

Enkla råd om tobak i tandvården

En effektutvärdering

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges.
För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också
tas fram i alternativt format på begäran.
Frågor om alternativa format skickas till alternativaformat@socialstyrelsen.se.

ISBN 978-91-7555-286-6
Artikelnummer 2015-3-4

Publicerad www.socialstyrelsen.se, mars 2015

Förord

Socialstyrelsen fick 2011-06-16 i uppdrag av regeringen att projektleda en försöksverksamhet för att utveckla och pröva en metod för en individuellt anpassad hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande återkoppling inom tandvården avseende tobak. I den här rapporten beskrivs resultatet av utvärderingen. Rapporten har skrivits av professor Maria Rosaria Galanti, Suvi Virtanen och Zangin Zeebari på Institutionen för Folkhälsovetenskap vid Karolinska Institutet.

Projektledare på Socialstyrelsen har varit Cecilia Andrée Löfholm. Knut Sundell har varit ansvarig enhetschef.

Lars-Erik Holm
Generaldirektör.

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Inledning	8
Tobaksbruk	8
Rökavvänjning	9
Tandvårdens roll	10
Syfte och frågeställningar	10
Metod	11
Design	11
Interventionen	11
Utfall	11
Population	12
Datainsamling	14
Dataanalys	17
Resultat	18
Deltagande tandvårdskliniker	18
Deltagande patienter	19
Tobakssamtal och implementering av den nya modellen	20
Utfallsutvärdering	23
Diskussion och slutsatser	25
Slutsatser	26
Impakt på befolkningsnivå	26
Referenser	28
Bilagor	30

Sammanfattning

Syfte: Rapporten utvärderar en rådgivningsmodell som utvecklats för att stödja tandvårdspatienter i processen med att sluta med sitt tobaksbruk.

Metod: Interventionen (kort strukturerad rådgivning) jämfördes med sedvanliga insatser i det tobakspreventiva arbetet med patienter. Utvärderingen genomfördes som en randomiserad kontrollerad studie där 27 tandvårdskliniker i två län (Södermanland och Gävleborg) slumpmässigt fördelades till den nya interventionen eller att fortsätta sitt sedvanliga arbete (kontrollgrupp). Patienter med ett etablerat tobaksbruk som besökte dessa tandvårdskliniker under perioden oktober 2012 - april 2013 tillfrågades om att medverka i studien. Sammanlagt deltog 467 patienter, av vilka 452 kunde följas upp efter 6 månader (97 % svarfrekvens).

Utvärderingen hade fyra utfallsmått: 7-dagars tobaksfrihet veckan före uppföljning (primärt utfall); kontinuerlig tobaksfrihet under minst 3 månader; halvering av tobaksbruk i förhållande till baslinjen; försök att sluta, med ett uppehåll som varade minst 24 timmar.

Resultat: Interventionen kunde genomföras av tandvårdspersonalen med bra följsamhet och resulterade i mer omfattande tobakssamtal som pågick i genomsnitt fem minuter längre än i kontrollgruppen.

Av patienterna blev 32 komplett rökfria under uppföljningstiden. Samtliga utfall utvecklades i en mer positiv riktning i interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen. Det enda som var statistiskt säkerställt var halvering av tobaksbruk, som var dubbel så vanligt i interventionsgruppen som i kontrollgruppen. Detta resultat kunde främst tillskrivas en halvering av patienternas snusbruk än av deras rökning. Ett sätt att beskriva metodens effektivitet är att cirka 90 tobaksbrukare behöver behandlas för att åstadkomma ett extra fall av tobaksstopp

Slutsatser: Den nya korta rådgivningen gav genomgående lovande resultat. Den statistiskt säkerställda effekten på en minskning av tobaksbruk är lovande i och med minskning kan leda till komplett tobaksfrihet på lång sikt. Rådgivningen visade sig vara lätt att implementera i tandvårdens sedvanliga arbete med patienter.

Inledning

I december 2010 beslutade regeringen om en samlad strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken (ANDT). Strategin beskriver hur samhällets insatser ska genomföras, samordnas och följas upp 2011–2015. Det övergripande målet för ANDT-politiken är ett samhälle fritt från narkotika och dopning, med minskade medicinska och sociala skador orsakade av alkohol och med ett minskat tobaksbruk (prop. 2010/11:47). Angående det sistnämnda målet är det tobakspreventiva arbetet inom tandvården av strategisk betydelse.

Som ett svar på denna proposition gav Socialdepartementet Statens folkhälsoinstitut och Socialstyrelsen i uppdrag att utforma och utvärdera en ny kort rådgivningsmetod om tobak inom tandvården (Regeringsbeslut 11:18, 2011-06-16). I uppdraget ansvarade dåvarande Statens folkhälsoinstitut (FHI) för att utforma en metod avsedd att underlätta för tandvårdspersonalen att ge enkla råd om tobak till patienter. Socialstyrelsen har i sin tur gett Karolinska Institutet uppdraget att utvärdera rådgivningsmetoden.

Denna rapport presenterar primära analyser angående process kring interventionens leverans samt utfallsutvärdering enligt principen ”*intention to treat*”, det vill säga deltagarna analyseras enligt gruppen de tilldelades slumpmässigt (intervention eller kontroll).

I kommande publikationer kommer sekundära analyser att presenteras, med fokus dels på hälsoekonomiska aspekter, dels på utfall i förhållande till interventionens intensitet och kvalitet.

Tobaksbruk

Tobaksrökning har ett direkt samband med tiotals olika sjukdomar, varav de vanligaste är hjärt- och kärlsjukdomar, kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL), lungcancer och flera andra former av cancer. Varannan rökare dör av sitt bruk och i genomsnitt lever en rökare 10 år kortare än en icke-rökare [1]. Även snus kan kopplas till allvarliga hälsorisker. Snusning förefaller öka risken för cancer i bukspottkörteln [2] och i matstruben [3]. Sambandet mellan snusning och hjärt- och kärlsjukdomar är inte helt klarlagt, men överlevnaden vid kardiovaskulära händelser verkar vara sämre hos snusare [4, 5]. Dessutom kan snusbruk under graviditeten ge negativa perinatale effekter [2].

