedet og poenget her var at tobakksprodukter burde reguleres ut ifra skadevirkninger og giftighet og dermed kunne man bytte ut mer skadelige tobakksprodukter på markedet med mindre skadelige.³³ Det var RCP som i 1962 publiserte en av de første sentrale artiklene som knyttet tobakk til sykdomsutvikling, i sær lungekreft.³⁴

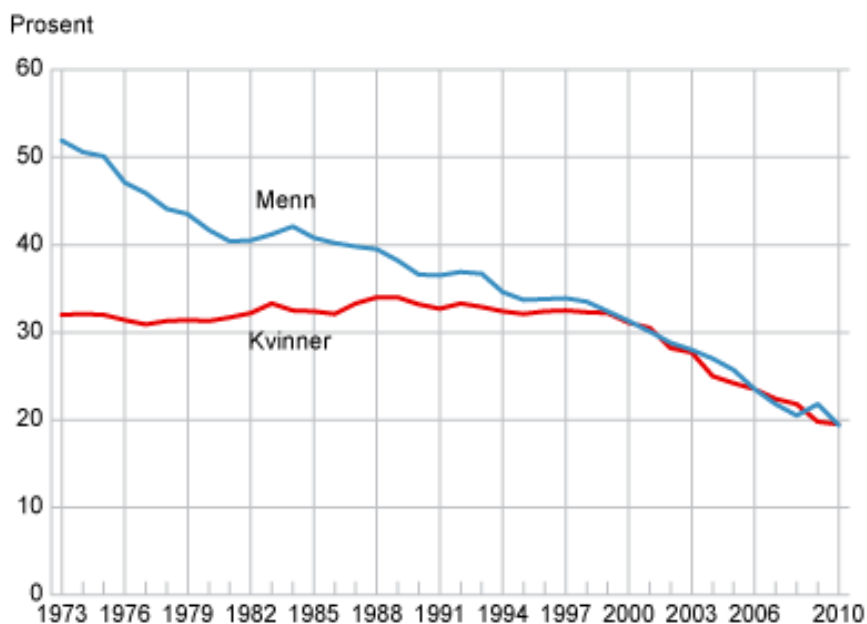
I 2003 forandret man dermed disse advarslene i henhold til det nye EU direktivet om merking av tobakksprodukter (direktiv 2001/37/EF). Man har senere ønsket å gjeninnføre den opprinnelige advarselen som advarer mot kreftutvikling etter at man har gjennomført flere studier på snus som viser noe økning i risiko for utvikling av munnhulekreft og kreft i bukspyttkjertelen ved bruk av snus.^{35,36} Fra 1. juli 2011 fikk alle sigarettpakker advarsel med bilde i farger og telefonnummeret til røyketelefonen trykket synlig på pakken. Fra og med 1. januar 2012 skal alle andre tobakksprodukter også ta i bruk disse advarslene.³⁷

Tobakksbruk i Norge

Ettersom man ved epidemiologiske studier av røykere har kommet frem til at det tar rundt 20 år før man ser sykdomsresponsen knyttet til bruken av tobakk kan det være interessant og rimelig å begynne med å se på tobakksbruken i Norge i et historisk perspektiv.

Graf A

Dagligrøykere 16-74 år, etter kjønn. 1973-2010. Prosent



2011 © Statistisk sentralbyrå

Figuren viser prosentvis andel som røyker daglig blant menn og kvinner i alderen 16-74 år (treårig glidende gjennomsnitt i årene 1973 til 2008, for 2009 og 2010 er tallene prosentverdiene for innsamlingsårene) Figuren er gjengitt fra SSB.³⁸

Man kan se at andelen daglige røykere blant menn har hatt en sterk nedgang helt siden 1973, mens andelen av dagligrøykere blant kvinner har holdt seg relativt stabilt helt frem til rundt år 2000. Man ser at det fra omtrent tusenårsskiftet ikke er nevneverdig forskjell i andelen kvinner og menn som røykte daglig i denne aldersgruppen.

Når det gjelder antall dagligrøykere i Norge, målt i perioden 1996-2003 via ikke-harmoniserte nasjonale helseintervju spørreundersøkelser, viser det seg at vi har høyere antall enn Sverige, Finland, England og Island. Det er kun Danmark som har et høyere antall dagligrøykere enn Norge i de nordiske landene (se tabell C).

Tabell C

Land	Ikke røyker	Av og til	Daglig
Belgia	71,5	4,4	24,1
Bulgaria	59,9	7,8	32,3
Tsjekkia	69,1	6,1	24,9
Danmark	63,0	2,9	34,1
Tyskland	67,5	6,2	26,3
Estland	65,2	1,5	33,3
Irland	73,8	4,3	21,9
Hellas	65,4	7,1	27,6
Spania	69,0	2,8	28,1
Frankrike	73,9	-	26,1
Italia	75,5	-	24,5
Kypros	72,3	3,8	23,9
Latvia	61,6	5,7	32,7
Litauen	61,1	11,6	27,3
Ungarn	66,1	3,4	30,5
Malta	73,8	2,8	23,4
Nederland	66,0	5,8	28,2
Østerrike	54,9	8,8	36,3
Polen	64,4	5,8	29,9
Portugal	81,3	2,2	16,4
Romania	69,5	9,6	20,8
Slovenia	55,5	9,8	34,6
Slovakia	72,4	8,5	19,2
Finland	77,4	4,5	18,1
Sverige	72,0	10,4	17,5
Storbritannia	73,3	-	26,7
Island	64,9	9,0	26,1
Norge	61,8	10,4	27,8
Sveits	69,5	2,2	28,3

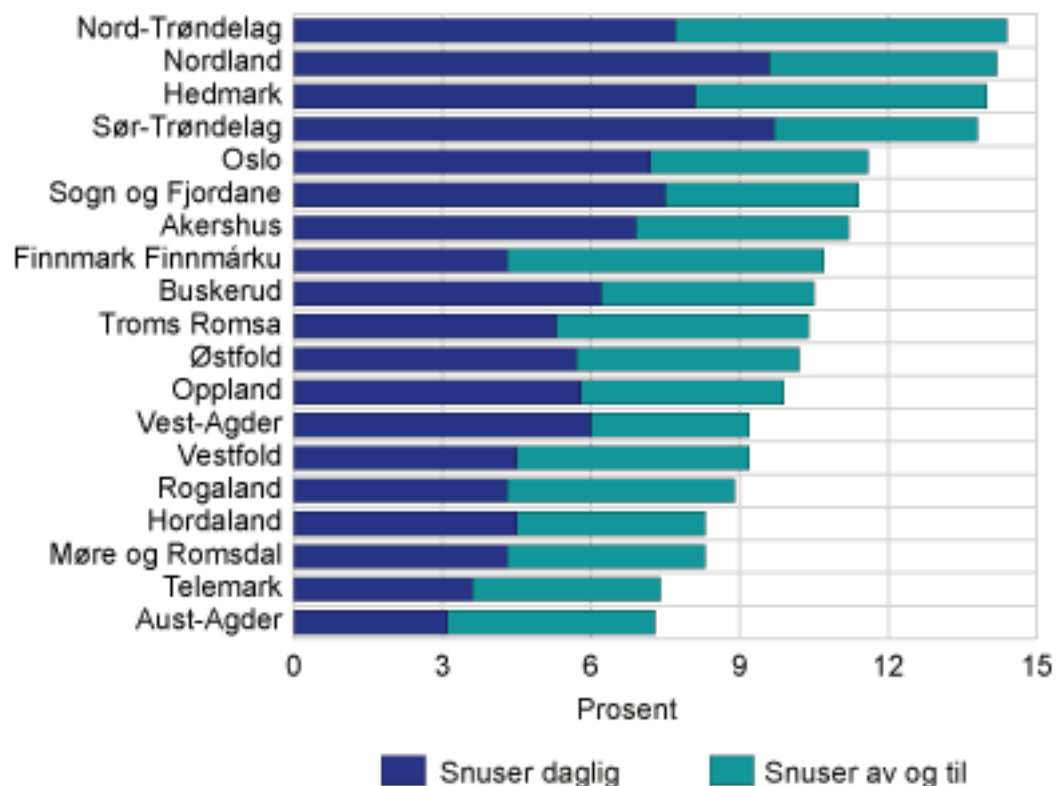
- : ikke tilgjengelige data.

Tabellen er utarbeidet med opplysninger fra Eurostat sine nettsider.³⁹

Av nyere statistikk viser det seg at man har hatt en økning i bruken av snus (svensk snus) blant unge og en videre nedgang i bruk av røyk i hele aldersgruppen 16-74 år. Det er også et ulikt forbruk av snus når man deler det inn geografisk etter fylker. Mest snus blir brukt i fylkene Nord- Trøndelag, Nordland og Hedmark (se grafer nedenfor).

Graf B

Snusbruk, etter fylke. 2008-2010. Prosent



2011 © Statistisk sentralbyrå

Det viser seg at bruk og omsetning av alle tobakksvarer viser en vedvarende nedgang bortsett fra snus som øker i bruk og omsetning (se tabell D).

Tabell D

År	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Type																			
Fabrikkframstilte sigaretter	2 644	2 779	2 565	2 599	2 672	2 751	2 663	2 711	2 653	2 590	2 487	2 493	2 363	2 353	2 377	2 401	2 401	2 258	2 192
Rulletobakk	3 160	3 333	2 891	2 918	2 810	2 710	2 442	2 262	2 078	1 991	1 812	1 480	1 185	1 072	1 019	1 014	1 007	964	864
Snus	272	306	305	327	336	367	369	368	377	400	438	514	628	690	802	934	1 065	1 163	1 199

Tabellen er hentet fra SIRUS sine nettsider med rusmiddelstatistikk (<http://statistikk.sirus.no/sirus/>).

Tabellen viser utviklingen i registrert salg av ferdigsigaretter, rulletobakk og snus, i tonn pr. år i Norge. Årstallene er ikke kalenderår, men målt fra juli til juni neste år. Eksempelvis er tallene fra 2011 målt fra juli 2010 til juni 2011.⁴⁰

Tall fra statistisk sentralbyrå viser at vi har hatt en økning av dagligbrukere av snus blant både menn og kvinner fra 2008 og frem til 2010. Dette synes særlig å være i den yngre delen av befolkningen (16-24 år). For menn i denne aldersgruppen har man registrert en økning fra 17% i 2008 til hele 25% i 2010. Dette er en solid økning på kort tid. Til sammenligning har kvinner i samme aldersgruppe og periode vist en utvikling fra 5% til 8% (se tabell E).

Tabell E

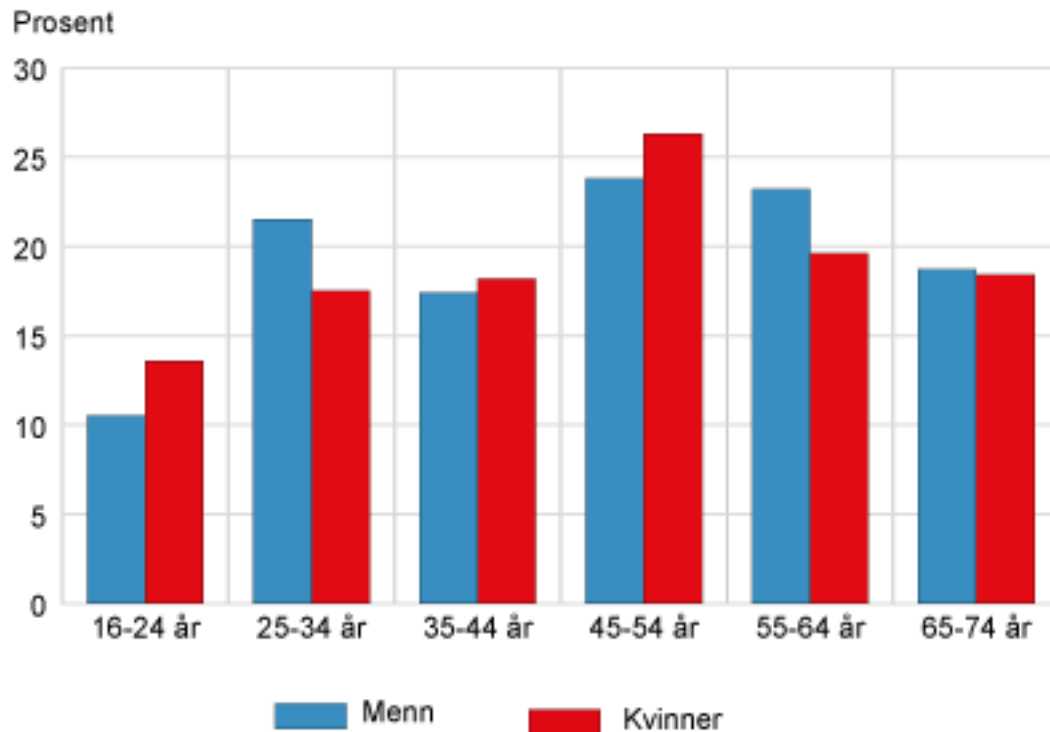
		I alt 16-74 år		16-24 år	
		Menn	Kvinner	Menn	Kvinner
2008	Bruker snus av og til	7	2	13	8
	Bruker snus daglig	10	1	17	5
2009	Bruker snus av og til	6	3	12	11
	Bruker snus daglig	11	2	21	7
2010	Bruker snus av og til	6	3	10	8
	Bruker snus daglig	12	2	25	8

Tabellen viser bruken av snus oppgitt i prosenter i ulike aldersgrupper av den norske befolkning. Data i tabellen er hentet fra Statistisk sentralbyrå ©.⁴¹

Det er også av interesse å se nærmere på nyere tall som viser fordelingen av dagligrøykere fordelt på kjønn og alder i den norske befolkning.

