

Tobaksforebyggelse i voksentandplejen

Holdninger og praksis blandt privatpraktiserende tandlæger

Birthe Cortsen og Poul Erik Petersen

Formålet med denne undersøgelse var at afdække hvilke barrierer der afholder privatpraktiserende tandlæger fra at rådgive patienter om rygeophør. Der er gennemført en tværsnitsundersøgelse hvorved data blev indsamlet vha. postenquete. Spørgeskema blev udsendt til 259 privatpraktiserende tandlæger i Frederiksborg Amt, og 71% besvarede dette skema. Femogfyrre procent af tandlægerne svarede at de »altid« eller »ofte« rådgav deres patienter om rygeophør. Flertallet af tandlægerne oplyste at de ikke havde modtaget formel undervisning i tobaksforebyggelse og ikke følte sig kvalificerede til at rådgive om rygeophør. Rygende tandlæger havde et væsentligt lavere vidensniveau om sammenhæng mellem rygning og rygerelaterede sygdomme og et lavere aktivitetsniveau vedr. tobaksforebyggelse sammenlignet med ikke-rygende tandlæger. De fleste tandlæger mente at andre sundhedsfaglige personalegrupper snarere end tandlæger var ansvarlige for at påvirke patienters rygning. Under halvdelen af tandlægeklinikkerne havde indført totalt rygeforbud. De største barrierer for at tale om rygning med patienter var tandlægers egen rygning, at tandlægerne ikke følte sig kvalificerede til rådgivning om rygeophør, og at tandlægerne ikke mente at rygerne ville ophøre med at ryge, blot fordi deres tandlæge anbefalede det.

Tobaksrelaterede sygdomme forårsager hvert år mange dødsfald både i Danmark (1) og i andre lande (2). I 1996 registreredes 10.691 dødsfald i Danmark som primært kunne tilskrives rygning (1). Den tobaksrelaterede dødelighed er antageligt ansvarlig for en væsentlig del af den uheldige udvikling i middellevetiden i Danmark, og næsten hele tabet i middellevetid kan relateres til aldersgruppen 35-74 år (3), hvor der netop findes flest daglig- og storrygere i Danmark (4). Rygning er således en af de alvorligste risikofaktorer for tidlig død i Danmark, og en systematisk indsats her har dermed et stort forebyggelsespotentiale.

Det har længe været dokumenteret at rygning bl.a. øger risikoen for lungekræft (5) og hjerte-kar-sygdomme (6). Herudover foreligger der evidens for at rygning forårsager en række tilstande i mundhulen:

- Rygning er langt den væsentligste årsag til misfarvning af tænder og tandrestaureringer (7).
- Rygning giver øget risiko for udvikling af gingivitis (8) og er en alvorlig risikofaktor for parodontale lidelser (9).
- Sårhelingsprocessen efter tand- og kæbekirurgiske indgreb forsinkes hyppigt for rygere (10), og der ses postoperativt flere sårkomplikationer hos rygere end hos ikkerygere (11).
- En signifikant større andel af implantater mistes hos rygere end hos ikkerygere (12).
- Rygning er en prædisponerende faktor for oral *Candida*-infektion (13).
- Rygning forårsager endvidere særlige orale slimhindeforandringer som fx »rygers gane«, »rygers melanose« og leukødem (14). Leukoplaki er den almindeligste præmaligne læsion i mundslimhinden (15) og forekommer seks gange så hyppigt hos rygere som hos ikkerygere (16).
- Oplysninger om sammenhæng mellem rygning og caries er divergerende. Let til moderat rygning er vist ikke at influere på spyt sammensætningen, der er væsentlig for risiko for caries (17), mens en anden undersøgelse (18) konkluderede at der var en sammenhæng mellem rygning og øget cariesforekomst.
- Oral cancer udgør 2-3% af samtlige cancerformer i Danmark (1). Alkohol og rygning og deres indbyrdes interaktion er vist at forårsage tre fjerdedele af alle orale cancertilfælde i Europa (19). I perioden 1980-84 til 1993-95 er der i Danmark for mænds vedkommende sket en stigning i antal cancertilfælde i mundhule og svælg på godt 100% og for kvinders vedkommende en stigning på godt 30% (3). Der kan også i de kommende år ventes en stigning i dødelighed af oral cancer pga. kohorteeffekten (3,20). Det skyldes den meget store kohorte af 45+-årige som har tradition for et langvarigt og stort tobaksforbrug (4,21). En landsdækkende undersøgelse fra 1994 (22) viste at 37%

af den danske voksne befolkning inden for de seneste tre mdr. havde haft kontakt med tandlæge. Ligeledes havde 37% haft kontakt med egen praktiserende læge (4). Kontakt til tandlæge er dermed lige så hyppig som kontakt til egen praktiserende læge. Undersøgelsen viste tillige at 82% af den danske voksne befolkning i 1994 havde besøgt tandlæge inden for de sidste 12 mdr., og 77% mindst én gang inden for de sidste fem år.

Mange henvendelser til tandlægen i Danmark sker uden at symptomer er til stede (14). I den primære sundhedstjeneste har tandlæger således en fordel frem for læger, idet tandlæger ser en meget stor del af den raske danske befolkning, som man må forvente i højere grad at kunne stimulere/motivere til at ophøre med at ryge sammenlignet med den syge befolkning.

I en undersøgelse fra 1989 (23) om dansk sundhedspersonales holdning til og viden om rygningens skadelige virkninger fremgik det at 19% af tandlæger ofte og 52% af og til diskuterede rygning med deres patienter. Undersøgelsen pegede på at en tredjedel af alle danske tandlæger ikke diskuterede dette spørgsmål med deres patienter. Knap 10 år senere svarede 12% af danske tandlæger at de rutinemæssigt eller ofte rådgiver om rygeophør; 33% rådgiver af og til, mens 37% sjældent rådgiver og 16% aldrig rådgiver (24).