Enligt den Nationella Folkhälsoenkäten år 2013 är 11 procent av Sveriges befolkning i åldern 16–84 år dagligrökare. Andelen rökare är lika stor bland män och kvinnor. Både bland män och bland kvinnor är dagligrökning vanligast i åldersgruppen 45–64 år. Andelen av befolkningen som använder snus dagligen är också 11 procent, men betydligt fler män (18 %) än kvinnor (4 %) snusar. Andelen dagligsnusare är störst i åldersgruppen 30–44 år. Sammanlagt 73 procent av rökarna och 42 procent av dem som snusar vill sluta med sitt tobaksbruk (Folkhälsomyndigheten, 2014).

Grupper att uppmärksamma

De sociala skillnaderna mellan rökare och icke-rökare är tydliga, medan dessa skillnader är betydligt mindre för dem som snusar. Daglig rökning är vanligare bland personer med kort utbildning, bland arbetare och personer med låg inkomst, bland dem som är arbetslösa och bland vissa invandrar-grupper [6].

- 18 procent av kvinnor med förgymnasial utbildning röker dagligen jämfört med 5 procent av kvinnor med eftergymnasial utbildning. Motsvarande siffror bland män är 14 respektive 6 procent.
- 16 procent kvinnliga arbetare är dagligrökare jämfört med 6 procent kvinnliga tjänstemän. Motsvarande siffror för män är 15 respektive 6 procent.
- 15 procent av kvinnor som har låg inkomst är dagligrökare jämfört med 8 procent bland dem med hög inkomst. Motsvarande siffror för män är 20 respektive 5 procent.
- 19 procent av dem som är arbetslösa är dagligrökare jämfört med 10 procent bland yrkesarbetarna. Bland personer som får sjukpenning eller ersättning är 26 procent dagligrökare.
- 17 procent av personer med utländsk härkomst är dagligrökare, kontra 10 procent bland svenskfödda.

Rökavvänjning

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) fastslår att kort strukturerad rådgivning är effektiv för att hjälpa rökare att sluta [7]. En litteratursammanställning från Cochrane Collaboration visar att individuell kvalificerad rådgivning är mer effektiv än minimal intervention för rökstopp, men effekten av högre intensitet av rådgivningen är inte klarlagd [8]. Amerikanska riktlinjer visar dock ett dos-responsförhållande mellan intensiteten av behandlingen och sannolikheten till tobaksfrihet [9]. Även Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder fastställer en gradient av ökad effektivitet från enkla råd till kvalificerade rådgivande samtal. I riktlinjerna rekommenderas hälso- och sjukvården att erbjuda dagligrökare och gravida snusare kvalificerad rådgivning eller proaktiv telefonrådgivning [10]. Liknande riktlinjer finns även för tandvården [11]. Kvalificerade rådgivande samtal är dock mycket mer omfattande än kort rådgivning och är därför svårt att tillämpa inom tandvården, eftersom tiden med enskilda patienter är begränsad. Därför utgör en effektiv kort rådgivning såsom den som utvärderas i föreliggande rapport ett värdefullt verktyg för tandvårdspersonal som vill arbeta med tobaksbruk bland patienter. Det måste dock betonas att den nya korta rådgivningsmetoden inte är avsedd att ersätta de mer omfattande insatserna för beteendeförändring, utan har som mål att höja patienternas motivation och uppmuntra dem till handling.

Tandvårdens roll

Under en tvåårsperiod besöker 88 procent av den svenska befolkningen tandvården [6]. Tandvården har alltså en stor potential att förebygga och påverka tobaksbruk. Litteratursammanställningar från både Cochrane Collaboration och från SBU visar att tobaksavvänjningsinterventioner inom tandvården är effektiva för att bidra till tobaksfrihet [12, 13]. Dessutom ger tobaksbrukets negativa konsekvenser, såsom muncancer och sämre parodontal hälsa hos rökare samt slemhinneförändringar hos snusare, legitimitet till tandvårdspersonal att erbjuda sina patienter stöd för tobaksavvänjning [2, 13-15].

Syfte

Syftet med studien är att utvärdera om en kort strukturerad patientcentrerad insats i tandvårdens ordinarie verksamhet är effektiv avseende beteendeförändringar av tobaksbruk på individnivå i jämförelse med nuvarande praxis. Dessutom undersöks tillämpbarheten av rådgivningsinsatsen inom tandvårdens ordinarie verksamhet.

Metod

Design

Utvärderingen genomfördes som en klusterrandomiserad kontrollerad studie där tandvårdsklinikerna i två län slumpades till interventionsgrupp eller kontrollgrupp. Interventionsgruppen tillämpade den nya rådgivningsmetoden medan kontrollgruppen fortsatte att följa klinikens sedvanliga praxis gällande rådgivning om tobak. Tandläkare och/eller tandhygienister i interventionsgruppen utbildades i den nya rådgivningsmetoden som de därefter använde i samtal med rökande/snusande patienter under projektperioden. Tandvårdspersonalen i båda grupper dokumenterade duration, innehåll och utfall av samtal med sina patienter. Tillvägagångssättet för datainsamling och uppföljning var identiskt i båda grupper. Uppföljningstid för varje patient var 6 månader.

Interventionen

Rådgivningsmetoden som utvärderas, ”Enkla råd om tobak i tandvården”, är utarbetad av Statens folkhälsoinstitut. Den innebär kort, strukturerad rådgivning från tandläkare eller tandhygienist till patienten. Metoden ingår som ett led i Socialstyrelsens riktlinjer vad gäller hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande hälso- och sjukvård [10] och bygger på erfarenheter från Riskbruksprojektet [16]. Metodens huvudsakliga komponenter är:

- Motivationshöjning. Hög motivation tillsammans med information om tillgängligt stöd antas vara den viktigaste faktorn för att uppnå bestående rökfrihet. Därefter avgör patienten vilket stöd denne behöver samt följer de aktiva råden från tandvårdspersonalen.
- Remiss. Remiss till primärvård eller annan professionell rådgivare.
- Kort duration. Tobaksamtalet bör ej överskrida 5 minuter. Detta för att rådgivningen ska kunna användas inom den tid ett ordinärt patientbesök vanligen sker.
- Kort träning av rådgivarna. Detta är viktigt för resursåtgången i den eventuellt kommande spridningsfasen av rådgivningsmetoden.