Graf C

Dagligrøykere, etter kjønn og alder. 2010. Prosent (Rettet 18.02.2011 kl 15.45)



2011 © Statistisk sentralbyrå

Ut i fra graf C kan man se at det er flest dagligrøykere i aldersgruppen 45 til 64 år blant både menn og kvinner. Resultater fra spørreundersøkelser utført av SSB i 2010 viste at 19% av befolkningen i alderen 16 til 74 år hevdet å røyke hver dag. Det har vært en jevn nedgang siden 1974 og denne målingen er den laveste til nå. Fordelt på kjønn ser man ingen

forskjeller lengre, det er like mange dagligrøykere blant menn og kvinner i denne aldersgruppen i 2010.⁴²

Det er også interessant å merke seg at ved en postal spørreundersøkelse blant 1655 studenter ved Universitetet i Oslo fant man et signifikant lavere innslag av dagligrøykere blant menn og kvinner som studerer sammenlignet med respektive ikke studerende parter. Her rapporterte 10% av mannlige studenter dagligrøyking og 9,6 % av de kvinnelige studentene mot henholdsvis 27% for menn og 28% for kvinner som ikke studerer.⁴³ Undersøkelsen fant også en signifikant forskjell i snusbruk blant kvinnelige studenter sammenlignet med ikke studerende kvinner. Andelen kvinnelige studenter som benytter seg av snus daglig samt av og til var nesten tre ganger så høy som andelen ikke studerende kvinner i denne gruppen, henholdsvis 12% mot 3,8%. Blant menn fant man ingen signifikant forskjell mellom studenter og de som ikke studerer, henholdsvis 28% mot 33%.⁴³

Tobakk og helse

Det ble påvist en signifikant sammenheng mellom bruk av tobakk og utviklingen av en rekke ulike sykdommer med særlig fokus på lungekreft lenge før man på nasjonalt og internasjonalt nivå startet med tobakksforebyggende arbeid. Det var særlig rapporten ”Smoking and Health” The Royal College of Physicians of London (1962) og den amerikanske helseministerens rapport ”US Surgeon General’s Report 1964” som for alvor fikk belyst de påviste sammenhengene mellom tobakksbruk og sykdomsutvikling i forskningen.^{44,45} Det har kommet flere store rapporter under US Surgeon General’s Report etter 1964 som belyser og gir sammenfatninger av forskning på tobakk og helse. Det er likevel verdt å merke seg at det var så sent som i 1982 at det i US Surgeon General’s Report ble konkludert at passiv røyking økte risikoen for å utvikle lungekreft.⁴⁶

Etter hvert har forskning påvist en rekke sykdommer forbundet med røyking og det er ikke mange som betviler dette, men i hvilken grad det fører til død i samfunnet er en annen sak. I Norge er det utført en nyere rapport i regi av folkehelseinstituttet som tar for seg antall

dødsfall og tapte leveår som skyldes tobakk blant Norges befolkning. Denne rapporten viser at dødeligheten for røykere i den norske befolkningen er høyere så tidlig som i 40 til 70 års alderen. I denne aldersperioden var dødeligheten for gruppen kvinnelige aldri-røykere 9 % mot stor-røykere (25 eller flere sigaretter daglig) 24 %. For menn var disse tallene 14 % mot 38 %. Man har tidligere ikke hatt så mange undersøkelser som viser gode tall for økt dødelighet blant kvinner i denne gruppen. Disse tallene viser derimot en urovekkende økt fare for død blant røykere i relativt tidlig alder for både menn og kvinner. Disse tallene er basert på 25 års oppfølgingsdata fra de norske fylkesundersøkelsene og har dermed gjort det mulig å beregne risikoen direkte. Videre viser denne rapporten at man i 2003 kunne tilskrive røyking hele 6698 dødsfall som er 16 % av alle dødsfall dette året. Tallene for gruppen under 75 år var enda høyere – 19 %. Det var flere menn enn kvinner som døde av røyking og beregningene på tapte leveår var 72483 år.⁴⁷

Tobakk og oral helse

Oral og pharyngeal kreft er relativt vanlig og er på verdensbasis den sjettede mest vanlige typen kreft.⁴⁸ Pharyngeal kreft har også en dårlig 5 års prognose og overlevelseshastighet som ikke har forbedret seg nevneverdig i perioden 1973-1998 ifølge epidemiologiske studier på befolkningen i USA. Mange studier har også vist at bruk av tobakk og alkohol er sentrale risikofaktorer for utvikling av oral og pharyngeal kreft.⁴⁸ Bruken av snus medberegnet svensk snus har vist seg å gi en liten økning i risiko for å utvikle kreft i bukspyttkjertelen.⁴⁹ Bruk av snus er også knyttet til dannelse av leukoplaki på stedet man legger snusen og medfører en økt risiko for utvikling av oral kreft på disse stedene i munnhulen blant snusbrukere.^{50,51}

Sammenlagt kan bruk av tobakk, stort alkoholforbruk og dårlig kosthold forklare over 90 % av kreft i hode og hals området. Det er også en kombinasjonseffekt ved bruk av alkohol og tobakk. For munnhulekreft er denne synergieffekten multiplikatív, for strupehodet er den additiv og for spiserøret er den noe mellom additiv og multiplikatív.⁵²

Ved kirurgiske inngrep i munnhulen som ledd i behandling av periodontal sykdom har det vist seg gjennom en rekke kliniske forsøk at røyking har en negativ effekt på sårtilheling, dårligere prognose for å minske lommedybde og periodontal patologi.⁵³ Man har også undersøkelser som viser opptil 6 ganger høyere risiko for utvikling av tannkjøttssykdommer ved røyking.⁵⁴ En stor epidemiologisk undersøkelse av periodontal sykdom sett i sammenheng med røyking og snusbruk viser interessante funn. Det er en økt forekomst av lommedybder over 4mm og avansert periodontitt blant røykere sammenlignet med ikke røykere, men man fant ikke denne sammenhengen ved bruk av svensk snus. Man fant i samme undersøkelse en signifikant lavere forekomst av gingivitt blant røykere sammenlignet med ikke røykere.⁵⁵ Av andre orale påvirkninger ved bruk av tobakksprodukter kan man nevne misfarging av tenner og nedsatt smaks og luktesans.

Forebyggende arbeid

Man har lenge hatt kunnskaper om negative helseeffekter knyttet til bruk av tobakk. Det er særlig røketobakk man har rettet oppmerksomheten mot i den hensikt å forebygge sykdom. Verdens helseorganisasjon har uttalt at røyking på verdensbasis er den største enkeltstående årsaken til død blant de årsakene som kan forebygges.⁵⁶ Som beskrevet under punktet ”tobakksbruk i Norge” viser de siste årene en nedgang i antall røykere i Norge. Dette er en positiv utvikling som man må arbeide aktivt for å beholde. Det er derfor viktig å ha fokus på tobakksforebyggende arbeid.

Man har sett at snusbruken blant nordmenn har økt ganske solid de seneste årene, både i omsetning av snus og antall personer som bekrefter at de benytter snus daglig. Det er særlig i den yngre delen av befolkningen denne økningen viser seg (16-24 år).⁴¹ Dette området vil derfor representere en utfordring innen det fremtidige forebyggende arbeidet, herunder helsefremmende arbeid. Helsefremmende arbeid kan defineres som alle tiltak som har som mål å fjerne eller redusere den totale risikoen for sykdom blant en befolkning og/eller øke muligheten for god helse i hele eller deler av befolkningen.⁵⁷ Når en skal legge strategier for

effektivt forebyggende helsearbeid på et overordnet plan er man avhengig av å ha gode epidemiologiske undersøkelser som gir kjennskap til forekomst, fordeling og årsak til sykdom i befolkningen. Man må også ha gode atferdsepidemiologiske undersøkelser som gir en god beskrivelse av utbredelse, fordeling og årsaker til atferd og livsstil som er relatert til sykdom og helse i befolkningen.⁵⁸

Forebyggende helsearbeid kan deles inn i to ulike tilnærminger. Den ene fremgangsmåten kan kalles sykdomsforebygging og går ut på å redusere kjente risikofaktorer for utvikling av en bestemt sykdom. Denne type forebyggende arbeid har hovedfokus på individer som befinner seg i en risikogruppe fordi den er mer eksponert for de registrerte risikofaktorene. Tanken er å hindre sykdommen i å bryte ut blant risikoindividene. Eksempelvis kan man arbeide for å få røykere til å slutte eller kutte ned på bruken av tobakk.

Den andre fremgangsmåten kan kalles helsefremmende arbeid og tar sikte på å forbedre helse i befolkningen med tiltak (befolkningsstrategier) som fokuserer på friske og syke individer. Denne fremgangsmåten skiller altså ikke individer med hensyn på risiko, men har som hensikt å øke forekomst av kjente faktorer som fremmer god helse i samfunnet. Et eksempel på denne type forebyggende arbeid er informasjon og reklame som anbefaler 5 frukt om dagen. Dette tiltaket er rettet mot friske så vel som syke på bakgrunn av kunnskaper om at inntak av frukt fremmer god helse.⁵⁹ Det er vanlig å dele forebyggende arbeid på denne måten, men det er imidlertid viktig å forstå at det vil være en mer eller mindre overlapping og glidende overgang mellom disse to typene forebyggende helsearbeid.

Det er vanlig å dele forebyggende tiltak inn i fire ulike hovedtyper;

Primordial forebygging omfatter forebygging av risikofaktorene for sykdom i seg selv og benyttes før sykdom har brutt ut. Effekten av primordial forebygging vil være å etablere og vedlikeholde tilstander som minimerer risiko for helseskade. Den retter seg inn mot hele populasjoner eller selekterte grupper. Metoder kan være generelle offentlige helsepolitiske tiltak og opplysningsarbeid på nasjonalt plan.⁶⁰

Primærforebygging tar sikte på å begrense sykdom ved å rette seg mot spesifikke årsaker og risikofaktorer for utvikling av sykdom. Denne typen forebygging retter seg inn mot hele populasjoner, selekterte grupper og individer med høy risiko for sykdomsutvikling. Metoden vil her være offentlig arbeid for å bedre kosthold, vaksineprogram og fjerne miljømessige risikofaktorer. Innføring av påbudt bruk av setebelte er et eksempel på primærforebygging.⁵⁹

Sekundærforebygging forsøker å redusere sykdomsprevalens ved å forkorte dens varighet og begrense konsekvensene av sykdom ved tidlig diagnose og behandling. Screening er et eksempel på sekundærforebygging. Screening kan defineres som en undersøkelse av hele risikogrupper med en metode som kan oppdage ikke-kliniske erkjennbare sykdommer.⁶¹

Målgruppen for denne typen forebyggende arbeid vil være identifiserte risikogrupper og individer med etablert sykdom i sub-klinisk fase.⁵⁹

Tertiær forebygging vil ta sikte på å redusere progresjon og komplikasjoner blant individer med allerede etablerte sykdommer. Denne typen forebygging overlapper behandling og rehabilitering og er i hovedsak rettet mot pasienter. Tiltakene vil søke å minimere lidelse og maksimere antall år med kvalitet i pasientenes liv.