Talrige rapporter fra udlandet har vist at tandlæger mener de bør rådgive om rygeophør, men i realiteten rådgiver kun en mindre del af tandlægerne rutinemæssigt (25-28). Dette er overraskende da tandlæger if. undersøgelserne synes at kunne opnå fine ophørsrater (29,30). Der foreligger endvidere overbevisende dokumentation for at selv kortvarig rådgivning om rygeophør har effekt (31).

Fra patienternes side forventes det relativt ofte at tandlægen rådgiver om rygeophør (32). I flere udenlandske undersøgelser har man forsøgt at indkredse hvilke barrierer der afholder tandlægerne fra at rådgive patienterne om rygeophør. Manglende viden (27,33) og træning (26) anføres hyppigt som årsag, men hvis tandlæger modtager undervisning i rådgivning om rygeophør øges deres aktivitet på dette område efterfølgende (34).

Manglende tid (26,27,33) og negative forventninger til om rådgivning virker (27,33), anføres ligeledes ofte som årsager til at tandlæger ikke rådgiver om rygeophør. Modstand fra patienterne (27,33) og frygt for at patienterne vil forlade praksis (26) nævnes som andre grunde til at tandlæger ikke ønsker at rådgive om rygeophør.

Manglende honorering ved tobaksforebyggelse eller behandling i øvrigt medfører at andre forebyggelsesaktiviteter vurderes mere attraktivt (24,26,27,33), og også manglende henvisningsmuligheder (27,33) angives som årsag til at patienter ikke ydes rådgivning om rygeophør.

Det danske Tobaksskaderåd (35) besluttede umiddelbart

efter oprettelsen i 1988 at yde en indsats sådan at normen for sundhedspersonale skulle være at »sundhedspersonale ryger ikke, i hvert fald ikke på arbejdet«. Idéen var at sundhedspersonale skulle foregå befolkningen med et godt eksempel og være rollemodeller. Sundhedspersonalets rygevaner er tillige vist at have en afgørende indflydelse på i hvilken udstrækning patienter rådgives om rygeophør (36). Strategien var endelig at yde sundhedspersonale hjælp til rygeophør og arbejde hen imod røgfrie hospitaler og klinikker (35).

En undersøgelse af sundhedspersonalets rygevaner og holdninger (37) afslørede knap 10 år senere at dette mål til dels var ved at lykkes, idet man kunne påvise at der var sket et markant fald i antallet af rygere inden for grupperne af læger, sygeplejersker, jordemødre og tandlæger, sammenlignet med en tidligere undersøgelse (38).

Undersøgelser har vist (30,36) at flere personalegrupper i sundhedssektoren yder og kan yde en indsats mht. tobaksforebyggelse. Sammenligning mellem læger, tandlæger, tandplejere, sundhedsplejersker og sygeplejersker har vist (39) at tandlæger og tandplejere føler sig mindre forberedte til at udføre tobaksforebyggelse og er mindre aktive på dette område end de øvrige sundhedspersonalegrupper.

Formål

Formålet med nærværende projekt var at identificere hvilke barrierer der i dag afholder privatpraktiserende tandlæger i Danmark fra at rådgive deres patienter om rygeophør.

Materiale og metode

Tværsnitstudiet valgtes som design for at tilgodese undersøgelsens formål, og data indsamledes vha. postbesørget spørgeskema. Spørgsmålene var formuleret mhp. at belyse følgende faktorerens betydning for kommunikation om rygeophør med patienter:

- Professionel viden og argumenter vedr. rygning og oral sundhed
- Brug af oplysningsmateriale udarbejdet af Dansk Tandlægeforening og Tobaksskaderådet i 1996
- Hyppighed hvormed der rådgives om rygeophør
- Anledning til at rygeophør omtales for patienter
- Identifikation af hvilke patienter der rådgives om rygeophør
- Tandlægens egne rygevaner
- Tandlægens oplevede ansvar i relation til patienters rygning
- Holdning til rygning
- Frygt for at miste kunder i liberalt erhverv
- Vurdering af tidsforbrug i forbindelse med rådgivning om rygeophør

- Vurdering af honorar for rådgivning om rygeophør.

Der blev udvalgt en randomiseret stikprøve der omfattede 259 tandlæger beskæftiget i privat praksis i Frederiksborg Amt, hvilket svarer til 7% af danske tandlæger i privat praksis. I alt 183 gyldige skemaer indkom til undersøgelsen, og svarprocenten blev således 71%.

Tabel 1 og 2 viser studiepopulationens procentvise fordeling på centrale variabler.

Til fremstilling af spørgeskema og dataindtastning anvendes WHO's statistikprogram Epi-Info. Til den videre databearbejdning og statistisk analyse blev programpakken SPSS anvendt.

Der blev gennemført univariat analyse på samtlige variabler. Ved de bivariate analyser er afhængige variabler blevet krydstabelleret med udvalgte uafhængige variabler. Desuden

blev der foretaget rekodninger, og additive indeksvariabler konstrueredes. Kontinuerede variabler (alder, kandidatår og praktiseret antal år) blev klassificeret i undergrupper.

Likert-skalaen (40) blev anvendt på holdningsvariablerne for at give en ordinal skala for tandlægenes holdning til tobaksforebyggelse i tandplejen. Data blev herefter analyseret i bivariate fordelingsanalyser og evalueret med Chi²-test.

Resultater

Kommunikation med patienter om rygning

Flertallet af tandlægerne svarede at de »af og til« rådgav om rygeophør (Tabel 3). Der var tendens til at kvindelige tandlæger rådgav hyppigere end mandlige. Endvidere viste det sig at de to yngste aldersgrupper af tandlæger oftere rådgav om rygeophør end de to ældste aldersgrupper (P<0,01). Tand-

Tabel 1. Procentvis fordeling af tandlægerne efter køn, alder, praksisstørrelse, ansættelsesforhold og samarbejde med tandplejer.