Utveckling och underlag för interventionsmetoden har tidigare avrapporterats av Statens Folkhälsoinstitut.

Utfall

Som *primärt* utfall valdes punktprevalens av tobaksfria patienter, det vill säga patienter som inte använt tobak alls de senaste sju dagarna före uppföljningen. Utfallsdata är självrapporterade via uppföljningsenkät (bilaga 6).

Som *sekundära* utfall beaktas följande:

- kontinuerlig tobaksfrihet under de senaste tre månaderna före uppföljningen
- halvering av tobaksbruket, vilket innebär minskning med åtminstone 50 procent av dagligt tobaksbruk den senaste månaden före uppföljningen jämfört med baslinje
- försök att sluta röka eller snusa, mätt som uppehåll av minst 24 timmar i tobaksbruk.

Population

Målgruppen för utvärderingen av metoden var patienter med ett etablerat tobaksbruk och som kom för tandvårdsbesök (ej akut) under rekryteringsperioden på de deltagande tandvårdsklinikerna i Gävleborgs län och Södermanlands län.

Urval och rekrytering av tandvårdskliniker

Inledningsvis var utvärderingen tänkt att genomföras i Södermanlands län och Örebro län. Örebro län avböjde dock samarbetet på grund av arbetsbelastning i samband med andra forskningsprojekt. En förfrågan om samarbete riktades därefter till Folktandvården i Gävleborgs län. På grund av tidsbrist tillfrågades där endast offentliga tandvårdskliniker.

I Södermanlands län hölls ett möte på regional nivå för att informera samtliga verksamhetschefer om projektet. Verksamhetscheferna fattade därefter beslut om medverkan i projektet efter samråd med klinikens personal. I Gävleborgs län togs beslutet om att delta i projektet av länets fyra distriktschefer, vilka ansvarar för länets samtliga folktandvårdskliniker. Länets samordnare för tobaksfrågor informerade därefter samtliga verksamhetschefer om projektet samt om det fastlagda beslutet att Folktandvården i Gävleborgs län skulle delta i projektet.

Rekryteringen av tandvårdskliniker pågick mellan maj och augusti 2012. Studieprotokollet syftade till att inkludera minst 30 tandvårdskliniker, 30 tandvårdspersonal och minst 460 patienter i utvärderingen. I Gävleborgs län tillfrågades samtliga offentliga tandvårdskliniker ($n = 17$) om ett deltagande, varav en avböjde medverkan, medan 16 kliniker deltog i projektet. I Södermanlands län tillfrågades om samarbete samtliga ej specialiserade ($n = 68$) tandvårdskliniker ur en lista som erhöles av Försäkringskassan. Verksamheten hade upphört på 3 av dessa kliniker, 54 kliniker tackade nej till medverkan och slutligen deltog 11 kliniker (9 offentliga och 2 privata) i projektet.

Verksamhetscheferna på de deltagande klinikerna ombads utse två behandlande personal (tandläkare och/eller tandhygienist) samt en administrativ personal för att delta i utvärderingen. Av den behandlande personalen deltog en personal aktivt i utvärderingen medan den andra fungerade som suppleant.

Tandvårdsklinikers bakgrundsprofil

Samtliga kliniker som mottog en förfrågan om deltagande ombads besvara ett frågeformulär om klinikens bakgrundsprofil ($n = 82$). Av dessa besvarade 45 kliniker frågeformuläret, varav 26 var deltagande kliniker (96 % svarsfre-

kvens) och 19 (35 % svarsfrekvens) kliniker som avböjt medverkan. Nedan ges en beskrivning av karaktäristika på de deltagande respektive icke-deltagande klinikerna. Denna måste dock tolkas med försiktighet på grund av låg svarsfrekvens bland de icke-deltagande klinikerna.

- **Bemanning och patientomsättning:** De deltagande klinikerna hade i genomsnitt dubbelt så många tandläkare och fyra gånger fler tandhygienister i jämförelse med de icke-deltagande klinikerna. Den totala patientverksamheten var också högre bland de deltagande än icke-deltagande klinikerna, men antal patienter per tandläkare eller tandhygienist var högre bland de icke-deltagande klinikerna.
- **Klinisk verksamhet:** Vad gäller specialiserad tandvård, erbjöd mer än dubbelt så många deltagande kliniker jämfört med icke-deltagande kliniker sådan tandvård. På frågan om vilken typ av personal som patienterna i första hand träffar angav majoriteten av de deltagande klinikerna att det beror på anledningen till besöket, medan bland de icke-deltagande klinikerna var det vanligaste att patienterna i första hand främst träffar tandläkaren.
- **Rutiner kring patienternas tobaksbruk:** Bland deltagande kliniker hade lite över hälften riktlinjer/rutiner för hur personalen ska ge råd till rökande/snusande patienter. Motsvarande på de icke-deltagande klinikerna var runt en tredjedel. Personal som genomgått utbildning i tobaksavvänjning, främst tandhygienister, fanns på hälften av de deltagande klinikerna och på en femtedel av de icke-deltagande klinikerna.

Randomisering av tandvårdskliniker

Cirka 3–4 veckor innan utbildningsdagen randomiserades de samarbetande klinikerna via en datorgenererad slumpmässig siffersekvens till interventions- eller kontrollgrupp. Totalt 14 kliniker randomiserades till interventionsgrupp och 13 kliniker till kontrollgrupp.