Primordial og primærforebygging omfatter de tiltakene som bidrar mest til helsetilstanden til hele populasjonen.⁵⁹

Tannhelseforebyggende og helsefremmende arbeid i Norge

Når man ser på helsevesenets arbeid med å bevare og bedre folkehelsen er det opplysningsvirksomhet og forebyggende arbeid som har den viktigste funksjonen.⁶² Det har vist seg at ulike kanaler for helseopplysning når frem til ulike sosiale lag i befolkningen. Man har registrert at informasjon gjennom massemedier når det høyere sosiale lag bedre enn det

lavere. Videre kunne man se at informasjon om helse til det lavere sosiale lag responderte best på informasjon gitt på individnivå.⁶³

Mange undersøkelser viser store ulikheter mellom de ulike sosiale lagene og en klar sammenheng mellom helsetilstand og sosial posisjon hvor de med høy utdanning og inntekt har bedre helsetilstand. De forebyggende helsetjenestene, og spesielt helsestasjonene og skolehelsetjenestene, har en særlig viktig utjevning rolle. Forebyggende arbeid er lovpålagt i den offentlige tannhelsetjenesten og disse tjenestene når de fleste, er lite stigmatiserende og gir mulighet for å kombinere primærforebyggende arbeid med en spesiell oppmerksomhet på de gruppene med større forekomst av sykdom som gjerne viser seg fra lavere sosiale lag.⁶⁴

Med tanke på tobakksforebyggende arbeid må man da anse tannhelsetjenesten som en viktig aktør for effektiv intervensjon og utjevning av klasseforskjeller som synes i samfunnet i dag.

Forebyggende arbeid i tannhelsetjenesten

Forebyggende arbeid innen den offentlige tannhelsetjenesten er en lovpålagt oppgave og man skal prioritere forebyggende tiltak fremfor behandling. Dette er bestemt gjennom lov om tannhelsetjenesten (1) § 1-3.

Det er interessant å merke seg at denne loven er i dag den eneste helsetjenesteloven som prioriterer forebyggende tiltak fremfor behandling.⁶⁵

Det er også en gjeldende holdning at tannhelsetjenesten skal engasjere seg mer i folkehelsearbeidet. Dette kommer tydelig frem i stortingsmelding nummer 35.

Denne stortingsmeldingen tar for seg en hel rekke deler av tannhelsetjenesten i Norge og diskuterer utfordringer, strategier og mål for fremtiden innen tannhelsetjenesten og tannhelsen blant befolkningen. Her nevnes økt fokus på helsefremmende og forebyggende arbeid i fremtiden. Man ønsker også et kunnskapsløft i tannhelsetjenesten så vel som i befolkningen. Den nevner også et mål om å styrke epidemiologisk forskning innen tannhelse

og annen tannhelsetjenesteforskning for å øke det offentlige engasjement på tannhelsefeltet. Det er altså et hovedfokus for fremtiden å øke tannhelsetjenestens rolle i folkehelsearbeidet.⁶⁶

Tobakksrelaterte skader kan være synlig i munnhulen og dermed kan tannhelsepersonell gjøre en viktig jobb for å intervensere på et tidlig stadium og forebygge tobakksrelatert sykdom i befolkningen.

Tobakksforebyggende arbeid i Norge

I 2003 ble omtrent 0,5% av inntektene fra tobakksavgifter i Norge benyttet til forebyggende arbeid, mens verdens helseorganisasjon anbefaler å sette av 1% til forebyggende arbeid.⁶⁷

Det er vist gjennom en rekke studier at tobakksforebyggende tiltak er kostnadseffektive sammenlignet med annen type forebyggende arbeid i helsetjenesten.^{68,69}

Norge er blant de fremste landene i Europa når det gjelder innføring av reguleringer som er rettet mot tobakksbruk som del i tobakksvern blant befolkningen. En undersøkelse utført i 2005 dannet et redskap for å måle ulike lands aktivitet i tobakksregulerende arbeid; ”The tobacco control scale”. Denne skalaen tok utgangspunkt i skåre på seks ulike områder som The World Bank har definert som de mest kostnadseffektive tiltakene for tobakksregulering.⁷⁰ Disse områdene er;

- Forbud og restriksjoner mot røyking i det offentlige rom og på arbeidsplasser.
- Prisøkning gjennom høyere avgifter på tobakksprodukter.
- Bedre forbrukerinformasjon og informasjonskampanjer i media samt publisering av forskningsresultater.
- Omfattende forbud mot alle typer reklame og tilbud på tobakksprodukter.
- Store og tydelige helseadvarsler på sigarettpakker og andre tobakksprodukter.
- Røykestoptilbud til røykere og tilgang til medikamenter som fremmer dette.

I denne undersøkelsen er Norge blant de 4 beste landene sammen med Island, Irland og Storbritannia.⁷¹

Som tidligere nevnt fikk man i 1975 en lov som regulerer alle tobakksprodukter i Norge; Lov om vern mot tobakksskader (tobakksskadeloven). Denne loven har gjennomgått mange endringer etter den ble vedtatt i 1975. De viktigste endringene inntil nå er innføring av forbud mot røyking på alle serveringssteder fra 1. juni 2004 og forbudet mot synlig oppstilling av tobakksvarer inkludert automatkort.²⁹

Helse- og omsorgsdepartementet utarbeidet en nasjonal strategiplan for det tobakksforebyggende arbeidet for perioden 2006-2010. Denne hadde målsetninger som blant annet gikk ut på å utjevne sosiale forskjeller, redusere antall som røyker under 20% og en særlig reduksjon blant ungdom, og at tobakksforebygging blir en del av utdanningen til alle som jobber med barn og unge samt innen alle deler av helsetjenesten. Den tar for seg åtte strategiske innsatsområder: Forebygging, røykeslutt, vern mot eksponering for tobakksrøyk, økt kunnskap og informasjon om snus, informasjonstiltak og generell kommunikasjon, forskning og overvåking, tobakksforebygging som del av lokalt folkehelsearbeid og tobakksforebygging i internasjonalt perspektiv.⁷² En sluttrapport på nasjonal strategi tobakksforebyggende arbeid 2006-2010 konkluderer med å ha nådd to av tre kvantifiserte mål i løpet av perioden. Man har senket antall dagligrøykere til under 20%, man har redusert ungdomsrøyking til under 12%, men man har ikke klart å senke antall gravide som røyker til under 5% (den var i 2010 fremdeles over 8%).⁷³ Den konkluderer også med at Det er gjort for liten innsats for å få primærhelsetjenesten til å ta opp røykeslutt med pasienter. Man må gjøre et bedre arbeid med utdanningsinstitusjonene og primærhelsetjenesten slik at utøvere i helsetjenesten i større grad føler dette arbeidet som en viktig del av sitt virke.

Videre nevner denne rapporten en vurdering av det tobakksforebyggende arbeidet i Norge foretatt i 2010 under ledelse av verdens helseorganisasjon. Her blir fem punkter fremhevet som sentrale anbefalinger for det videre tobakksforebyggende arbeidet;

1. Styrket nasjonalt lederskap i dette arbeidet i form av ressurser og personell

2. Bruk av massemediekampanjer
3. Sikre vern mot passiv røyking for folk i arbeid og i det offentlige rom
4. Initiere massemediekampanjer mot voksne i forhold til å verne barn og unge mot passiv røyking
5. Prioritering av røykesluttilbudet⁷³

Helsedirektoratet stiller seg positive til disse anbefalingene for det videre tobakksforebyggende arbeidet, men legger til at det vil være hensiktsmessig å prioritere vern mot passiv røyking for områder med barn og unge som for eksempel skoler og barnehager. Direktoratet ønsker også å innføre påbud om løyve for salg av tobakk, 20 års aldersgrense for bruk og nøytrale tobakkspakker. Det er også ønskelig å senke andelen gravide som røyker samt sette inn tiltak mot økningen av snusbruk i befolkningen.⁷³

Tannhelsetjenesten som ressurs i det tobakksforebyggende arbeidet

I en landsomfattende undersøkelse utført for SIRUS i 2003 ble tannleger og tannpleiere spurt om tobakksforebygging i tannhelsetjenesten. Resultatet viste at tannpleierne i gjennomsnitt brukte 18 minutter av siste uke til å snakke med pasienter om røyking. På samme spørsmål brukte tannlegene i snitt 13 minutter. Undersøkelsen avslørte også at det var meget sjelden at tannlegene og tannpleierne tilbød selvhjelpmateriell til pasienter med ønske om å slutte. Kun en av ti tannleger, og to av ti tannpleiere pleide å gi slikt materiell til pasientene. Samme antall informerte heller ikke potensielle sluttere om Sosial- og helsedirektorates røyketelefon. Tannlegene og tannpleierne tok først opp røykevanene når skader fra røyking kunne manifestere seg i munnhulen. Undersøkelsen konkluderte med at tannhelsetjenesten er en ubrukt ressurs i arbeidet mot tobakkskader, og at det er et forbedringspotensial i intervensjonsaktivitet ovenfor pasienten.¹

I vår oppgave har vi tatt utgangspunkt i denne undersøkelsen og laget en ny survey rettet mot tannpleier- og tannlegestudentene ved Universitetet i Bergen.



Målsetting

Den foreliggende studien tok siket på å:

- Kartlegge tannlege- og tannpleiestudenters bruk av tobakk.
 - Kartlegge studentenes informasjonskilder med hensyn til tobakksprodukter
 - Kartlegge studentenes vurdering av hvor skadelig ulike tobakksprodukter er
 - Kartlegge studentenes holdninger til at tobakkforebygging skal være en del av tannhelsetjenestens forebyggende og helsefremmende arbeid
 - Kartlegge studentenes holdninger til selv å drive tobakksforebygging overfor sine pasienter
-

Material og metode

Oppgaven baserer seg på et spørreskjema sendt ut til alle tannlege- og tannpleierstudenter ved Universitetet i Bergen våren 2011. I alt ble 216 tannlegestudenter og 54 tannpleierstudenter forespurt om de ville delta i undersøkelsen. Spørreskjema ble sendt ut via en e-post med link til spørreskjemaet som var utformet ved bruk av surveyprogrammet, Survey-xact®. Data ble analysert ved bruk av IBM SPSS Data Collection®. Prosjektet ble meldt til og godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS. (NSD). Deltagelsen var frivillig og baserte seg på informert samtykke. Det ble sendt ut to purringer på e-post. Svarprosenten ble til slutt: 65 %, 34 (63 %) tannpleierstudenter og 126 (58 %) tannlegestudenter 9 stk. Oppga ikke studieprogram. Undersøkelsen var anonym, og hadde 51 spørsmål. Mange av spørsmålene var hentet til SIRUS undersøkelse på landsbasis blant tannleger og tannpleiere i Norge – artikkel i Den norske tannlegeforenings tidende.¹

Spørsmål

Følgende spørsmål danner grunnlag for resultatene som er presentert i denne oppgaven. (For detaljert informasjon om spørreskjema; se appendiks)

På de ni spørsmålene som ble stilt om hvor skadelig diverse nikotinprodukter, ble deltagerne gitt alternativene: Svært lite skadelig, litt skadelig, skadelig og svært skadelig. I analysen ble disse re kodet til dikotome variabler, hvor svært lite skadelig og litt skadelig ble slått sammen til «ikke skadelig» mens skadelig og svært skadelig ble satt sammen til kategorien skadelig

Ja/Nei spørsmål ble stilt i de syv spørsmålene angående hvorfra deltagerne har mottatt informasjon angående helse- og tannhelseskadelige effekter av tobakksbruk.

Seks spørsmål ble stilt angående barrierer (hindringer) for at tannhelsepersonell spør sine pasienter om de røyker, ble det gitt seks svaralternativ. Helt enig, enig, hverken enig eller

uenig, uenig og svært uenig. Disse ble re kodet slik at helt enig, enig og hverken enig eller uenig ble satt til en kategori enig. Uenig og svært uenig ble satt til en ny kategori - uenig.