Køn	
Mand	51
Kvinde	49
Alder	
26-39 år	35
40-49 år	22
50-59 år	32
60-69 år	11
Praksisstørrelse	
1 tandlæge	22
2 tandlæger	40
>2 tandlæger	38
Ansættelsesforhold	
Ejer	70
Ansæt	30
Samarbejde med tandplejer	
Ja	24
Nej	76

Tabel 3. Procentvis fordeling af tandlægerne efter køn, alder, praksisstørrelse og samarbejde med tandplejer i relation til hvor ofte de rådgav patienter om rygeophør.

	Ja, altid	Ja, ofte	Ja, af og til	Sjældent	Nej, aldrig
Total	6	39	41	10	4
Køn					
Mænd	6	38	39	10	7
Kvinder	6	40	44	10	0
Alder					
26-39 år	4	40	45	8	3
40-49 år	10	42	45	3	0
50-59 år	7	34	41	16	2
60-69 år	0	40	25	15	20
Praksisstørrelse					
1 tandlæge	12	44	32	7	5
>1 tandlæge	4	37	44	11	4
Samarbejde med tandplejer					
Ja	5	42	47	4	2
Nej	6	38	40	12	4

Tabel 2. Procentvis fordeling af tandlægerne efter alder i relation til køn, praksisstørrelse, ansættelsesforhold og samarbejde med tandplejer.

Alder	Køn		Praksisstørrelse (antal tdl.)			Ansættelsesforhold		Samarbejde m. tandpl.	
	M	K	1	2	>2	Ejer	Ansæt	Ja	Nej
26-39 år	20	52	29	32	43	23	66	40	34
40-49 år	17	27	25	20	22	25	15	29	20
50-59 år	45	18	34	37	25	39	15	29	32
60-69 år	18	3	12	11	10	13	4	2	14

lægerne på klinikker med én tandlæge rådgav hyppigere om rygeophør end tandlægerne på klinikker med flere tandlæger. Tandlægerne der arbejdede sammen med tandplejer, rådgav ligeledes relativt hyppigere patienter om rygeophør.

Ikke-rygende tandlæger, dvs. tandlæger der aldrig havde røget eller var holdt op med at ryge, rådgav relativt hyppigere om rygeophør (Tabel 4). Tooghalvfems procent af de ikke-rygende tandlæger svarede ja til at de rådgav om rygeophør »altid«, »ofte« eller »af og til«, mens det for de rygende tandlægers vedkommende var 73% der svarede bekræftende på dette ($P < 0,001$). Jo mindre tandlægerne selv røg, desto mere rådgav de patienter om rygeophør. Tre gange så mange af de rygende tandlæger som de ikke-rygende svarede at de »sjældent« eller »aldrig« rådgav patienter om rygeophør.

Professionel viden om rygning og oral sundhed

De fleste tandlæger var ikke i tvivl om dokumenteret sammenhæng mellem rygning og generelle sygdomme såsom lungecancer, hjerte-kar-sygdomme og oral cancer. Mht. specifikke odontologiske sygdomme mente færre af tandlægerne at sammenhængen med rygning er klart bevist (Tabel 5).

Især de kvindelige tandlæger og den yngste aldersgruppe havde højt vidensniveau om rygerelaterede sygdomme (Tabel 6). Der sås statistisk signifikant forskel på den yngste og ældste aldersgruppes viden om sammenhængen mellem rygning og henholdsvis forsinket sårheling ($P < 0,001$), parodontale sygdomme ($P < 0,01$) og orale svampeinfektioner ($P < 0,01$). Dette medførte at der var signifikant forskel på aldersgruppernes vidensscore ($P < 0,01$), således at de yngre tandlæger opnåede den højeste score.

I den bivariate analyse sås association mellem tandlægerens vidensniveau om rygningens skadelige virkninger og tilbøjelighed til at rådgive patienter om rygeophør. Af Tabel 7 ses det at i gruppen af tandlæger med højt vidensniveau svarede 7% at de »sjældent« eller »aldrig« rådgav deres pati-

enter om rygeophør, og den tilsvarende procentandel af tandlæger med lavt vidensniveau udgjorde 26.

Modtaget formel undervisning i tobaksforebyggelse

De færreste af tandlægerne (under 10%) oplyste at have modtaget formel undervisning i tobaksforebyggelse, og de fleste (78%) følte sig ikke kvalificerede til at rådgive om rygeophør. I alt 28% svarede at de syntes at der manglede kurser i tobaks-

Tabel 5. Procentandele af tandlægerne der mente at sammenhængen mellem rygning og specifikke sygdomstilstande er klart bevist.

Sygdomstilstand	Bevist
Lungecancer	99
Hjerte-kar-sygdomme	95
Oral cancer	93
Leukoplaki	91
Parodontale sygdomme	89
Strubecancer	86
Forsinket sårheling	75
Orale svampeinfektioner	52
Mistede implantater	46

Tabel 6. Procentvis fordeling af tandlægerne efter vidensniveau om rygerelaterede sygdomme i relation til køn og alder.

Vidensniveau	Køn		Alder			
	M	K	26-39	40-49	50-59	60-69
Lavt	31	20	14	15	33	65
Middel	49	54	58	65	41	30
Højt	20	26	28	20	26	5

Tabel 4. Procentvis fordeling af tandlægerne efter hvor ofte de rådgav patienter om rygeophør i relation til egen rygestatus og dagligt cigaretforbrug.

Hyppighed	Ikke-ryger	Ryger	Dagligt cigaretforbrug		
			<5	5-15	>15
Ja, altid	8	0	0	0	0
Ja, ofte	43	30	36	31	0
Ja, af og til	41	43	45	35	67
Sjældent	6	18	14	19	33
Nej, aldrig	2	9	5	15	0

Tabel 7. Procentvis fordeling af tandlægerne efter hvor ofte de rådgav patienter om rygeophør i relation til eget vidensniveau om rygning.