Rekrytering av patienter

Eftersom endast 27 kliniker rekryterades (istället för 30 som planerat) behövde 486 patienter rekryteras för att behålla önskad statistisk styrka. Detta innebär att varje klinik ombads rekrytera 18 patienter. Patienter som kom för tandvårdsbesök hos de utvalda tandvårdsklinikerna under rekryteringsperioden kunde inkluderas i utvärderingen om de uppfyllde följande kriterier:

- god förståelse av svenska, både muntligt och skriftligt
- ålder 18–75 år
- dagligt tobaksbruk (samtliga av de senaste 30 dagarna) i form av cigaretter, annan rökt tobak eller snus sedan åtminstone ett år tillbaka

Patienter exkluderades vid följande händelser:

- behov av akuttandvård
- aktuell användning av läkemedel i rökavvänjningssyfte eller annan behandling för tobaksavvänjning

- drogmissbruk eller psykisk sjukdom som kunde påverka frivilligheten att delta i projektet och pålitligheten i de inlämnade uppgifterna

Rekryteringsproceduren och datainsamlingen genomfördes av den administrativa eller behandlande personalen och gick till på följande sätt:

- Screening av patienter. Samtliga patienter med inbokat besök hos personal som deltog i projektet tillfrågades om de ville besvara ett kort screeningformulär med bakgrundsinformation och tobaksvanor (bilaga 1).
- Screeningformuläret granskades för att se om patienten var en möjlig deltagare i projektet. De patienter som inte uppfyllde inkluderingskriterierna hänvisades vidare till inbokat besök. Resterande patienter ombads läsa en utförlig beskrivning av projektet (bilaga 2). Patienter som ville delta skrev under blanketten Informerat samtycke (bilaga 2) och tilldelades därefter en personlig kod för identifikation som endast behandlande tandvårdspersonal kände till.
- Patienten fyllde sedan i baslinjeformuläret (bilaga 3) och därefter utförde den behandlande personalen antingen den nya metoden (interventionsgruppen) eller sedvanlig praxis för tobakssamtal (kontrollgruppen). Både interventions- och kontrollklinikerna genomförde noggrann dokumentation av tobakssamtalet (bilagor 4 och 5).

På några kliniker förekom avvikelser från protokollet. Till exempel riktade fem kliniker en förfrågan om deltagande i screeningen endast till patienter som använde tobak. På en av klinikerna förbisåg man att administrera baslinjeformuläret till patienterna efter att de blivit rekryterade till studien. Detta kunde dock delvis kompletteras i efterhand för några patienter, medan det för resterande patienter (8 stycken) saknas baslinjedata.

Rekryteringen av patienter pågick från oktober 2012 till och med april 2013 med ett uppehåll i rekryteringen under januari till mitten av februari månad 2013 för att undvika att uppföljningen skulle sammanfalla med sommarledighet.

De flesta kliniker rekryterade 18 patienter, medan sex av klinikerna rekryterade färre och åtta fler. Angivna orsaker för lågt antal rekryterade var att området har mycket få tobaksanvändare och brist på tid hos receptionisten. Totalt rekryterades 467 patienter till studien.

Datainsamling

Innan första besöket hos deltagande tandläkare eller tandhygienist ombads deltagande patienter fylla i baslinjeformuläret (bilaga 3), som beskrivs ovan.

Uppföljning

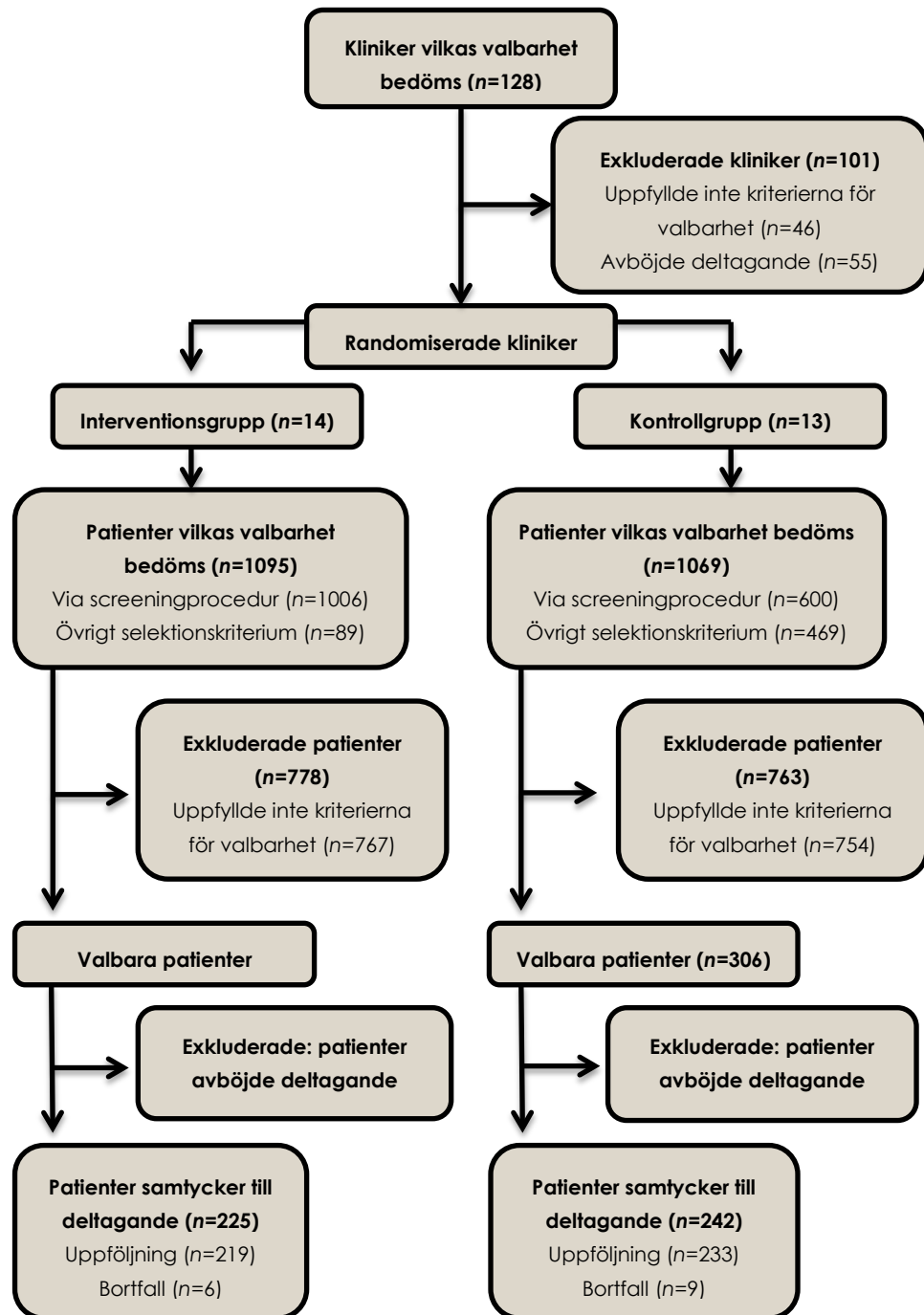
Alla patienter blev vid rekryteringen informerade om att de skulle bli erbjudna en kostnadsfri tandpolering 6 månader senare i samband med uppföljningsenkäten (bilaga 6). Om patienten avböjde återbesöket till kliniken erbjöds istället en telefonintervju, alternativt hemskick av uppföljningsenkäten. Om patienten uteblev från sitt inbokade besök eller inte besvarade