Eksempel: Jeg mener samtaler om røyking tar for lang tid: (Helt enig-helt uenig)

På spørsmålene som skulle kartlegge studentenes holdninger til at tobakk skal være en del av tannhelsetjenestens forebyggende og helsefremmende arbeid, ble det gitt alternativer om hvor sannsynlig påstandene var. Eksempel: Jeg vil være i stand til å gi riktig informasjon om helsefordeler ved å slutte med tobakk. -Svært sannsynlig, Sannsynlig, - Hverken sannsynlig eller usannsynlig, -Usannsynlig, - Svært usannsynlig. I analysen ble svarene omkodet. Svært sannsynlig og sannsynlig ble slått sammen til: Sannsynlig mens de resterende fire ble slått sammen til: Usannsynlig.

Resultater

Utvalgets profil (Tabell 1 og Figur 1)

Tabell 1 viser sosiale og demografiske karakteristika for deltakere etter studentstatus. Det er sterk overvekt av kvinner blant deltagerne, 82,5 %. Blant tannpleierstudentene er alle deltagerne kvinner. Medianalder ligger på ca. 25år. Totalt hadde 52,9 % 20-24 år, og 47 % 25-52 åringer. De aller fleste har bodd i Norge de siste 10 årene (96,9%). De fleste deltagere kommer fra vestladsområdet (45,5 %), 16,9 % kommer fra Østlandet, 14,3 % fra Sørlandet og 23,4 % fra Nord Norge/ Trøndelag.

Forekomst og fordeling av tobakksbruk blant tannlege- og tannpleierstudenter (Tabell 2a og b)

Tabell 2a. Totalt oppgir 10,7 % av tannlegestudentene og 11,8 % av tannpleierstudentene at de snuser daglig. Tilsvarende prosentandeler når det gjelder daglig røyking var 1,7 % og 2,9 %. Det var ikke statistisk signifikante forskjeller i tannlegestudenters og tannpleierstudenters snus og røykevaner.

Tabell 2B (Figur 2b1,2b2 og 2b3) viser at 7,7 % av de mannlige versus 0,8 % av de kvinnelige studentene røyker daglig. Tilsvarende prosentander for daglig snusing var 19,2 % og 10,0 %. I aldersgruppen 20-24 år røyker 1,2 % daglig, mens daglig snusing lå på 7,3 %. Gruppen 25-52år røyker 2,8 % og snuser 16,7 %. Det viser altså en økende tendens til tobakksforbruk med alder. Av tannlegene er det 1,7 % og 10,7 % som røyker og snuser daglig. Tannpleierne røyker 2,9 % og 11,8 % snuser daglig. Det er altså liten variasjon mellom tannlegestudentene og tannpleierstudentene.

Tabell 2c og (Figur 2c1) viser at det varierer noe i vurdering av skadeeffekt av de nevnte tobakksproduktene. Det er signifikant $p < 0,05$ forskjell mellom tannlegestudentene og tannpleierstudentene. Gjennomsnittlig skadevurdering ligger for tannlegene på 27,7 mens for tannpleierne 29,2 (SD 3,2). Av de som svarte som røykte og snuste, var det en generell lavere vurdering av skadevirkning; 24,6 for røykere og 27,3 for de som snuser sammenlignet med de som ikke røyker eller snuser. De som ikke røykte hadde gjennomsnittlig skadevurdering på 28,1. Ikke snuser ligger på 28, (pga. lav andel som røyker/snuser er disse resultatene ikke signifikante.)

Tobakkens skadevirkning etter studentstatus, kjønn, røyke status, snusbruk og alder (Tabell 2c, 3a, 3b og 3c)

Tabell 3a viser at 94,1 % av tannpleierstudentene mener snus er skadelig, mens 58,3% av tannlegestudentene mener det. Dette er en signifikant forskjell ($p < 0.001$). Tabellen viser også at de fleste mener sigaretter, sigarillos, sigarer, piperøyking og rulletobakk er skadelig (alle over 90 %). Under 10 % mener at nikotintyggegummi og nikotinplaster kan være skadelig

Tabell 3b viser at kvinner (45,2 %) synes snus er mer skadelig enn menn (30,2 %). Denne forskjellen er signifikant ($p < 0.05$). Tabellen viser også at de fleste mener sigaretter, sigarillos, sigarer, piperøyking og rulletobakk er skadelig (alle over 90 %). Under 10 % mener at nikotintyggegummi og nikotinplaster kan være skadelig

Tabell 3c viser skadevurdering av tobakksprodukter etter alder Det er ikke noen signifikant forskjell på de to aldersgruppene. Det er 29,3 % i aldersgruppe 20-24 år som mener snus er skadelig, mens 40,3 % mener det er skadelig i aldersgruppen 24-52.

Mottatt informasjon om tobakkens skadevirkninger etter studentstatus, kjønn, og alder (Tabell 4a, 4b og 4c)

Tabell 4a: viser hvor studentene har mottatt informasjon angående helse- og tannhelseskadelige effekter av tobakksbruk.

- Forholdsvis få har fått informasjon fra helsepersonell. 37,5 % av tannpleierne og 49,6 % av tannlegene.
- Mange oppgir å ha mottatt informasjon fra TV/radio (84,8 % tannpleier, 89,1 % tannleger), aviser (86,4 % tannpleier, 73,5 % tannleger), universitetet (91,2 % tannpleier, 82,2 % tannleger), foreldre (82,4 % tannpleier, 80,5 % tannleger).
- Noe færre har mottatt informasjon fra ukeblader av tannlegestudentene enn tannpleierstudentene. 69,7 % vs. 58,1 %.
- Venner: 82,4 % av tannpleierstudentene oppgir å ha mottatt informasjon fra venner, av tannlegestudentene kun 61,9 % $p < 0,05$

Tabell 4b: Andelen menn og kvinner som har mottatt informasjon angående helse- og tannhelseskadelige effekter av tobakksbruk

Viser hvor studentene har mottatt informasjon om vi fordeler dem etter kjønn.

- Forholdsvis få har fått informasjon fra helsepersonell. 64 % av mennene og 44,8 % av kvinnene.
- Mange oppgir å ha mottatt informasjon fra TV/radio (96,2 % av mennene og 86,6 % av kvinnen), aviser (96,2 % av mennene og 81,9 % av kvinnen), universitetet (80,8 % av mennene og 85 % av kvinnen), foreldre (88 % av mennene og 79,7 % av kvinnen).
- Noe færre har mottatt informasjon fra ukeblader av begge kjønnene, 48 % (menn) vs. 63,5 (kvinnen) %. Venner: 68 % av mennene mot 65,6 % av kvinnene.

Tabell 4c: Viser hvor studentene har mottatt informasjon om vi fordeler dem i to aldersgrupper. 20-24 år og 25-52 år.

- Forholdsvis få har fått informasjon fra helsepersonell. 53,5 % i aldersgruppen 20-24år og 42,0 % i aldersgruppen 25-52 år.
- Mange oppgir å ha mottatt informasjon fra TV/radio (83,8 % i aldersgruppen 20-24 og 91,7 % i aldersgruppen 25-52), aviser (84,0 % i aldersgruppen 20-24 og 84,5 % i aldersgruppen 25-52), universitetet (79,0 % i aldersgruppen 20-24 og 90,1 % i aldersgruppen 25-52), foreldre (82,7 % i aldersgruppen 20-24 og 78,9 i aldersgruppen 25-52). Noe færre har mottatt informasjon fra ukeblader i begge aldersgruppene. 60,5 % (20-24) vs. 62,3 (20-24) %. Venner: 66,7 % i aldersgruppen 20-24år mot 61,9 % i aldersgruppen 25-52år

Oppfatninger om- og holdninger til tobakksforebyggende arbeid etter studentstatus (Tabell15-7)

Tabell 5 viser at

- På spørsmål om røykesamtaler med pasienter, mente 6,1% av tannpleierstudenten og 10,3 % av tannlegestudentenesamtaler at samtaler om røyking tar for lang tid.
- På spørsmål om kunnskaper om effekter av røyk mente 32,7 % av tannlegestudentene at de ikke besitter nok kunnskap om effekt av røyking. Dette er noe mer enn hva tannpleierstudentene, hvor 21,3 % mener kunnskapen er for dårlig.
- Drøye 9 % av alle de spurte mener det ikke er deres oppgave å diskutere røkevanene til pasientene.
- Av de som svarte mente 39.4 % av tannpleierstudentene at det er ubehagelig å spørre om pasientenes røykevaner. På samme spørsmål svarte 26,7 % av tannlegestudentene det samme.

- På spørsmål om kartlegging av pasientenes røykevaner svarte 83,1 % av de spurte at røykevaner bør kartlegges rutinemessig ved journalopptak, og 85,1 % menete at tannhelsepersonell bør engasjere seg i tobakksforebygging
- Kun 3 % av tannpleierstudentene og 5,2 % av tannlegestudentene mener tannklinikken er en uegnet arena for røykeforebygging.
- På spørsmål om røyking i arbeidstiden svarte 69,7 % av tannpleierstudentene og 76,8 % av tannlegestudentene at tannhelsepersonell burde avstå fra å røyke i arbeidstiden.
- 9,1 % av tannpleierstudentene og 12,9 % av tannlegestudentene mener det ikke er verdt innsatsen fordi få pasienter slutter selv med hjelp.
- Gruppen er splittet i spørsmål om at tannpleier- og tannlegeforeningens arrangementer bør være røykfrie. I underkant av 70 % av tannpleierstudentene mener de burde være det, mens drøye 50 % av tannlegestudentene mener det.

Tabell 6: Totalt svarte 96.7 % tannpleierstudenter og 82.3 % tannlege studentene at de var i stand til å gi riktig informasjon om helsefordelene med å slutte å røyke. Tilsvarende prosent for studenter som mente seg å kunne kjenne pasientens motivasjon for røykeslutt var 67 % versus 43 % ($p < 0.05$) (Tabell 6). Mestringsforventninger til det å drive tobakksforebyggende arbeid (dvs. hvor lett eller vanskelig studentene mente dette var) hadde en statistisk signifikant sammenheng med studentenes beslutning om å drive tobakksforebygging som utøvende tannhelsearbeiderne. Pearson's korrelasjons koeffisienter som sier noe om styrken på lineære sammenhenger varierte fra 0,19 (sammenhengen mellom intensjon og oppfatningen – jeg vil være i stand til å gi riktig informasjon) til 0,24 (sammenhengen mellom intensjon og oppfatningen jeg vil være i stand til å fastslå mine studenters motivasjon) ($p < 0.001$).

Tabell 7 viser studentenes oppfatninger (holdninger) til det å drive tobakksforebygging i tannhelsetjenesten etter studentkategori og holdningers sammenheng med studentenes

intensjon eller beslutning om å utføre et slikt arbeid (Pearson's korrelasjons koeffisient). Totalt svarte 15.6% av tannpleierne og 43.4% av tannlegene at de ville bli oppfattet som en moralist dersom de drev tobakksforebyggende arbeid i tannhelsetjenesten. Pearson's korrelasjons koeffisient varierte fra 0,16 til 0,30 ($p < 0.005$) for sammenhenger mellom de enkelte oppfatninger og intensjon og for sammenhengen mellom sum holdnings indeks og intensjon). Oppfatningen at studentene ville gjøre en viktig jobb som tannlege/tannpleier dersom de drev tobakksforebyggende arbeid var den sterkeste motivasjonen for å bestemme seg for faktisk å gjøre dette (Pearson's $r = 0,30$).

Diskusjon

Signaler fra helsemyndighetene tilsier at det vil bli ønskelig å ta i bruk tannhelsetjenesten mer aktivt i arbeidet med røykavvenning og forebygging. [I denne forbindelse er det](#) interessant å kartlegge [tobakksrelaterte kunnskaper og holdninger](#) hos tannpleier- og tannlegestudentene. Dette er et viktig ledd i planlegging og utføring av effektivt forebyggende arbeid. Studentene er fremtidens tannhelsearbeidere, og vil være dem som senere skal drive dette arbeidet.

Røyke og snusvaner:

Totalt oppga 10.7 % av tannlegestudentene og 11.8 % av tannpleierstudentene at de snuste daglig. Tilsvarende prosentandeler når det gjelder daglig røyking var 1.7 % og 2.9 %.