Hyppighed	Vidensniveau		
	Lavt	Middel	Højt
Ja, altid	4	5	10
Ja, ofte	34	44	33
Ja, af og til	36	40	50
Sjældent	15	9	7
Nej, aldrig	11	2	0

forebyggelse. Tandlægerne der havde modtaget undervisning i at rådgive patienter om rygeophør, rådgav hyppigere deres patienter herom.

Der var en tendens til at de kvindelige tandlæger og de yngste tandlæger i mindre grad følte sig kvalificerede til at rådgive om rygeophør (Tabel 8). Endvidere fremgik det (Tabel 9) at tandlægerne der følte sig kvalificerede til at rådgive patienter om rygeophør, hyppigere rådgav patienter end tandlægerne, der ikke følte sig kvalificerede ($P < 0,001$).

Tandlægenes egne rygevaner

Flertallet af tandlægerne (71%) i studiepopulationen var ikke-rygere. Af de 29% rygende tandlæger var 59% mænd og 41% var kvinder.

Den bivariate analyse (Tabel 10) viste at de mandlige rygere røg mere end de kvindelige rygere ($P < 0,001$), og den yngste aldersgruppe røg færre cigaretter end de ældre aldersgrupper. Kun få af tandlægerne ($n=6$) var storrygere, hvilket vil sige at de røg flere end 15 cigaretter dagligt. Godt halvdelen af de rygende tandlæger (52%) havde ingen planer om rygeophør. Klinikejerne (23%) var i højere grad end de ansatte tandlæger (14%) uden planer om rygeophør.

Rygende tandlæger og tobaksforebyggelse

De rygende tandlæger (28%) mente ikke i så høj grad som de ikke-rygende tandlæger (69%) at tandlæger bør være gode eksempler og undlade at ryge ($P < 0,001$). Desuden mente de rygende (37%) i højere grad end de ikke-rygende tandlæger (20%) at rygning er et personligt anliggende som andre ikke skal blande sig i ($P < 0,001$). De rygende tandlæger (37%) svarede endvidere i højere grad end ikke-rygende tandlæger (17%) at rådgivning om rygeophør er af mindre betydning i tandplejen ($P < 0,01$). Dette medførte at de rygende tandlæger

Tabel 9. Procentvis fordeling af tandlægerne efter hvor ofte de rådgav om rygeophør i relation til hvorvidt de følte sig kvalificerede til rådgivning.

Hyppighed	Kvalificeret	Ikke kvalificeret
Ja, altid	7	0
Ja, ofte	46	13
Ja, af og til	39	53
Sjældent	5	27
Nej, aldrig	1	7

Tabel 10. Procentvis fordeling af rygende tandlæger efter dagligt cigaretforbrug i relation til køn og alder.

Dagligt cigaretforbrug	Total	Køn		Alder			
		M	K	26-39	40-49	50-59	60-69
<5	41	31	55	61	43	24	20
5-15	48	56	36	33	29	76	60
>15	11	13	9	6	28	0	20

fik en lav placering på Likert-skalaen vedr. holdning til tobaksforebyggelse i tandplejen ($P < 0,01$).

De rygende tandlæger var endvidere signifikant forskellige i forhold til de ikke-rygende tandlæger mht. viden om sammenhæng mellem rygning og parodontale sygdomme og sammenhæng mellem rygning og leukoplaki. Treoghalvfems procent af de ikke-rygende og 78% af de rygende tandlæger mente at der er en dokumenteret sammenhæng mellem rygning og parodontose ($P < 0,01$), mens 95% af de ikke-rygende og 82% af de rygende tandlæger mente at der er dokumenteret sammenhæng mellem rygning og forekomst af leukoplaki ($P < 0,01$). Dette medførte at de rygende tandlæger fik en signifikant lavere vidensscore ($P < 0,01$).

Ansvar i relation til rygende patienter

Toogtredives procent af tandlægerne mente at de i høj grad var ansvarlige for at påvirke patienters rygning, mens størstedelen af tandlægerne (68%) mente at andre sundhedspersonalegrupper snarere end tandlæger var ansvarlige herfor. Tandlæger som i høj grad mente selv at være ansvarlige for at påvirke patienters rygning, rådgav hyppigere patienter om rygeophør end tandlæger der ikke eller kun til dels mente at de var ansvarlige herfor.

Holdning til rygning og tobaksforebyggelse i tandplejen

Tabel 8. Procentvis fordeling af tandlægerne efter køn og alder i relation til hvorvidt de følte sig kvalificerede til rådgivning om rygeophør.

	Kvalificeret	Ikke kvalificeret
<i>Køn</i>		
Mænd	24	76
Kvinder	20	80
<i>Alder</i>		
26-39 år	17	83
40-49 år	22	78
50-59 år	21	79
60-69 år	40	60

Godt halvdelen af tandlægerne i undersøgelsen var interesserede i at være mere aktive (60%) og at hjælpe patienter (69%) der ønsker at ophøre med at ryge. Tandlægerne (57%) havde ikke noget imod at foregå med et godt eksempel, men over halvdelen (57%) mente ikke at patienter vil ophøre med at ryge, blot fordi deres tandlæge anbefaler det. Treogfyrre procent mente at tobaksforebyggelse har en fremtid i den danske tandpleje, og en fjerdedel af tandlægerne (25%) anså rygning for dels at være et personligt anliggende, dels at være mindre vigtigt (23%) sammenlignet med andre tandlægefaglige aspekter. Kun en lille del af tandlægerne (14%) i undersøgelsen var ikke interesserede i rådgivning om rygeophør.

Klinikker og rygepolitik

Niogtres procent af tandlægerne svarede at de havde en rygepolitik på deres klinik, mens 25% svarede at der ikke var en rygepolitik på deres klinik. Klinikernes rygepolitik bestod hyppigst i at rygning var forbudt overalt (43%), eller at rygning var tilladt i begrænsede områder på klinikken (33%). Næsten halvdelen af tandlægerne (43%) svarede at de havde STOP-brochurer i venteværelset, og 38% af tandlægerne oplyste at de skilte i venteværelset med at rygning er forbudt.