frågeformuläret inom en vecka gjordes en påminnelse via telefon, brev eller sms. Patienter som fick uppföljningsenkäten hemskickad postade den tillbaka direkt till studiesekretariatet.

Vid den första påminnelsen skickades även en ny enkät hem till patienten, medan andra och tredje påminnelsen bara innehöll en uppmaning att skicka in enkäten samt ett erbjudande att besvara den i en telefonintervju som alternativ.

Uppföljningen pågick från oktober 2012 till och med november 2013. Av de totalt 467 patienter som rekryterades till studien följdes 452 stycken (97 %) upp. Således var det 15 patienter (3 %) som inte deltog i uppföljningen. Totalt 18 patienter följdes upp utanför tidsramen (mindre än 5 respektive mer än 7 månader efter baslinjen).

Studiens upplägg och flöde av deltagare visas i figuren nedan:



Dataanalys

Deskriptiv statistik på studiepopulationen presenteras som andelar för kategoriska variabler och medelvärden med standardavvikelse (SD) för kontinuerliga variabler. Chi-två-test och t-test används för respektive variabler för att jämföra studiegrupperna. Den konventionella signifikansnivån (0,05) används i alla analyser för att kunna förkasta nollhypotesen att det inte finns någon skillnad mellan grupperna. De deskriptiva analyserna gjordes med SAS, version 9.3 (SAS Institut, Cary, North Carolina).

Eftersom data har hierarkisk struktur analyserades sambandet mellan intervention och utfallet med flernivåregressionsmodeller med slumpmässig intercept och lutning. Då alla utfall behandlades som dikotoma användes logistisk regressionsanalys, med justering för ålder i förekommande fall. Resultat rapporteras som oddskvot (OR) med 95 procent konfidensintervaller (KI). Alla analyser genomfördes enligt principen ”*intention to treat*” [17], vilket innebär att deltagarna analyserades enligt interventionen som de randomiserats till. Antagande om oförändrat tobaksbruk hos deltagare som saknade uppföljningsdata testades i sensitivitetsanalyser. För att vidare studera signifikansen av skillnaden i behandlingseffekten mellan rökare och snusare inkluderades det en interaktionsterm i regressionsmodellerna. Multinivåanalyser genomfördes med MLwiN, version 2.28 (Centre for Multilevel Modelling, University of Bristol), medan SPSS, version 22 (IBM Corp., Armonk, NY) användes för interaktionsanalyser vid subgruppsanalyser.

Resultat

Deltagande tandvårdskliniker

I Tabell 1 presenteras bakgrundsprofilen på interventionsklinikerna och kontrollklinikerna.

Tabell 1. Deltagande kliniker i interventions- och kontrollgruppen.

	Interventionskliniker (n = 13 kliniker) ^a		Kontrollkliniker (n = 13 kliniker)	
	procent	medelvärde	procent	medelvärde
Bemanning och patientomsättning				
Antal tandläkare på mottagningar		4,6		7,5
Antal tandhygienister på mottagningar		6,1		7,2
Antal övrig personal på mottagningar		5,7		10,1
Antal vuxna patienter på besök under år 2011		4 565		8 472
Antal genomförda besök, vuxna patienter år 2011		8 824		14 140
Klinisk verksamhet				
Specialiserad tandvård	23		54	
Rutiner kring patienternas tobaksbruk				
Inga	38		46	
Endast för tandhygienister	8		8	
Endast för tandläkare	0		0	
För både tandhygienister och -läkare	54		46	
Antal personal som genomgått utbildning i tobaksavvänjning		1,6		2,0
Mottagningar med personal som genomgått utbildning i tobaksavvänjning	46		54	

^a Information för en mottagning saknas

Bemanning, patientomsättning och klinisk verksamhet

Kontrollklinikerna hade i genomsnitt 60 procent fler tandläkare och nästan 20 procent fler tandhygienister än interventionsklinikerna. Samtidigt var antalet vuxna patienter och besök högre på kontrollmottagningar än interventionsmottagningar, så antalet patienter och besök per tandläkare var relativt lika. Bland interventionsklinikerna erbjöd 23 procent specialiserad tandvård, medan motsvarande andel i kontrollgruppen var 54 procent.

Rutiner kring patienternas tobaksbruk

Något fler interventionskliniker än kontrollkliniker hade riktlinjer eller rutiner för hur personalen skulle ge råd till rökande och snusande patienter.

Något fler kliniker i kontrollgruppen hade dock personal som genomgått utbildning i tobaksavvänjning jämfört med kliniker i interventionsgruppen. I båda grupperna är det främst tandhygienister som har genomgått denna utbildning.

Deltagande patienter

Egenskaper hos patienter som deltog i studien presenteras separat för interventions- och kontrollgruppen i Tabell 2.