Når vi sammenligner dette med landsgjennomsnittet for 2010, [aldersgruppen 16-74 år](#), oppga 7 % at de brukte snus daglig – 12 % for menn og 2 % for kvinner. Andel kvinner i undersøkelsen som oppgir at de snuser daglig var 10 %, mens menn lå på 19 %. Andelen av dem som oppgir å bruke snus av og til lå på 4 %.⁴¹ De som svarte på undersøkelsen ligger altså godt over landsgjennomsnittet [for denne aldersgruppen. Men dersom man gjør en mer adekvat sammenligning med en aldersgruppe som bedre representerer studentgruppen i undersøkelsen blir tallene annerledes. I gruppen 16-24 år har vi hatt en økning i snusbruk de senere år og i 2010 rapporterte 25% av menn og 8% av kvinner at de bruker snus daglig. Her er altså andelene ganske like.](#)

Men ser man på tidligere undersøkelser som er gjort blant studenter fant man for eksempel signifikante lavere innslag av dagligrøykere blant studenter ved Universitetet i Oslo sammenlignet med ikke-studerende (aldersgruppen 20-35 år). Man fant i samme undersøkelse signifikant høyere andel dagligsnusere blant kvinnelige studenter sammenlignet med ikke-studerende i samme aldersgruppe.⁴³ Ved undersøkelser av medisinstudenter i Bergen 2004 til 2006 (lonitudinell studie) fant man en nedgang i andelen dagligrøykere over denne perioden. Man fant også at gjennomsnittet som rapporterte å være dagligrøykere var langt lavere for medisinstudentene i Bergen enn landsgjennomsnittet for denne aldersgruppen. Når det gjaldt snusbruk fant man i dette studiet en økning hos medisinstudentene og spesielt blant kvinnelige studenter.

Landsgjennomsnittet som oppgir å røyke daglig lå i 2010 på 19% (16-74 år).³⁸ Tannlege- og tannpleiestudenter i Bergen ligger altså godt under gjennomsnittet i Norge i antall dagligrøykere sammenlignet med denne gruppen, men sammenlignet med gruppen 16-24 år for 2010 er ikke forskjellen like stor.³⁸

Det viser seg altså i mange undersøkelser at færre studenter rapporterer å være dagligrøykere sammenlignet med resten av befolkningen i denne aldersgruppen. Dette kan tyde på at studenter har mer informasjon om sykdomsrisiko ved å røyke eller har flere motivasjonsfaktorer for å ikke røyke. Dette bildet gjenspeiler utvilsomt det vi allerede vet om fordeling av røyking mellom personer med lav utdanning og høy utdanning, hvor det er flere med lav utdanning som røyker daglig. Det må altså i fremtiden satses på å jevne ut denne forskjellen og få ned andelen dagligrøykere blant befolkningen med lav utdanning.

Studentene mottatt informasjon fra flere kanaler

Det viser seg at flere tannpleiere har mottatt informasjon fra venner enn tannlegestudentene. Dette er signifikant med $p < 0,05$. Flere kvinner enn menn har mottatt informasjon fra ukeblader. Ellers er foreldrene, aviser og universitetet vært vesentlige kanaler for

informasjon. Det er med andre ord flere måter å innhente informasjon på [for studentene i den foreliggende undersøkelsen](#).

Studentenes vurdering av hvor skadelig ulike tobakksprodukter er

[Tannlegestudentene mener](#) snus er mindre skadelig enn tannpleierstudentene. Til dags dato finnes det lite forskning på området, og det kan være tenkelig at tannlegestudentene ser mer etter forskning enn tannpleierstudentene, som mulig kan se mer på klinisk erfaring fra munnhulen. Over 90 % av alle de spurte mener sigaretter, sigarillos, sigarer, piperøyking og rulletobakk er helseskadelig. Under 10 % mener røykesluttproduktene røykeplaster og nikotintyggegummi er skadelig.

[Ved SIRUS sin undersøkelse fra 2003 fant man at 7% av hele gruppen som ble spurt \(tannpleiere og tannleger\) mente at røyking ikke var en vesentlig årsak til nedsatt tannhelse.¹ Dette kan tenkes å være en barriere for å utøve tobakksforebyggende intervensjon i klinikken og en bakenforliggende årsak til at så mange i tannhelsetjenesten mener de blir oppfattet som moralister ved slikt arbeid.](#)

Studentenes holdninger til at tobakksforebygging skal være en del av tannhelsetjenestens forebyggende og helsefremmende arbeid

Majoriteten (over 80 %) av studentene mener at røkevaner bør kartlegges rutinemessig ved journalopptak, mens [21% av tannpleiestudentene](#) og [33% av tannlegestudentene](#) mente de ikke besitter nok kunnskap om [skader / effekt](#) av røyking. Forebyggende arbeid i tannhelsetjenesten er en lovpålagt arbeidsoppgave. Stortingsmelding nummer 35 har til hensikt å øke tannhelsetjenestens engasjement i folkehelsearbeidet. Ca. 10 % av de spurte mente dog at det ikke var verdt innsatsen fordi få slutter selv med hjelp. Staten har altså til hensikt å bruke tannhelsetjenesten mer effektivt når det kommer til forebyggende

helsearbeid. De aller fleste, (tannpleierstudentene i noe høyere grad enn tannlegestudenten) ser ut til å være motivert for slik type arbeid.

Studenters holdninger til selv å drive tobakksforebygging overfor sine pasienter

Totalt svarte 15.6% av tannpleierne og 43.4% av tannlegene at de ville bli oppfattet som en moralist dersom de drev tobakksforebyggende arbeid i tannhelsetjenesten. Det er altså ikke likhetstegn mellom det å oppfatte forebygging som en oppgave for tannhelsetjenesten, og at tannlegene og tannpleieren faktisk utfører dette arbeidet

I SIRUS sin undersøkelse fra 2003 fant de at tre av ti tannleger og to av ti tannpleiere syntes tannklinikken var uegnet arena for å endre folks røykevaner. Når man sammenligner disse resultatene med vår spørreundersøkelse finner vi at holdningene er ganske like. Trenden er at tannleger og tannlegestudenter virker mer tilbøyelige til å mene at tobakksforebyggende arbeid er moraliserende over pasienten. Når man legger til at det er 8 år mellom vår undersøkelse og SIRUS sin undersøkelse, kan det gi et inntrykk av at arbeidet for å øke tannhelsetjenestens innsats i det tobakksforebyggende arbeidet ikke er effektiv nok.

Svakheter og styrker med undersøkelsen

Så langt oss bekjent er dette den første studien som tar opp tema om tobakksforebyggende arbeid blant studenter på tannlege og tannpleierstudiet i Norge. Resultatene gir derfor en viktig pekepinn på hvor motiverte denne studentgruppen er til å ta fatt på en arbeidsoppgave som er prioritert hos helsemyndighetene og som inngår i nasjonal strategi for tobakksforebyggende arbeid 2006-2010.

Den foreliggende undersøkelsen må sees på som en pilotundersøkelse. Utvalget er for begrenset til at vi kan si noe om tannlege- og tannpleierstudentenes holdninger til tobakksprodukter og intervensjon generelt på landsbasis. Det er også usikkert om resultatene er representative for studentkategoriene ved Universitetet i Bergen. Svarprosentene var moderate og vi har ikke informasjon med hensyn til de studenter som fikk tilbud om

deltagelse men som valgte å ikke besvare spørreskjemaet. Man kan derfor si at resultatene er representative for de som deltok i undersøkelsen. Man kan ikke dra noen konklusjoner utover dette. På grunn av disse begrensninger vil det være ønskelig å gjøre en undersøkelse hvor man tar med studentene fra universitetet i Tromsø og Universitetet i Oslo samtidig som man jobber for å øke svarprosenten.

Konklusjon

Vi ønsket å kartlegge tannlege- og tannpleierstudentenes tobakkvaner. De som svarte på spørreundersøkelsen røyker mindre enn landsgjennomsnittet, mens snusvanene var på tilnærmet likt nivå med landsgjennomsnitt for unge (16-24 år). De henter inn informasjon om tobakksprodukter på flere forskjellige måter. De som svarte av tannpleierstudentene mente snus var mindre skadelig enn det tannlegestudentene mente. De aller fleste mente at tannhelsetjenesten skal være en del av den forebyggende og helsefremmende arbeidet med tobakkreduksjon og var positive til å ta del i dette arbeidet selv.

Referanser

¹ Lund KE, et al. Tobakksforebygging i norsk tannhelsetjeneste. Den norske

² Bergli Joner T, Joner PE. Det store bedraget. Alt tobakksindustrien ikke vil at du skal vite. Oslo: Damm, 2002.

³ WHO report on the global tobacco epidemic; Warning about the dangers of tobacco, 2011. Tilgjengelig på http://www.who.int/tobacco/global_report/2011/en/

⁴ Lopez AD, Collishaw NE, Piha T. A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. Tobacco control 1994; 3: 242-47.

⁵ Sham ASK, Cheung LK, Jin LJ, Corbet EF. The effects of tobacco use on oral health Hong Kong Med J 2003; 9: 271-7.

⁶ Helsedirektoratet; Tobakkens historie. Lokalisert 03.12.2011 på http://www.helsedirektoratet.no/tobakk/royking/hva_er_royk/tobakkens_historie_5607

⁷ Musk AW, De Klerk NH. History of tobacco and health. Respirology 2003; 8: 286–290.

⁸ American Council for Drug Education, Basic facts about Drugs: Tobacco. Lokalisert 03.12.2011 på <http://www.acde.org/common/Tobacco.htm>

⁹ Jaakkola MS, Jaakkola JJK. Assessment of exposure to environmental tobacco smoke. Eur Respir J 1997; 10: 2384–2397.

¹⁰ Hecht SS. Research Opportunities Related to Establishing Standards for Tobacco Products Under the Family Smoking Prevention and Tobacco Control Act. Nicotine Tob Res 2012; 14(1): 18-28.

-
- ¹¹ Hovedstrømsrøyk og sidestrømsrøyk. Lokalisert 29.01.12 på <http://helsenorge.no/Helseogsunnhet/Sider/Hovedstromsroyk-og-sidestromsroyk.aspx>
- ¹² Sarna L, Cooley ME, Danao L. The global epidemic of tobacco and cancer. *Seminars in Oncology Nursing* 2003; 19: 233-243.
- ¹³ Idris AM, Ibrahim SO, Vasstrand EN, Johannessen AC, Lillehaug JR, Magnusson B, et al. The Swedish Snus and the Sudanese Toombak: are they different? *Oral Oncology*. 1998; 34(6): 558–566.
- ¹⁴ Rickert WS, Joza PJ, Trivedi AH, Momin RA, Wagstaff WG, Lauterbach JH. Chemical and toxicological characterization of commercial smokeless tobacco products available on the Canadian market. *Regul Toxicol Pharmacol*. 2009; 53(2): 121-33.
- ¹⁵ Sanner T, Dahl JE, Andersen A. Kreftrisiko ved bruk av snus. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120(14): 1669-71.
- ¹⁶ Schuller HM. Is cancer triggered by altered signalling of nicotinic acetylcholine receptors?. *Nature Reviews Cancer*. 2009; 9: 195-205.
- ¹⁷ Rezvani AH, Levin ED. Cognitive effects of nicotine. *Biol Psychiatry*. 2001; 49 (3): 258–267.
- ¹⁸ Kumaria V, Graya JA, ffytchec DH, Mitterschiffthalerb MT, Dasb M, Zachariah E, et al. Cognitive effects of nicotine in humans: an fMRI study. *NeuroImage*. 2003; 19(3): 1002–1013.
- ¹⁹ Levin ED, Briggs, SJ, Christopher NC, Rose1 JE. Persistence of chronic nicotine-induced cognitive facilitation. *Behav and Neu Biol*. September 1992; 58(2): 152–158.
- ²⁰ Booker CJ, Bedmutha R, Vogel T, Gloor A, Xu R, Ferrante L, et al. Experimental Investigations into the Insecticidal, Fungicidal, and Bactericidal Properties of Pyrolysis Bio-oil from Tobacco Leaves Using a Fluidized Bed Pilot Plant. *Ind Eng Chem Res*. 2010; 49: 10074–10079.
- ²¹ Projections of tobacco production, consumption and trade to the year 2010. 2003; Food and agriculture organization of the United Nations. Lokalisert 16.01.12 på <http://www.fao.org/DOCREP/006/Y4956E/Y4956E00.HTM#Contents>
- ²² Lund KE. Tobakksfritt samfunn eller skadereduksjon? SIRUS-Rapport 2/2009.