På klinikker hvor rygning var forbudt overalt, talte tandlægen i højere grad om rygeophør med patienterne sammenlignet med klinikker der ikke havde rygeforbud overalt (53% versus 37% ($P < 0,01$)).

Tidsforbrug ved rådgivning om rygeophør

Halvdelen af tandlægerne (51%) svarede at de brugte op til 1-2 min. per patient på at rådgive om rygeophør, en mindre del (15%) svarede at de brugte mere end tre min., og en tredjedel af tandlægerne (33%) svarede at de brugte mindre end ét min. eller få ord på at rådgive om rygeophør. Godt 15% af tandlægerne svarede at de ikke rådgav om rygeophør da de ikke havde tid, og 20% svarede at de glemte at rådgive patienter om rygeophør.

Vurdering af honorar for rådgivning om rygeophør

Atten procent af tandlægerne angav at de ikke rådgav patienter om rygeophør fordi patienterne ikke vil betale for rådgivning om rygeophør, og 15% svarede at de ikke rådgav fordi der intet sygesikringshonorar er til rådgivning om rygeophør.

I den bivariate analyse sås svag tendens til at de tandlæger der ikke rådgav pga. manglende økonomisk dækning, oftere svarede at de »sjældent« eller »aldrig« rådgav patienter om rygeophør. Flere mandlige tandlæger end kvindelige tandlæger angav manglende honorarmulighed som årsag til at de ikke rådgav patienter om rygeophør.

Diskussion

Svarprocenten i denne undersøgelse var lidt lavere end tandlægers svarprocenter i tidligere danske undersøgelser (37,38), men højere end danske tandlægers svarprocent i en nylig udenlandsk undersøgelse (24). Sammenlignet med andre sundhedspersonalegrupper (37,38) er tandlæger øjensynligt mere tilbageholdende med at svare på spørgeskemaundersøgelser om rygning.

Rygeprævalensen blandt de tandlæger der først returnerede spørgeskemaet efter rykkerproceduren, var 50%. Dette kunne være et udtryk for at rygeprævalensen kan være større blandt de tandlæger der ikke returnerede spørgeskemaet, end blandt de tandlæger der returnerede spørgeskemaet, og tandlæger der var helt afvisende over for tobaksemnet, kan i højere grad have undladt at svare. I lighed med en tidligere undersøgelse (24) blev der konstateret underrepræsentation af mænd og af 40-49-årige tandlæger. Denne højere non-respons i undersøgelsen kan måske skyldes at de mandlige tandlæger i alderen 40-49 år, ligesom i den almindelige befolkning, i højere grad er rygere (1).

Alt i alt må det imidlertid vurderes at undersøgelsespopulationen ikke afveg væsentligt fra populationen af danske tandlæger i privat praksis. Datas validitet og reliabilitet er søgt sikret ved konstruktion af spørgeskemaet og i den efterfølgende dataanalyse. Svarene på spørgsmålene synes ikke at give anledning til informationsbias, og dette giver således formodning om at undersøgelsens resultater er rimeligt valide.

Gennem de seneste 15 år er der gennemført flere undersøgelser der belyser danske tandlægers indsats omkring tobaksforebyggelse (23,24,37). Nærværende undersøgelses resultater peger i retning af at tandlæger i stigende grad udøver tobaksforebyggende aktiviteter. Sammenligner man danske tandlæger med tandlæger fra andre europæiske lande (24), viser det sig imidlertid at danske tandlæger ikke i nær samme udstrækning er aktive på tobaksforebyggelsesområdet. Sammenlignet med andre sundhedsfaglige personalegrupper (23) må det ligeledes noteres at tandlæger og sygeplejersker ligger på omtrent samme lave niveau hvad angår rådgivning om rygeophør, hvorimod læger og jordemødre i langt højere grad udnytter deres mulighed for forebyggelse.

Denne undersøgelse har vist at tandlægers viden om sammenhængen mellem rygning og generelle sygdomme, såsom lungecancer og hjerte-kar-sygdomme, er meget stor. Sammenholdt med andre europæiske tandlæger (24) vurderer de danske tandlæger dog sammenhængen mellem rygning og forskellige odontologiske sygdomme som mindre relevant.

Ikke-rygende tandlæger og relativt flere yngre end ældre tandlæger svarede at de ikke følte sig kvalificerede til at rådgive om rygeophør. At ældre tandlæger i højere grad end

Yngre tandlæger oplyste at de følte sig kvalificerede, kunne muligvis forklares ved at de ældre tandlæger igennem års arbejde har oparbejdet en vis rutine i og erfaring med at rådgive patienter om rygeophør. Kun en beskedent del af tandlægerne følte sig kvalificerede til at rådgive om rygeophør. På baggrund af dette kan det undre at kun en tredjedel af tandlægerne i denne undersøgelse efterspurgte flere kurser vedr. tobaksforebyggelse.

Rygende tandlæger var i denne undersøgelse væsentligt forskellige fra ikke-rygende tandlæger, både hvad angår viden, holdning og adfærd. Andelen af rygere i undersøgelsen syntes høj i forhold til andre rapporter (24,37). Det skyldes sandsynligvis at andelen inkluderede alle rygere, også de såkaldte »lejlighedsvis rygere« eller »fistrygere«. Hvis man ser bort fra den andel som røg færre end fem cigaretter dagligt, svarede rygerandelen til andelen i en undersøgelse Tobaksskaderådet gennemførte i 1996 blandt sundhedspersonale (37). Sammenlignet med europæiske tandlæger (24) viser det sig at danske tandlæger indtager en sikker førsteplads hvad angår rygning, mens finske tandlæger ligger i bund.

Halvdelen af de rygende tandlæger havde intentioner om at ophøre med at ryge, hvilket svarer til en undersøgelse fra 1996 (37). I den almindelige befolkning ses det at en lidt mindre andel af rygerne ønsker at holde op (1). At sundhedspersonale ryger i mindre grad end den almindelige befolkning, skyldes antagelig at det i højere grad har taget konsekvensen af en mere indgående viden om tobaksinducerede sygdomme (37,38).