Tabell 2. Studiedeltagarnas egenskaper vid baslinje (procent och medelvärden)

		Kontroll (n=242)	Intervention (n=225)	Samtliga	p-värde (2-sidig)
Kön	Kvinna	34,7	38,7	36,6	.375 ^a
	Man	65,3	61,3	63,4	
Ålder	18–29	18,2	24,4	21,2	.486 ^a
	30–39	11,2	11,6	11,3	
	40–49	21,9	22,2	22,1	
	50–59	28,1	24,4	26,3	
	60+	20,7	17,3	19,1	
<i>Medelvärde (SD)</i>		47,07 (14,83)	43,95 (14,87)	45,57 (14,91)	.024^b
Utbildning	Förgymnasial	23,6	18,6	21,1	.444 ^a
	Gymnasial	59,3	63,3	61,3	
	Eftergymnasial	17,1	18,1	17,6	
Sysselsättning	Anställd	59,7	65,3	62,5	.474 ^a
	Företagare	9,7	8,6	9,2	
	Arbetar inte	30,5	26,1	28,3	
Civilstånd	Ogift	50,4	55,8	53,1	.655 ^a
	Gift	37,5	32,1	34,8	
	Skild/separerad	8,9	8,5	8,7	
	Änka/änkling	3,1	3,6	3,3	
Kronisk sjukdom	Nej	68,3	71,6	69,9	.452 ^a
	Ja	31,7	28,4	30,1	
Typ av tobaksbruk	Snus	44	43,1	43,6	.267 ^a
	Rökning	49,1	45,8	47,5	
	Snus & rökning	6,8	11,1	8,9	
Duration av tobaksbruk (år)	<5	5,2	6,7	5,9	.199 ^a
	5–10	17,7	21,3	19,5	
	11–20	15,2	20	17,5	
	21+	61,9	52	57	
<i>medelvärde (SD)</i>		25,58 (13,99)	23,26 (13,99)	24,43 (14,02)	.078^b
Tidigare försök att sluta med tobaksbruk, totalt	0	15	11,6	13,3	.122 ^a
	1–2	29,1	23,1	26,1	
	3+	56	65,3	60,6	
Tid mellan uppvaknande och användning av tobak	< 5 min	10,2	13,8	12	.639 ^a
	6–30 min	46,2	46,7	46,4	
	31–60 min	31,1	27,6	29,3	
	1+ timme	12,4	12	12,2	

		Kontroll (n=242)	Intervention (n=225)	Samtliga	p-värde (2-sidig)
Planer att sluta använda tobak	< 6 månader	17,3	20,5	18,9	.513 ^a
	6+ månader	20,4	17	18,7	
	Inte bestämd	62,2	62,5	62,4	
Tobaksmängd per dag (cigaretter, snusprillor)	< 5	3,8	4,9	4,4	.671 ^a
	5–10	46,2	47,6	46,8	
	11–20	44	39,6	41,8	
	21+	14	8	7	
Medelvärde (SD)		12,42 (6,98)	12,62 (6,88)	12,52 (6,92)	.756 ^b

^a Chi-två statistik ^b t-test

Demografisk översikt

Medelåldern hos deltagarna var 45,5 år och majoriteten var män. Majoriteten av deltagarna hade gymnasial utbildning och var anställda. De flesta bodde tillsammans med en partner. En knapp tredjedel av deltagarna hade något långvarigt hälsoproblem. Diagnoser kopplade till tobaksbruk, såsom KOL, typ 2-diabetes, cancer eller hjärtinfarkt, var dock relativt ovanliga (2–3 %).

Tobaksbruk

Det var något fler rökare än snusare bland deltagarna, och en knapp tiondedel både rökte och använde snus. De flesta hade varit tobaksbrukare länge, i genomsnitt över 24 år. Deltagare i studien använde i genomsnitt 12,5 cigaretter och/eller snusprillor per dag. Tidigare försök att sluta röka eller snusa rapporterades av 87 procent av deltagarna, och de flesta hade gjort över tre försök att sluta. Försök att sluta använda tobak var vanligare bland rökare än snusare. Dock hade över 60 procent inte bestämt sig när eller om de skulle vilja sluta.

Åldern var den enda statistiskt signifikanta skillnaden mellan interventions- och kontrollgruppen: deltagare vid kontrollkliniker var i genomsnitt äldre än deltagare vid interventionskliniker. Följande analyser av behandlingseffekt justeras därför för ålder, där så indikeras.

Tobakssamtal och implementering av den nya modellen

I interventionsgruppen fick samtliga 225 deltagare samtal om tobak, medan motsvarande antal bland deltagare i kontrollkliniker var 173 av 242 (71,5 %).

Tobakssamtalets duration

I genomsnitt var tobakssamtalet längre vid interventions- än vid kontrollkliniker, vilket framgår från Tabell 3. Nästan alla samtal i kontrollkliniker tog fem minuter eller mindre, medan de flesta samtal på interventionskliniker var över fem minuter långa. Det kortaste samtalet varade dock en halv minut och det längsta en halvtimme på både interventions- och kontrollkliniker.

Tabell 3. Tidsåtgång för tobakssamtal

	Kontroll ^a		Intervention ^b	
	<i>n</i>	procent	<i>n</i>	procent
Under 5 minuter	84	55,3	38	17,0
5 minuter	64	42,1	59	26,3
6–7 minuter	0	0	16	7,1
8–10 minuter	3	2,0	77	34,4
Över 10 minuter	1	0,6	34	15,2
Medelvärde (SD)	3,53	(2,88)	8,56	(5,43)

^a Baserad på 152 samtal i kontrollgruppen, bortfall = 21 ^b Baserad på 224 samtal i interventionsgruppen, bortfall = 1

Tobakssamtalets innehåll

Stora skillnader kunde observeras mellan interventions- och kontrollkliniker i tobakssamtalets innehåll (Tabell 4). Majoriteten av tobakssamtalen på kontrollklinikerna innehöll information om munsador i samband med tobak och frågan om beredskap att sluta med tobak, men det var mindre än var tionde som fick information om tillgängligt stöd och läkemedel, eller abstinensbesvär. På interventionskliniken fick de flesta deltagare information om munsador, tillgängligt stöd för tobaksavvänjning och läkemedel, frågan om beredskap att sluta med tobak, motiverande argument för att sluta samt skriftligt material.