-
- ²³ C Gartner, W Hall. Harm reduction policies for tobacco users. *Int J Drug Policy*. 2010; 21(2): 129-30.
- ²⁴ Gartner CE, Hall WD. Should Australia lift its ban on low nitrosamine smokeless tobacco products? *Med J Aust*. 2008; 188(1): 44-6.
- ²⁵ Bates C, Fagerstrom K, Jarvis M, Kunze M, McNeill A, Ramstrom L. European Union policy on smokeless tobacco: a statement in favour of evidence based regulation for public health. *Tob Control*. 2003; 12(4): 360–367.
- ²⁶ Hall W, Gartner C. Supping with the devil? The role of law in promoting tobacco harm reduction using low nitrosamine smokeless tobacco products. *Public Health*. 2009; 123(3): 287-91.
- ²⁷ Lund KE, McNeill A, Scheffels J. The use of snus for quitting smoking compared to medicinal products. *Nicotine and Tobacco Research*. 2010; 12 (8): 817-822.
- ²⁸ Lund KE, McNeill A, Scheffels J. The association between use of snus and quit rates for smoking. *Addiction*. 2010; 106 (1): 162-167.
- ²⁹ LOV 1973-03-09 nr 14: Lov om vern mot tobakksskader (tobakksskadeloven).
- ³⁰ Schildt E-B, Eriksson M, Hardell L, Magnuson A. Oral snuff, smoking habits and alcohol consumption in relation to oral cancer in a Swedish case-control study. *Int J Cancer* 1998; 77: 341 – 6.
- ³¹ Lewin F, Norell SE, 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. *Cancer* 1998; 82: 1367 – 75.
- ³² Sanner T, Dahl JE, Andersen A. Krefrisiko ved bruk av snus. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120(14): 1669-71.
- ³³ Bates C, Fagerstrom K, Jarvis M, Kunze M, McNeill A, Ramstrom L. European Union policy on smokeless tobacco: a statement in favour of evidence based regulation for public health. *Tob Control*. 2003; 12(4): 360–367.
- ³⁴ Berridge V. Medicine and the Public: The 1962 Report of the Royal College of Physicians and the New Public Health. *Bull Hist Med*. 2007; 81(1): 286–311.
- ³⁵ Sanner T, Dahl JE, Andersen A. Krefrisiko ved bruk av snus. *Tidsskr Nor Lægeforen*. 2000; 120: 1669-71.

-
- ³⁶ Merking av og tilsetningsstoff i snus – Spørsmål nr. 105 til skriftlig besvarelse. Lokalisert 17.01.12 på http://www.regjeringen.no/mobil/nn/dep/hod/dok/andre/brev/brev_til_stortinget/2009/merking-av-og-tilsetningsstoff-i-snus--s.html?id=583939
- ³⁷ Helse- og omsorgsdepartementet. Bildeadvarsler på sigarettpakkene. Lokalisert 15.12.2011 på <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/aktuelt/nyheter/2011/bildeadvarsler-pa-sigarettpakkene-.html?id=651135>
- ³⁸ SSB. Røykevaner 2010. Lokalisert 20.01.12 på internettadr: <http://www.ssb.no/royk/>
- ³⁹ Eurostat. Lokalisert 23.01.12 på <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/refreshTableAction.do?tab=table&plugin=0&pcode=tps00169&language=en>
- ⁴⁰ SIRUS Rusmiddelstatistikk, tobakk, salg i tonn pr år fordelt på tobakkstype. Lokalisert 16.01.12 på <http://statistikk.sirus.no/sirus/>
- ⁴¹ SSB. Daglig snusbrukere og av-og-til-snusbrukere, etter kjønn og alder (prosent). 18.02.2011.
- ⁴² SSB. Færre enn hver femte røykte daglig. Lokalisert 20.01.12 på <http://www.ssb.no/royk/>
- ⁴³ Lund KE, Tefre EM, Amundsen A, Nordlund S. Røyking, snus og annen risikoatferd blant studenter. Tidsskrift for Den norske legeforening. 2008; 128 (16): 1808-1811.
- ⁴⁴ Royal College of Physicians. Smoking and health. London: Pitman Medical Publishing, 1962.
- ⁴⁵ The Reports of the Surgeon General. Smoking and health. 1964. Tilgjengelig på <http://profiles.nlm.nih.gov/ps/retrieve/ResourceMetadata/NNBBMQ>
- ⁴⁶ Tobakksindustriens erstatningsansvar. NOU 2000:16
- ⁴⁷ Vollset SE, Selmer R, Tverdal A, Gjessing HK. Hvor dødelig er røyking? Rapport om dødsfall og tapte leveår som skyldes røyking. Nasjonalt folkehelseinstitutt. Rapport 2006:4
- ⁴⁸ Saman DM. A review of the epidemiology of oral and pharyngeal carcinoma: update. Head & Neck Oncology. 2012; 4: 1.

-
- ⁴⁹ Luo J, Ye W, Zendehdel K, Adami J, Adami H-O, Boffetta P, 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. *Lancet*. 2007; 369: 2015–20.
- ⁵⁰ Einhorn J, Wersäll J. Incidence of oral carcinoma in patients with leukoplakia of the oral mucosa. *Cancer*. 1967; 20(12): 2189–2193.
- ⁵¹ Wood MW, Medina JE, Thompson GC, Houck JR, Min KW. Accumulation of the p53 tumor-suppressor gene product in oral leukoplakia. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 1994; 111(6): 758-63.
- ⁵² Johnson N. Tobacco use and oral cancer: a global perspective. *Journal of Dental Education*. 2001; 65(4): 328-339.
- ⁵³ Javed F, Al-Rasheed A, Almas K, Romanos GE, Al-Hezaimi K. Effect of cigarette smoking on the clinical outcomes of periodontal surgical procedures. *Am J Med Sci*. 2012; 343(1): 78-84.
- ⁵⁴ Bergström J, Preber H. Tobacco Use as a Risk Factor. *J Periodontol*. 1994; 65: 545-550.
- ⁵⁵ Hugoson A, Rolandsson M. Periodontal disease in relation to smoking and the use of Swedish snus: epidemiological studies covering 20 years (1983-2003). *J Clin Periodontol*. 2011; 38: 809-816.
- ⁵⁶ WHO. Tobacco Free Initiative (TFI). Lokalisert 23.01.12 på http://www.who.int/tobacco/health_priority/en/
- ⁵⁷ Raaheim A, Aarø LE. Forskning om forebyggende helsearbeid. En oppsummering av norske undersøkelser. Bergen: Institutt for sosial- og organisasjonspsykologi, Universitetet i Bergen; 1989.
- ⁵⁸ Åstrøm AKN. Atferdsepidemiologi. Forelesning i samfunnsodontologi høst 2011. Universitetet i Bergen.
- ⁵⁹ Åstrøm AKN. Tobakksforebygging i tannhelsetjenesten. Forelesning i samfunnsodontologi vår 2011. Universitetet i Bergen
- ⁶⁰ Bonita r, Beaglehole R, Kjellström T. Basic epidemiology 2nd edition. World Health Organization. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data; 2006. p. 103-110.
- ⁶¹ Helse Stavanger HF. Screening. Lokalisert 25.01.12 på <http://www.helse-stavanger.no/omoss/avdelinger/brystdiagnostisk-senter/Sider/screening.aspx>

-
- ⁶² Kompendium i samfunnsodontologi; Odontologisk institutt – samfunnsodontologi Universitetet i Bergen; Bergen 2005; s133.
- ⁶³ Townsend J, Roderick P, Cooper J. Cigarette smoking by socio- economic group, sex and age: effects of price, income and health publicity. Br Med J 1994; 309: 923–7.
- ⁶⁴ Helse- og omsorgsdepartementet. St.meld. nr. 16 (2002-2003); Resept for et sunnere Norge. Lokalisert 24.01.12 på <http://www.regjeringen.no/en/dep/hod/documents/regpubl/stmeld/20022003/Stmeld-nr-16-2002-2003-/5.html?id=328681>
- ⁶⁵ Tenner for livet - Helsefremmende og forebyggende arbeid. Statens helsetilsyn Veiledningsserie 1:1999.
- ⁶⁶ Helse- og omsorgsdepartementet, St.meld. nr. 35 (2006-2007)
- ⁶⁷ Ringnes A. Helsearbeidere mot tobakk. Tidsskr Nor Lægeforen. 2002; 4:434
- ⁶⁸ Reducing Tobacco Use: A Report of the Surgeon General. Lokalisert 25.01.2012 på http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/2000/index.htm
- ⁶⁹ Building blocks for tobacco control: a handbook (Tools for advancing tobacco control in the 21st century). World Health Organization. WHO Tobacco Free Initiative. 2004.Lokalisert 26.01.2012 på http://www.who.int/tobacco/resources/publications/tobaccocontrol_handbook/en/
- ⁷⁰ The World Bank. Tobacco control at a glance. Washington DC, 2003. Lokalisert 26.01.12 på <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTHEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/EXTPHAAG/0,,contentMDK:20799536~menuPK:64229773~pagePK:64229817~piPK:64229743~theSitePK:672263,00.html>
- ⁷¹ Joossens L, Raw M. The Tobacco Control Scale: a new scale to measure country activity. Tob Control 2006; 15: 247-253.
- ⁷² Nasjonal strategi for tobakksforebygging 2006-2010. Lokalisert 24.01.2012 på <http://www.helsedirektoratet.no/folkehelse/tobakk/nasjonal-tobakksstrategi/Sider/default.aspx>
- ⁷³ Sluttrapport på nasjonal strategi tobakksforebyggende arbeid 2006-2010. Lokalisert 26.01.2012 på <http://www.helsedirektoratet.no/folkehelse/tobakk/nasjonal-tobakksstrategi/Sider/default.aspx>

⁷⁴ [Bruserud Ø, Hansen BA, Auestad HM, Olsen SF, Sørheim IC, Bakke P. Endring i røykevaner hos medisinstudenter i Bergen 2004-06. Tidsskr Nor Legeforen. 2008; 128\(16\): 1812-4.](#)

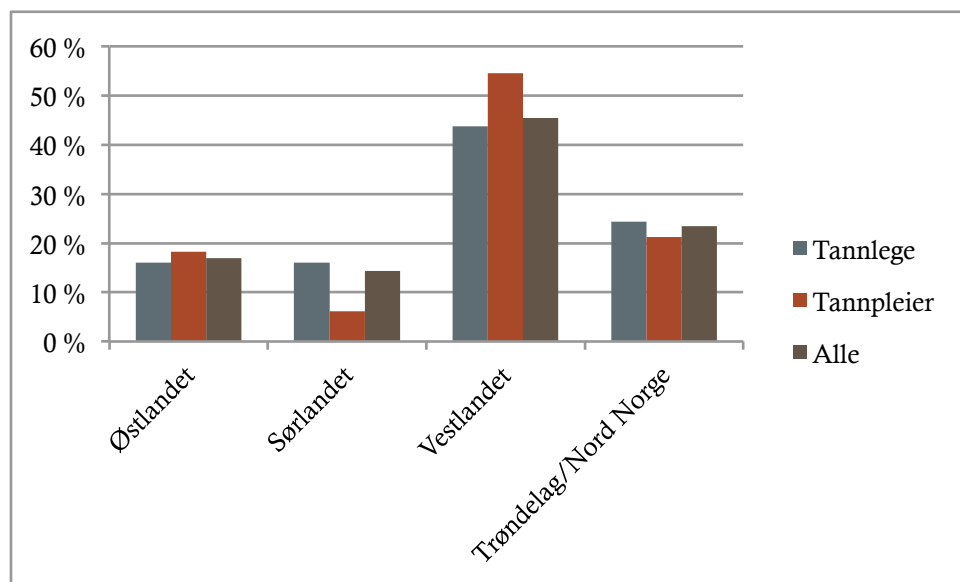
Appendiks del 1

Tabell 1: Sosiale og demografiske karakteristika etter studentstatus og i utvalget totalt

	Tannlegestudent	Tannpleier student % (n)	Totalt % (n)
Kjønn			
Mann	22,4% (28)	0% (0)	17,5% (28)
Kvinne	77,6% (97)	100% (33)	82,5% (130)
Alder			
(20-24)	50% (61)	60,6%(20)	52,9% (83)
(25-52)	50%(61)	39,4%(13)	47,1% (74)
Bosted siste 10 år			
I Norge	96,8% (121)	97,1%(33)	96,9% (156)
Ikke i Norge	3,2% (4)	2,9% (1)	3,1% (5)
Landsdel			
Østlandet	16,0%(19)	18,2% (6)	16,9% (26)
Sørlandet	16,0%(19)	6,1%(2)	14,3% (22)