Nærværende undersøgelse viser at ikke-rygende tandlæger oftere rådgiver deres patienter om rygeophør end deres rygende kolleger, og dette understøtter resultater af andre undersøgelser (25,24); dog har en enkelt svensk undersøgelse (28) ikke kunnet påvise en forskel mellem rygende og ikke-rygende tandlægers indsats hvad angår rådgivning om rygeophør. I overensstemmelse med tidligere (25) har denne undersøgelse ligeledes vist at rygende tandlæger i højere grad end ikke-rygende tandlæger har den holdning at rygning er et personligt anliggende som andre ikke bør blande sig i. Der er således god grund til at antage at tandlægers egen rygning kan være en barriere i forhold til at yde patienter rådgivning om rygeophør.

De fleste af tandlægerne i denne undersøgelse var opmærksomme på at tandlægen kunne være rollemodel for tobaksadfærd. At tandlæger eller andet sundhedspersonale skal være rollemodeller, er ikke i sig selv målet, men i det tobaksforebyggende arbejde kan det naturligvis være vanskeligt for tandlægen at fremstå som en troværdig og professionel sundhedsfaglig person hvis tandlægen selv ryger.

Danske tandlæger mener ikke i lige så udstrakt grad som

europæiske tandlæger at tandlæger er ansvarlige for at påvirke patienters rygning (24). Tandlægerne mener til gengæld at stort set alle andre sundhedsfaglige personalegrupper snarere end dem selv er ansvarlige for at påvirke patienters rygning. Dette står i klar modsætning til holdningen blandt tandlæger i de øvrige europæiske lande (24).

I tandlægeoven (41) anføres det at »tandlægevirkning omfatter forebyggelse af instrumentel og medikamentel art, diagnostik og behandling af anomalier, læsioner og sygdomme i tænder, mund og kæber«. Tandlæger har således en forpligtelse til at diagnosticere og behandle de mundhuleforandringer der forårsages af rygning. Da rygning som beskrevet i introduktionen kan medføre flere forskellige lidelser i mundhulen, har tandlæger i lighed med andre sundhedsfaglige grupper et ansvar for at påvirke patienters rygevaner.

Tandlægerne i undersøgelsen var overvejende positive over for tobaksforebyggelse i tandplejen, men alligevel svarede mere end halvdelen at de ikke troede på at tobaksforebyggelse har en fremtid i den danske tandpleje. EU-undersøgelsen (24) har ligeledes vist at danske tandlæger er mere skeptiske over for vigtigheden af tobaksforebyggelse end tandlæger fra de øvrige europæiske lande. Danske tandlæger mener i højere grad end tandlæger i andre europæiske lande at modstand fra patienter er en barriere for at gennemføre tobaksforebyggelse (24). I denne undersøgelse tilkendegav en fjerdedel af tandlægerne at rygerpatienter ikke var interesserede i at deres tandlæge rådgav dem om rygeophør. Det er imidlertid spørgsmålet om tandlægenes vurdering af patienternes interesse er korrekt, idet en undersøgelse (32) for nylig afslørede en væsentlig diskrepans mellem patienters og tandlægers syn på tobaksforebyggelse.

De fleste tandlæger i denne undersøgelse brugte under to min. per patient på at rådgive om rygeophør, hvilket i henhold til udenlandske anbefalinger (42) må antages at være for kort tid. Mange tandlæger i undersøgelsen oplyste også at de ikke havde tid til at udføre tobaksforebyggelse. Sammenlignet med danske tandlæger mener øvrige europæiske tandlæger i langt højere grad at tidsmangel er en barriere for tobaksforebyggelse i tandlægepraksis (24). Denne forskel i rapporteringen kan skyldes at tandlæger i de øvrige europæiske lande hyppigere har erfaring i rådgivning om rygeophør, og derfor også i højere grad end de danske tandlæger erkender at tiden kan være en barriere.

En mindre del af tandlægerne, især de ældre, mente ikke at patienter vil betale for rådgivning om rygeophør, og derfor rådgav de ikke herom. En anden dansk undersøgelse (22) har ligeledes vist at forebyggende aktiviteter er vanskeligere at »sælge« til patienterne. I sygesikringsoverenskomsten (43) er der ikke en egentlig ydelse for rådgivning om rygeophør, men

den »individuelt forebyggende ydelse« kunne benyttes i forbindelse med tobaksforebyggelse. Den individuelt forebyggende ydelse er tidligere vist kun at blive benyttet for ca. 10% af patienterne (22). Sammenlignet med tandlæger fra andre europæiske lande anser de færreste danske tandlæger manglende honorering for en barriere, hvilket er i modsætning til situationen i Sverige, hvor det manglende honorar klart anses for at være en barriere (24). Årsagen hertil kunne meget vel tænkes at hænge sammen med at danske tandlæger i langt mindre grad udfører tobaksforebyggende aktiviteter, eller at de benytter den allerede eksisterende individuelt forebyggende ydelse.

Overraskende få tandlæger i denne undersøgelse havde indført rygeforbud overalt på klinikken. I perioden 1989 (23) til 1996 (37) steg andelen af tandlæger der mener at arbejdspladser for sundhedspersonale bør være røgfrie. Sammenlignet med andre sundhedsfaglige personalegrupper går tandlæger og læger i langt højere grad end de øvrige personalegrupper ind for at arbejdspladser for sundhedspersonale skal være røgfrie (37). For læger og tandlæger er det relativt let at indføre, fordi både læger og tandlæger oftest er selvstændige klinikejere og dermed har større indflydelse på egne arbejdsforhold.