Tabell 4. Tobakssamtalets innehåll

	Kontroll		Intervention	
	<i>n</i>	procent ^a	<i>n</i>	procent ^a
Information om munsador med tobak	98	56,6	214	95,1
Tillfrågas om beredskap att sluta med tobak	89	51,4	208	92,4
Information om tillgängligt stöd för tobaksavvänjning	16	9,2	173	76,9
Information om läkemedel	9	5,2	157	69,8
Beslut om datum för tobakstopp	5	2,9	36	16,0
Motiverande argument framförs	30	17,3	163	72,4
Abstinensbesvär diskuteras	13	7,5	87	38,7
Skriftligt material levereras	0	0	140	62,2
Annat	12	6,9	1	0,4

^a Proportion beräknad baserad på 173 personer i kontrollgruppen och 225 personer i interventionsgruppen som fick tobakssamtal. Eftersom det var möjligt att välja fler svarsalternativ överstiger summan av andelarna 100 procent.

Åtgärder till följd av samtalet

Som följd av tobakssamtalet fick 13 procent av deltagare i kontrollgruppen och 65 procent i interventionsgruppen någon vidare åtgärd, presenterad i Tabell 5. Vanligast var hänvisning till annat stöd; 10 procent i kontrollgruppen och 55 procent i interventionsgruppen fick hänvisning till fortsatt stöd för tobaksavvänjning.

Tabell 5. Åtgärder/överenskommelse till följd av samtalet

	Kontroll		Intervention	
	n	procent ^a	n	procent ^a
Ingen vidare åtgärd/överenskommelse	134	87,0	77	35,5
Bokat tobaksavvänjningssamtal med samma vårdgivare	2	1,3	16	7,4
Hänvisat/remitterat till tobaksavvänjning med annan vårdgivare vid kliniken	3	1,9	13	6,0
Hänvisat/remitterat till tobaksavvänjning med annan vårdgivare utanför kliniken (t.ex. primärvården)	5	3,2	61	28,1
Hänvisat/remitterat till Sluta-Röka-Linjen	8	5,2	77	35,5
Skrivit ut/föreslagit läkemedel för rökavvänjning	3	1,9	41	18,9
Annat	1	0,6	10	4,6

^a Proportion beräknad baserad på 173 personer i kontrollgruppen och 225 personer i interventionsgruppen som fick tobakssamtal. Eftersom det var möjligt att välja fler svarsalternativ överstiger summan av andelarna 100 procent.

Det vanligaste var hänvisning till Sluta-Röka-Linjen följt av hänvisning till annan vårdgivare. Ungefär tio gånger lika många deltagare i interventionsgruppen som i kontrollgruppen fick utskrivet eller blev rekommenderade läkemedel för tobaksavvänjning.

Tandvårdspersonalens bedömning av tobakssamtalet

Tre fjärdedelar av tandvårdspersonalen som använde sig av den nya korta rådgivningen bedömde att tobakssamtalet fortskred lätt och smidigt (Tabell 6). Det vanligaste problemet som rapporterades var en viss svårighet i kommunikationen, något som dock inte förhindrade genomförandet av samtalet. Endast ett samtal uteblev helt.

Tabell 6. Tandvårdspersonalens bedömning av tobakssamtalet

	Intervention	
	n	procent ^a
Samtalet fortskred lätt och smidigt	168	75,3
Samtalet genomfördes, men med viss svårighet i kommunikationen	38	17,0
Samtalet genomfördes, men det tog längre tid än planerat	16	7,2
Samtalet påbörjades, men kunde inte fortskrida/avslutas som planerat	8	3,6
Samtalet kunde inte genomföras, besöket måste fokusera på andra hälsoproblem	0	0
Samtalet uteblev av andra anledningar (t.ex. tidspress, patienten ville inte ta upp ämnet)	1	0,4

^a Proportion beräknad baserad på 223 dokumenterade tobakssamtal (bortfall=2). Eftersom det var möjligt att välja fler svarsalternativ överstiger summan av andelarna 100 procent.

Utfallsutvärdering

Vid uppföljningen rapporterade 18 deltagare i interventionsgruppen och 14 deltagare i kontrollgruppen att de varit tobaksfria under de senaste sju dagarna. I Tabell 7 visas att oddset att vara tobaksfri under de senaste 7 dagarna är 40 procent högre för interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen, men resultatet är inte statistiskt signifikant.

Tabell 7. Oddskvot (OR) och konfidensintervall (95 % KI) för tobaksfrihet, halvering av tobaksbruk och försök att sluta i interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen

	Deltagare i kontrollgruppen: Utfall/antalet analyserade	Deltagare i interventionsgruppen: Utfall/antal analyserade	OR (95 % KI) ^a	OR (95 % KI) ^a Justerad för ålder ^b
Tobaksfrihet de senaste 7 dagarna	14/233	18/219	1,40 (0.68–2.89)	1,43 (0.69–2.96)
Tobaksfrihet de senaste 3 månaderna	8/233	11/219	1,49 (0.59–3.77)	1,46 (0.57–3.72)
Halverat tobaksbruk	32/225	56/219	2,07 (1.28–3.35)	2,09 (1.28–3.39)
Försök att sluta	100/233	111/219	1,37 (0.94–2.00)	1,30 (0.89–1.91)

^a Referenskategori: kontrollkondition

^b Kontinuerlig variabel

Punktestimaten för kontinuerlig tobaksfrihet under de senaste tre månaderna, för halvering av tobaksbruket och för försök att sluta är konsistent högre i interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen, men oddskvoten är signifikant endast för halvering av tobaksbruket, där interventionen höjer oddsen med 107 procent. Estimaten ändras endast mycket litet i modellen som justeras för åldern. Intraklasskorrelation var 0 i alla analyser.

Stratifierad analys användes för att kunna studera effekten av interventionen separat på rökare och snusare (presenteras i Tabell 8).

Eftersom den statistiska styrkan beräknades för analyser av hela studiepopulationen har de stratifierade analyserna låg statistisk styrka. Detta kan ses i de breda konfidensintervallerna. Resultatet indikerar att effekterna på tobaksbruket som kan förknippas med interventionen är större hos snusare än rökare. Interaktionsanalysen visar dock att effekten av tobaksvana på interventionens utfall inte är statistiskt signifikant.