Vestlandet	43,7%(52)	54,5%(18	45,5% (70)
Trøndelag/Nord Norge	24,4%(29)	21,2%(7)	23,4% (36)
Studenter			
Tannlege			78,8% (126)
Tannpleier			21,3% (34)

Figur 1: Fordeling av deltagere i prosent:



Tabell 2a: Prosentandelen tannlege og tannpleierstudenter som røyker daglig, av og til og aldri

	Tannlegestudent % (n)	Tannpleier student % (n)	Totalt % (n)
Snuser			
Daglig	10.7 (13)	11.8 (4)	11.0 (17)
Av og til	22.3 (27)	5.9 (2)	18.7 (29)
Aldri	66.9 (81)	82.4 (28)	70.3 (109)
Røyker			

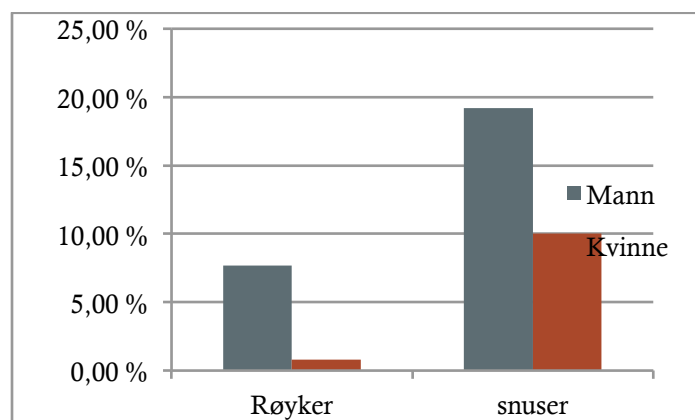
Daglig	1.7 (2)	2.9 (1)	1.9 (3)
Av og til	5.8 (7)	11.8 (4)	7.1 (11)
Aldri	92.6 (112)	85.3 (29)	91.0 (141)

Tabell 2b: Røyke -og snusvaner etter student status, alder og kjønn (n= 160)

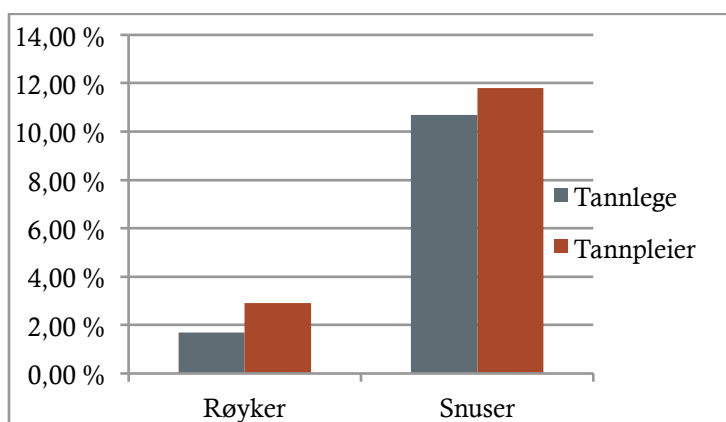
	Røyker daglig % (n)	Snuser daglig % (n)
Kjønn		
Mann	7.7 (2)	19.2 (5)
Kvinne	0.8 (1)	10.0 (13)
Alder		
(20-24)	1.2 (1)	7.3 (6)
(25-52)	2.8 (2)	16.7 (12)
Studenter		
Tannlege	1.7 (2)	10.7 (13)
Tannpleier	2.9 (1)	11.8 (4)

Røyker/snuser daglig illustrert i søylediagram.

Figur 2b1: Andelen snusere og røykere etter kjønn i prosent



Figur 2b2: Andelen røykere og snusere etter studentkategori



Tabell 2c: Gjennomsnittlig grad av hvor skadelig ulike tobaksprodukter er etter røyke og snus stats og studentstatus. Jo høyere score, jo mer skadelig. Summert score (snus, piperøyking, sigarillos, rulletobakk, light sigaretter, vanlige sigaretter, nikotinplaster og nikotintyggegummi) Gjennomsnittlig andel (%) av konsultasjonene (med standardavvik = SD)

	Gjennomsnittlig skade vurdering (sd)
Tannpleier	29.2 (3.2)
Tannlege	27.7 (3.2)*
Røyker daglig	24.6 (9.2)
Røyker sjelden/aldri	28.1 (3.0)
Snuser daglig	27.3 (2.3)

Snuser sjelden /aldri

28.2 (3.3)

*p<0.05

Tabell 3a: Andel tannlege og tannpleierstudenter som angir ulike tobakksprodukter som helseskadelig

	Tannpleierstudent % (n)	Tannlegestudent % (n)	Totalt % (n)
Snus			
Skadelig	94.1 (32)	58.3 (70)**	66.2 (102)
Piperøyking			
Skadelig	97.1 (33)	97.5 (117)	97.4 (150)
Sigarer			
Skadelig	97.1 (33)	94.2 (113)	94.8 (146)
Sigarillos			
Skadelig	100 (34)	96.7 (116)	97.4 (150)
Rulletobakk			
Skadelig	97,1(33)	99,0(119)	96,7(148)
Light sigaretter			
Skadelig	97,1(33)	96,6(119)	96,7(148)
Vanlige sigaretter			
Skadelig	100(34)	96,7(116)	99,3(150)
Nikotinplaster			
Skadelig	9,1(3)	10(12)	9,8(15)

Nikotintyggegummi			
Skadelig	6,1(2)	9,2(11)	8,5(13)

Tabell 3b: Menn og kvinner blant tannlege- og tannpleierstudentene som angir ulike tobakksprodukter som helseskadelig

	Mann % (n)	Kvinne % (n)	Totalt % (n)
Snus			
Skadelig	45,2 (14)	30,2 (39)*	34,2 (53)
Piperøyking			
Ikke skadelig	7,7 (2)	1,6(2)	2,6(4)
Sigarer			
skadelig	76,9(20)	98,4(127)	94,8(147)
Cigarillos			
skadelig	92,3(24)	98,4(127)	97,4(151)
Rulletobakk			
skadelig	96,2(25)	99,2(128)	98,7(153)
Light sigaretter			
skadelig	92,0(23)	96,9(70)	96,1(148)
Vanlige sigaretter			
skadelig	95,8(23)	100(128)	99,3(151)
Nikotinplaster			
skadelig	11,5(3)	9,4(12)	9,7(15)
Nikotintyggegummi			
skadelig	7,7(2)	8,6(11)	8,4(13)

Tabell 3c: Aldersgruppe 20-24 og 24-52 blant tannlege- og tannpleierstudentene som angir ulike tobakksprodukter som helseskadelig

	20-24 % (n)	24-52 % (n)	Totalt % (n)
Snus			
skadelig	29,3(24)	40,3 (29)	34,4(53)
Piperøyking			
skadelig	97,6(80)	97,2(70)	97,4(150)
Sigarer			
skadelig	92,7(76)	97,2(70)	94,8(146)
Cigarillos			
skadelig	96,3(79)	98,6(71)	97,4(150)
Rulletobakk			
skadelig	100(82)	97,2(70)	98,7(152)
Light sigaretter			
skadelig	97,5(79)	94,4(68)	96,1(147)
Vanlige sigaretter			
skadelig	100(81)	98,6(69)	99,3(150)
Nikotinplaster			
skadelig	11,1(9)	6,9(5)	9,2(14)
Nikotintyggegummi			
skadelig	8,6(7)	6,9(5)	7,8(12)

Tabell 4a: Andelen tannlege og tannpleierstudenter som har mottatt informasjon angående helse- og tannhelseskadelige effekter av tobakksbruk

Har du mottatt informasjon ang helse/tannhelseskadelige effekter fra tobakksbruk fra:	Tannpleierstudent % (n)	Tannlegestudent % (n)	Totalt % (n)
Helsepersonell			
Ja	37.5 (12)	49.6 (58)	47(70)
TV/radio			
Ja	84.8 (28)	89.1 (106)	88,2(134)
Aviser			
Ja	86,4(102)	73,5%(25)	83,6(127)
Ukeblader			
Ja	69.7 (23)	58.1 (68)	60,7(91)
På universitetet			
Ja	91.2 (31)	82.2 (97)	84,2(128)
Foreldre			
Ja	82.4 (28)	80.5 (95)	80,9(123)
Venner			
Ja	82.4 (28)	61.9 (73)	66,4(101)*

*p<0.05

Tabell 4b: Andelen kvinner og menn i undersøkelsen som har mottatt informasjon angående helse- og tannhelseskadelige effekter av tobakksbruk

Har du mottatt informasjon ang helse/tannhelseskadelige effekter fra tobakksbruk fra:	Mann % (n)	Kvinne % (n)	Totalt % (n)
Helsepersonell			

Ja	64(16)	44,8(56)	48(72)
TV/radio			
Ja	96,2(25)	86,6(110)	88,2(135)
Aviser			
Ja	96,2(25)	81,9(104)	84,3(129)
Ukeblader			
Ja	48(12)	63,5(80)	60,9(92)
På universitetet			
Ja	80,8(21)	85,0 (108)	84,3(129)
Foreldre			
Ja	88,0(22)	79,7 (102)	81(124)
Venner			
Ja	68,0(17)	65,6(84)	66,0(101)

Tabell 4C: Aldersgruppene 20-24 og 24-52 blant tannlege- og tannpleierstudentene har mottatt informasjon angående helse- og tannhelseskadelige effekter av tobakksbruk

Har du mottatt informasjon ang helse/tannhelseskadelige effekter fra tobakksbruk fra:	(20-24) % (n)	24-52) % (n)	Totalt % (n)
Helsepersonell			
Ja	53,5 (42)	42 (29)	47,7(71)
TV/radio			
Ja	83,8 (67)	91,7 (66)	87,5(133)
Aviser			
Ja	84,0(68)	84,5(60)	84,2(128)
Ukeblader			
Ja	60,5 (49)	62,3 (43)	61,3(92)
På universitetet			
Ja	79,0 (64)	90,1 (64)	84,2(128)
Foreldre			
Ja	82,7(67)	78,9 (56)	80,9(123)
Venner			
Ja	66,7(54)	64,8(46)	65,8(100)

Tabell 5: Andelen studenter som er enig i følgende påstander etter studentkategori

Er du enig/uenig i følgende påstander	Tannpleierstudent % (n)	Tannlegestudent % (n)	Totalt % (n)
<i>Samtaler om røyking tar for lang tid</i>	6,1(2)	10,3(12)	9,4(14)
<i>Jeg mangler kunnskap om effekten av røyking</i>	21,3(7)	32,7(38)	30,2(45)
<i>Det er ikke min oppgave å diskutere pasientens røykevaner</i>	9,1(3)	9,5(11)	9,4(14)
Røyking er ikke årsak til tannhelseproblemer	0(0)	7,7(9)	6(9)
<i>Det er ubehagelig å spørre pasienten om røykevaner</i>	39,4(13)	26,7(31)	29,6(44)
Det er ikke verd innsatsen – få pasienter slutter selv om de får hjelp	9,1(3)	12,9(15)	12,1(18)
Tannklinikken er en uegnet arena for røykeforebygging	3(1)	5,2(6)	4,7(7)
Røykevaner bør kartlegges rutinemessig i pasientjournalen	93,8(30)	80,2(93)	83,1(123)
Tannhelsepersonell bør engasjere seg i tobakksforebygging	90,9(30)	83,5(96)	85,1(126)
Tannhelsepersonell bør avstå fra å bruke tobakk i arbeidstiden	69,7(23)	76,8(89)	75,2(112)
Alle arrangementer i tannlegeforeningens regi bør være røykfrie	68,7(22)	54,3(63)	57,4(85)
Alle arrangementer i tannpleierforeningens regi bør være røykfrie	69,7(23)	53,4(62)	57,1(85)

Tabell 6: Andelen av studenter som er synes følgende påstander er svært sannsynlig/sannsynlig