Konklusion og anbefalinger

På basis af de foreliggende resultater er der identificeret følgende mulige barrierer for danske tandlægers engagement i tobaksforebyggelse:

- Manglende systematisk viden om sammenhæng mellem rygning og rygerelaterede sygdomme
- Manglende træning i rådgivning om rygeophør
- Tandlægers egen rygning
- Manglende følelse af ansvarlighed for rådgivning om rygeophør
- Manglende tiltro til at rådgivning om rygeophør nytter
- Negative forventninger om hvorvidt patienter er interesserede i at deres tandlæge rådgiver om rygeophør
- Manglende tid til rådgivning om rygeophør
- Manglende honorar for rådgivning om rygeophør.

Undersøgelsen viste at mange tandlæger havde gode intentioner, når det drejede sig om tobaksforebyggelse, men den positive holdning blev ikke omsat til handling, fordi tandlægerne ofte følte sig utilstrækkeligt forberedte til at udføre tobaksforebyggende aktiviteter i deres praksis. Der er således et udtalt behov for at styrke både den præ- og postgraduate undervisning i tobaksforebyggelse for tandlæger.

Tandlægers aktivitet på tobaksområdet kunne formentlig øges ved at yde tandlægerne et honorar for rådgivning om rygeophør. Ved indførelse af ny overenskomst på tandplejeområdet i 1988 (44) motiverede man tandlæger (og patienter)

til at prioritere forebyggende ydelser, bl.a. ved at yde tandlæger et honorar for disse. Økonomiske midler kunne i fremtiden kanaliseres fra eksisterende sygesikringsydelser til en ydelse for rådgivning om rygeophør og derved give incitament til at tobaksforebyggelse bliver højere prioriteret. Hvis de privatpraktiserende tandlæger på lige fod med de praktiserende læger skal kunne yde patienter et reelt og professionelt tilbud om hjælp til rygeophør med høj grad af accept fra patienterne, vil det sandsynligvis være påkrævet at brugerbetaling i tandlægepraksis på denne ydelse undgås.

English summary

Tobacco prevention in dental care for adults. Attitudes and practices among private dental practitioners

The objective of this study was to identify potential barriers in relation to preventive efforts by private dental practitioners on reducing tobacco consumption among their patients. A cross-sectional survey was conducted by means of posted questionnaires; 259 dentists working in private practice in the county of Frederiksborg responded to the questionnaire (i.e. 71% of the original sample).

Forty-five percent of the dentists replied that they »always« or »often« discussed tobacco consumption with their patients. The majority of dentists replied that they had not received formal education within tobacco prevention and felt unqualified in advising on tobacco consumption. Smoking dentists had a considerably lower level of knowledge on the association between tobacco consumption and tobacco-related diseases, and also a somewhat lower level of activity concerning tobacco prevention compared to non-smoking dentists. Most of the dentists held the opinion that other health care personnel to a greater extent than dentists are responsible for influencing the tobacco consumption of the patients. Less than half of the dental clinics had introduced no-smoking environments. The important barriers for control of the patients smoking habits appeared to be the dentists' own tobacco consumption, that dentists felt unqualified in regard to tobacco counselling, and that they thought their smoking patients would not reduce the tobacco consumption just because their dentist recommended it.

Undersøgelsen har modtaget økonomisk støtte fra Dansk Tandlægeforenings Forskningskonto.

Artiklen er skrevet på baggrund af en masterafhandling med titlen »Hvilke barrierer afholder privatpraktiserende tandlæger i Frederiksborg Amt fra at tale tobaksforbrug med deres patienter?« (ISSN: 1600-7379). Afhandlingen kan købes ved henvendelse til Master of Public Health, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet, Blegdamsvej 3, 2200 København N. E-mail: mph@pub-health.ku.dk

Litteratur

1. Tobaksskaderådet. Årsberetning for 1998. København; 1999.
2. Peto R, Lopez AD, Boreham J, Thun M, Heath Jr C, Doll R. Mortality from smoking worldwide. *Br Med Bull* 1996; 52: 12-21.
3. Middellevetidsudvalget. Danskernes dødelighed i 1990'erne. 1. delrapport fra Middellevetidsudvalget. København: Sundhedsministeriet; 1998.
4. Kjølner M, Rasmussen NK, Keiding L, Petersen HC, Nielsen GA. Sundhed og sygelighed i Danmark 1994- og udviklingen siden 1987. København: DIKE; 1995.
5. Wynder EL. The past, present, and future of the prevention of lung cancer. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 1998; 7: 735-48.
6. Nielsen PE, Sleight P. Smoking and ischaemic heart disease. *J Cardiovasc Risk* 1999; 6: 285-6.
7. Eriksen HM, Nordbo H. Extrinsic discoloration of teeth. *J Clin Periodontol* 1978; 5: 229-36.
8. Pindborg JJ. Tobacco and gingivitis. *J Dent Res* 1947; 26: 261-4.
9. Position Paper. Research, Science and Therapy Committee of the American Academy of Periodontology. Tobacco use and the periodontal patient. *J Periodontol* 1999; 70: 1419-27.
10. Jones JK, Triplett RG. The relationship of cigarette smoking to impaired intraoral wound healing: A review of evidence and implications for patient care. *J Oral Maxillofac Surg* 1992; 50: 237-40.
11. Meechan JG, Macgregor IDM, Rogers SN, Hobson SN, Bate JPC, Dennison M. The effect of smoking on immediate post-extraction socket filling with blood and on the incidence of painful socket. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1988; 26: 402-9.
12. Crews KM, Cobb GW, Seago D, Williams N. Tobacco and dental implants. *Gen Dent* 1999; 47: 484-8.
13. Rindum JL, Stenderup A, Holmstrup P. Identification of *Candida albicans* types related to healthy and pathological oral mucosa. *J Oral Pathol Med* 1994; 23: 406-12.
14. Reibel J, Stoltze K, Pindborg JJ. Tobakkens skadelige virkninger i mundhulen. Dansk Tandlægeforening, Tobaksskaderådet: København, 1996.
15. Axéll T, Pindborg JJ, Smith CJ, Waal van der I. Oral white lesions with special reference to precancerous and tobacco-related lesions: conclusions of an international symposium held in Uppsala, Sweden, May 18-21 1994. *J Oral Pathol Med* 1996; 25: 49-54.
16. Baric JM, Alman JE, Feldman RS, Chauncey HH. Influence of cigarette, pipe, and cigar smoking, removable partial dentures, and age on oral leukoplakia. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1982; 54: 424-9.
17. Nagaya T, Okuno M. No effects of smoking or drinking habits on salivary amylase. *Toxicol Lett* 1993; 66: 257-61.
18. Hirsch JM, Livian G, Edward S, Noren JG. Tobacco habits among teenagers in the city of Göteborg, Sweden, and possible association with dental caries. *Swed Dent J* 1991; 15: 117-23.
19. LaVecchia C, Tavani A, Franceschi S, Levi F, Corrao G, Negri E. Epidemiology and prevention of oral cancer. *Oral Oncol* 1997; 33: 302-12.
20. Middellevetidsudvalget. Middellevetid og dødelighed. Rapport nr. 1. København: Sundhedsministeriet; 1993.
21. Osler M, DIKE. Hjerteforeningen, Kræftens Bekæmpelse, Tobaksskaderådet. Danskernes rygevaner. København: Hjerteforeningen, Kræftens Bekæmpelse, Tobaksskaderådet; 1992.
22. Christensen LB, Kjølner M, Petersen PE, Vigild M. Tandstatus og udnyttelsen af tandplejetilbuddet hos voksne i Danmark 1994 – Status og udviklingstendenser. *Tandlægebladet* 1996; 100: 215-22.
23. Graff V, Madsen M, Nielsen PE, Andersen H. Viden og holdning til tobaksproblemet blandt danske læger, tandlæger, sygeplejersker og jordemødre 1989. *Tandlægebladet* 1991; 95: 96-101.
24. Allard RHB. Tobacco and oral health: attitudes and opinions of European dentists; a report of the EU working group on tobacco and oral health. *Int Dent J* 2000; 50: 99-102.
25. Telivuo M, Vehkalahti M, Lahtinen A, Murtomaa H. Finnish dentists as tobacco counselors. *Community Dent Oral Epidemiol* 1991; 19: 221-4.
26. Gerbert B, Coates T, Zahnd E, Richard RJ, Cummings SR. Dentists as smoking cessation counselors. *J Am Dent Assoc* 1989; 118: 29-32.
27. Hayes C, Kressin N, Garcia R, Mecklenberg R, Dolan T. Tobacco control practices: How do Massachusetts dentists compare with dentists nationwide? *J Mass Dent Soc* 1997; 46: 9-14.
28. Halling A, Uhrbom E, Bjerner B, Solén G. Tobacco habits, attitudes and participating behavior in tobacco prevention among dental personnel in Sweden. *Community Dent Oral Epidemiol* 1995; 23: 254-5.
29. Stevens VJ, Severson H, Lichtenstein E, Little SJ, Leben J. Making the most of a teachable moment: a smokeless-tobacco cessation intervention in the dental office. *Am J Public Health* 1995; 85: 231-5.
30. Lichtenstein E, Hollis JF, Severson VJ, Stevens VJ, Vogt TM, Glasgow ER, et al. Tobacco cessation interventions in health care settings: rationale, model, outcomes. *Addict Behav* 1996; 21: 709-20.
31. Raw M, McNeill A, West R. Smoking cessation: evidence based recommendations for the health care system. *BMJ* 1999; 318: 182-5.
32. Campbell HS, Sletten M, Petty T. Patient perceptions of tobacco cessation services in dental offices. *J Am Dent Assoc* 1999; 130: 219-26.
33. Hastreiter RJ, Bakdash B, Roesch MH, Walseth J. Use of tobacco prevention and cessation strategies and techniques in the dental office. *J Am Dent Assoc* 1994; 125: 1475-84.
34. Skegg JA. Dental programme for smoke-free promotion: attitudes and activities of dentists, hygienists, and therapists at training and 1 year later. *NZ Dent J* 1999; 95: 55-7.
35. Nielsen PE, Andersen H. Hvorfor bør tandlæger beskæftige sig med tobaksproblemet? *Tandlægebladet* 1989; 93: 550-3.
36. Iversen L. Rygning i sundhedsvæsenet. *Ugeskr Læger* 2000; 162: 4124.
37. Nielsen PE, Falk J, Danielsen US. Rygevaner og holdninger til tobaksproblemet blandt sundhedspersonalet i Danmark i 1996. *Ugeskr Læger* 2000; 162: 4140-4.
38. Madsen M, Petersen JT, Nielsen PE, Andersen H. Rygevaner blandt danske læger, tandlæger, sygeplejersker og jordemødre 1989. *Tandlægebladet* 1991; 95: 89-95.
39. Secker-Walker RH, Solomon LJ, Flynn BS, Dana GS. Compari-

- sons of the smoking cessation counseling activities of six types of health professionals. *Prev Med* 1994; 23: 800-8.
40. Abramson JH. Survey methods in community medicine. Singapore: Churchill Livingstone; 1990.
 41. Folketinget. Lov om tandlæger. 1. september 1997.
 42. Macgregor IDM. Efficacy of dental health advice as an aid to reducing cigarette smoking. *Br Dent J* 1996; 180: 292-6.
 43. Sygesikringens Forhandlingsudvalg, Dansk Tandlægeforening. Tandlægeoverenskomst. København: Amtrådsforeningen; 1999.
 44. Sygesikringens Forhandlingsudvalg, Dansk Tandlægeforening. Redegørelse fra moderniseringsudvalget på tandlægeområdet. København: Amtrådsforeningen; 1997.

Forfattere

Birthe Cortsen, tandlæge, MPH
Lillevangspark 117, 3520 Farum

Poul Erik Petersen, professor, dr.odont., cand.scient.soc.
Afdeling for Samfundsodontologi, Odontologisk Institut, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Københavns Universitet