Hvor sannsynlig eller usannsynlig er følgende	Tannpleierstudent % (n)	Tannlegestudent % (n)	Korrelasjon med intensjon å drive tobakksforebygging
<i>Jeg vil være i stand til å gi riktig informasjon om helsefordeler ved røykeslutt</i>	96.7 (29)	82.3 (93)	0.19*
<i>Jeg vil være i stand til å ha oversikt over pasienter som røyker/bruker snus</i>	62.5 (20)	65.2 (73)	0.19*
<i>Jeg vil være i stand til å fastslå mine studenters motivasjon for røykeslutt</i>	67.7 (21)	43.4 (49)*	0.24**
Mestring [Gjennomsnitt, (sd)]	17.1 (3.0)	18.9 (3.2)**	0.26**

Jo lavere skåre på mestringsskala/indeks – dess mer positiv holdning til tobakksforebygging

Tabell 7: Andelen studenter som synes følgende påstander er svært sannsynlig/sannsynlig

Hvor sannsynlig eller usannsynlig er følgende: Dersom jeg tar opp spørsmål om tobakk med mine pasienter vil---- ----:	Tannpleierstudent % (n)	Tannlegestudent % (n)	Korrelasjon med intensjon om å drive tobakksforebygging
<i>-det redusere sjansen for at de får tannhelseproblemer</i>	48,5 (16)	38.4 (43)	0.04
<i>--vil det føre til at flere slutter å røyke</i>	56.3 (18)	58.0 (65)	0.16*
<i>---vil jeg gjøre en bedre jobb som tannlege</i>	84.8 (28)	72.6 (82)	0.30**
<i>--få dårligere kontakt med dem</i>	9.1 (3)	6.2 (7)	-0.05
<i>--føre til misnøye blant pasientene</i>	18.2 (6)	25.7 (29)	-0.10
<i>--de be om hjelp jeg ikke er i stand til å gi</i>	21.2 (7)	22.1 (25)	-0.16*
<i>---oppfatte meg som moralist</i>	15.6 (5)	43.4 (49)**	-0.01
<i>Holdninger til tobakksforebygging [Gjennomsnitt, sd]</i>	6.3 (1.7)	7.1 (1.5)*	0.19*

Jo lavere skåre på holdningsskala/indeks – dess sterkere mestringsforventning med hensyn til å drive tobakksforebyggende arbeid

Appendiks del 2:

Spørreskjema som ble sendt til studentene. (undersøkelsen ble gjennomført på nettet og oppsettet så noe annerledes ut, men spørsmålene var like)

| Tobakksforebygging – et ansvar for tannhelsepersonell?

Forespørsel om å delta i spørreskjemaundersøkelse angående tannlege- og tannpleierstudenters holdninger til tobakksforebyggende arbeid i Tannhelsetjenesten

Kjære student.

Det odontologiske fakultet, Universitetet i Bergen skal kartlegge holdninger til tobakksforebyggende arbeid i tannhelsetjenesten blant tannpleier- og odontologistudenter ved de tre odontologiske læresteder i Norge, Universitetene i Bergen, Oslo og Tromsø. Tidligere undersøkelser utført i regi av Statens Institutt for Rusmiddelforskning blant tannleger og tannpleiere konkluderer med at tannhelsepersonell er en ubrukt ressurs i det tobakksforebyggende arbeidet.

Vi vil som en pilot gjennomføre undersøkelsen blant tannpleier- og odontologistudenter ved Det medisinske odontologiske fakultet i Bergen. For å skaffe oss disse opplysningene spør vi deg herved om du kan svare på spørsmålene i vedlagte spørreskjema.

Spørsmålene handler om tobakk - og snusprodukter generelt og tobakksforebygging som en del av tannhelsetjenestens oppgaver spesielt. Det er frivillig å delta og alle opplysninger blir behandlet konfidensielt. Du kan trekke deg fra deltagelse uten begrunnelse. Data blir oppbevart i av anonymisert form og utilgjengelig for uvedkommende ved UiB. Det tar ca. 10 minutter å fylle ut skjemaet. Prosjektet er meldt til personvernombudet og vil være avsluttet i løpet av 2012. Vi håper du synes prosjektet er verd å støtte. Tobakksforebygging er et viktig satsningsområde innenfor folkehelsearbeidet i Norge. Hvis dere ønsker å delta i undersøkelsen – vennligst kryss av nedenfor.

Jeg ønsker å delta i spørreundersøkelsen:

Ja

nei

Tobakksforebyggende arbeid i Tannhelsetjenesten

Slik gjør du

Spørreskjemaet fylles ut ved at du setter et kryss i ruten foran det svaret som passer deg, eller du skriver svaret, for eksempel antall på linjen_____

Eksempel

Hvis du som fyller ut skjemaet, er kvinne som er født i 1985 og har bodd i Norge de siste 10 årene skal de tre første spørsmålene besvares slik:

Jeg er

Mann

Kvinne

Hvilket år er du født? 1985

A. Begynn her

Deltakernummer:

1.a Jeg studerer

Bachelor tannpleie

Master odontologi

1b Dersom du er tannpleierstudent – hvilket kull går du på?

1. kull

2.kull

3. kull

1c. dersom du er tannlegestudent- hvilket kull går du på?

1. kull

2.kull

3. kull

1. kull

2.kull

3. kull

4.. kull

5.kull

2. Jeg er

Mann

Kvinne

3. Hvilket år er du født? 19.....

4. Har du bodd i Norge de siste 10 årene?

Ja

Nei

5. I hvilket land er du født? _____

6. I hvilken landsdel vokste du opp som tenåring?

Akershus og Oslo

Hedmark og Oppland

Østlandet ellers

Agder og Rogaland

Vestlandet

Trøndelag

Nord-Norge

B. Her kommer noen spørsmål angående bruk av snus og andre typer tobakk.

1. *Hvor ofte snuser du?*

Daglig

Av og til

Aldri

2. *Hvor ofte røyker du sigaretter (regn med fabrikklagede og hjemmerullede)*

Daglig

Av og til

Aldri

3. Vi skal nå nevne en rekke nikotinprodukter og ber deg angi hvor helseskadelig du tror regelmessig bruk av disse er. Kryss av bare en gang for hvert spørsmål!

	Svært lite skadelig	Litt skadelig	Skadelig	Svært skadelig
3a Snus				
3b Piperøyking				
3c Sigar				
3d Cigarillos				
3e Rulletobakk				
3f Ferdig sigaretter (light)				
3g Ferdigsigaretter /vanlig)				
3h Nikotinplaster				
3 i Nikotintyggegumm i				

4. Har du mottatt informasjon angående helse- og tannhelseskadelige effekter av tobakksbruk fra

a) helsepersonell (lege, tannlege, helsesøster)

Ja

Nei

b) TV/radio

Ja

Nei

c) aviser

Ja

Nei

d) ukeblader

Ja

Nei

e) under utdanning på universitetet

f) Ja

Nei

g) foreldre

Ja

Nei

h) venner

Ja

Nei

D. Følgende begrunnelser er foreslått som mulige barrierer (hindringer) for at tannhelsepersonell spør sine pasienter om de røyker. Er du enig eller uenig i følgende påstander

1. Jeg mener samtaler om røyking tar for lang tid

Helt enig

Enig

hverken enig eller uenig

uenig

Helt uenig

2. Jeg føler jeg mangler kunnskap angående effekten av røyking for tannhelsen

Helt enig

Enig

hverken enig eller uenig

Uenig

svært uenig

3. Jeg føler at det ikke er min oppgave å diskutere pasientenes røykevaner

Helt enig

Enig

Verken enig eller uenig

Uenig

helt uenig

4. Jeg mener røyking ikke er en årsak til vesentlige tannhelseproblemer

Helt enig

Enig

Hverken enig eller uenig

Uenig

Helt uenig

5. *Jeg synes det er ubehagelig å spørre pasienter om deres røykevaner*

Helt enig

Enig

Hverken enig eller uenig

Uenig

Helt uenig

6. *Jeg synes ikke det er verd innsatsen fordi så få pasienter slutter selv om de får hjelp*

Helt enig

Enig

Hverken enig eller uenig

Uenig

Helt uenig

E. Er du enig eller uenig i følgende påstander

1. Tannklinikken er en uegnet arena til å endre folks røykevaner

Helt enig

Enig

Hverken enig eller uenig

Uenig

Helt uenig

2. Røykevaner bør kartlegges rutinemessig i pasientjournalen

Helt enig

Enig

Hverken enig eller uenig

Uenig

Helt uenig

3. Tannhelsepersonell bør engasjere seg i tobakks forebyggende arbeid overfor pasienten

Helt enig

Enig

Hverken enig eller uenig

Uenig

Helt uenig

4. Tannhelsepersonell bør avstå fra å bruke tobakk i løpet av arbeidsdagen

Helt enig

Enig

Verken enig eller uenig

Uenig

Helt uenig

5. Alle arrangementer i tannlegeforeningens regi bør være røykfrie

Helt enig

Enig

verken enig eller uenig

Uenig

Helt uenig

6. Alle arrangementer i tannpleierforeningens regi bør være røykfrie

Helt enig

Enig

verken enig eller uenig

Uenig

Helt uenig

F. Hvor sannsynlig eller usannsynlig er følgende påstander

1. Jeg vil være i stand til å gi riktig informasjon om helsefordeler ved å slutte med tobakk

Svært sannsynlig

Sannsynlig

Hverken sannsynlig eller usannsynlig

Usannsynlig

Svært usannsynlig

2. Jeg vil være i stand til å ha oversikt over hvilke pasienter som røyker /bruker snus

Svært sannsynlig

Sannsynlig

Hverken sannsynlig eller usannsynlig

Usannsynlig

Svært usannsynlig

3. Jeg vil være i stand til å fastslå mine pasienters motivasjon for å slutte med sigaretter/snus

Svært sannsynlig

Sannsynlig

Hverken sannsynlig eller usannsynlig

Usannsynlig

Svært usannsynlig

4. Dersom jeg tar opp røyking og snusbruk med mine pasienter vil det redusere sjansen for at de får tannhelseproblemer

Svært sannsynlig

Sannsynlig

Hverken sannsynlig eller usannsynlig

Usannsynlig

Svært usannsynlig

5. Dersom jeg tar opp røyking og snusbruk med mine pasienter vil det føre til at flere ønsker å slutte

Svært sannsynlig

Sannsynlig

Hverken sannsynlig eller usannsynlig

Usannsynlig

Svært usannsynlig

6. Dersom jeg tar opp røyking og snusbruk med mine pasienter vil jeg gjøre en bedre jobb som tannlege/tannpleier

Svært sannsynlig

Sannsynlig

Hverken sannsynlig eller usannsynlig

Usannsynlig

Svært usannsynlig

7. Dersom jeg tar opp røyking og snusbruk med mine pasienter vil jeg få dårligere kontakt med dem

Svært sannsynlig

Sannsynlig

Hverken sannsynlig eller usannsynlig

Usannsynlig

Svært usannsynlig

8 Dersom jeg tar opp røyking og snusbruk med mine pasienter vil det føre til misnøye blant dem

Svært sannsynlig

Sannsynlig

Hverken sannsynlig eller usannsynlig

Usannsynlig

Svært usannsynlig

9. Dersom jeg tar opp røyking og snusbruk med mine pasienter vil de kunne be om hjelp jeg ikke er i stand til å gi

Svært sannsynlig

Sannsynlig

Hverken sannsynlig eller usannsynlig

Usannsynlig

Svært usannsynlig

10. Dersom jeg tar opp røyking og snusbruk med mine pasienter vil pasientene oppfatte meg som en moralist

Svært sannsynlig

Sannsynlig

Hverken sannsynlig eller usannsynlig

Usannsynlig

Svært usannsynlig

11. Vil det å snuse gjøre røykeslutt lettere?

Svært sannsynlig

Sannsynlig

Hverken sannsynlig eller usannsynlig

Usannsynlig

Svært usannsynlig

12. Skal bruk av snus anbefales som et røyke - avvenningsmiddel i enkelte tilfeller (pasienter som ikke klarer å slutte)

Helt enig

Enig

Hverken enig eller uenig

Uenig

Helt uenig

13. Jeg har til hensikt å ta opp spørsmål om røyking og snusing med dine pasienter i din fremtidige jobb som tannlege/tannpleier

Helt enig

Enig

Hverken enig eller uenig

Uenig

Helt uenig

14. I hvilken grad synes du undervisningen på studiet så langt har vært relevant med tanke på seinere tobakksforebyggende arbeid i tannhelsetjenesten?

Svært relevant

Relevant

Mindre relevant

Ikke relevant i det hele tatt

Kommentarer til spørreskjemaet? _____

Takk for hjelpen!