Sensitivitetsanalyser genomfördes för att testa det konservativa antagandet att deltagare som saknade utfallsdata hade oförändrat tobaksbruk. Denna analys ledde inte till någon ändring av resultatet, vilket var förväntat på grund av mycket lågt bortfall.

Tabell 8. Oddsquot (OR) och konfidensintervall (95 % KI) för tobaksfrihet, halvering av tobaksbruk och försök att sluta i interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen, separat för rökare och snusare

Rökare ^a				
	Deltagare i kontrollgruppen: Utfall/antal analyserade	Deltagare i interventionsgruppen: Utfall/antal analyserade	OR (95 % KI) ^b	OR (95 % KI) ^b Justerad för ålder ^d
Tobaksfrihet de senaste 7 dagarna	9/109	8/100	0,97 (0.36–2.61)	1,03 (0.38–2.82)
Tobaksfrihet senaste 3 månaderna	5/109	4/100	0,87 (0.23–3.33)	0,86 (0.22–3.31)
Halvering av tobaksbruket	18/109	27/100	1,87 (0.96–3.66)	1,85 (0.94–3.62)
Försök att sluta	58/109	53/100	0,99 (0.57–1.71)	0,94 (0.54–1.63)
Snusare ^c				
	Deltagare i kontrollgruppen: Utfall/antal analyserade	Deltagare i interventionsgruppen: Utfall/antal analyserade	OR (95 % KI) ^b	OR (95 % KI) ^b Justerad för ålder ^d
Tobaksfrihet de senaste 7 dagarna	4/100	9/94	2,54 (0.76–8.54)	2,48 (0.74–8.39)
Tobaksfrihet senaste 3 månaderna	2/100	7/94	3,94 (0.80–19.48)	3,92 (0.79–19.46)
Halvering av tobaksbruket	12/100	25/94	2,66 (1.25–5.66)	2,79 (1.30–6.00)
Försök att sluta	29/100	40/94	1,82 (0.99–3.32)	1,69 (0.90–3.15)

^a Inkluderar endast rökare, inte blandbrukare

^b Referenskategori: kontrollkondition

^c Inkluderar endast snusare, inte blandbrukare

^d Kontinuerlig variabel

Diskussion och slutsatser

Den här rapporten beskriver en effektutvärdering av en kort strukturerad rådgivningsmodell som utvecklats för tobakspreventivt arbete inom tandvården. Skillnader i tobaksbruk mellan baslinjen och uppföljningen visade mer gynnsam utveckling i interventions- än i kontrollgruppen. Behandlingseffekten var signifikant för halvering av tobaksbruket vid uppföljningen efter sex månader. Behandlingseffekten var dock inte statistiskt säkerställd för det primära utfallet tobaksfrihet under de senaste 7 dagarna eller för kontinuerlig tobaksfrihet eller försök att sluta röka eller snusa. Trots att interventionen inte visade någon signifikant effekt på komplett tobaksfrihet är effekten på minskning av tobaksbruket lovande. Tidigare forskning [18] har visat att en gradvis minskning av tobaksbruk i förlängningen kan ge leda till att tobaksbruket upphör i samma utsträckning som abrupta försök att sluta med tobak.

Resultaten kan inte förklaras av exempelvis skillnader hos deltagande tandvårdskliniker (t ex bemanning och patientomsättning) eller skillnader hos deltagande patienter i respektive undersökningsgrupp (t ex genomsnittlig ålder eller antal år med tobaksbruk). Subgruppsanalyser indikerade dock att interventionen var mer effektiv hos snusare än hos rökare. Detta fynd har betydelse för att skatta interventionens möjliga effekter på populationsnivå, dess kostnadseffektivitet samt för vidareutveckling av rådgivningen.

Även tidigare utvärderingar [19] har visat att tobaksavvänjning på tandvårdskliniker har större effekt för snusare än rökare. Det kan finnas flera förklaringar bakom denna skillnad. Först och främst är evidensen över allmänna hälsokonsekvenser av snusbruket fortfarande bristfällig [14], medan skador i munnen är en logisk och förståelig konsekvens, samtidigt som slemhinneförändringar i munnen är tydliga och tidiga tecken på skada [20]. Därför kan rådgivning om tobak hos just tandvårdspersonal vara särskilt relevant för snusare. Parallellt kan tandvårdspersonalen känna sig mer säkra om att ge råd om tobaksavvänjning till snusare i jämförelse med till rökare.

Med tanke på att nästan alla svenskar besöker tandvården regelbundet [6] är det sannolikt att friska snusare får rådgivning om tobak först under ett tandvårdsbesök. Rökare däremot exponeras för samma budskap under flera kontakter med vården, vilket skulle kunna minska effekten av en kort rådgivning. Slutligen är rökning i dagens Sverige ett socialt segregerat beteende i större utsträckning än användning av snus [21]. Det är känt att låg hälsolitteracitet/låg hälsokompetens är negativt korrelerat till lyckat rökstopp [22].

Utvärderingen visar att implementering av den nya korta rådgivningen fungerat. Aktiviteter relaterade till tobakssamtalet dokumenterades på både interventions- och kontrollklinikerna och visade tydliga skillnader mellan grupperna. Patienter på interventionskliniker deltog oftare i samtal om tobak, och samtalen var i genomsnitt längre än på kontrollkliniker. Samtalen vid interventionskliniker hade även ett rikare och mer nyanserat innehåll, vilket är i linje med instruktionen. Bland annat behandlades tillgängligt stöd under 77 procent av rådgivningstillfällena, vilket ledde till hänvisning till fortsatt stöd för tobaksavvänjning i 55 procent av samtalen, jämfört med 10 procent

på kontrollklinikerna. Motivationshöjande argument användes fyra gånger oftare under patientkontakter i interventionsgruppen i jämförelse med kontrollgruppen. Trots att den genomsnittliga tiden för den korta rådgivningen var längre än planerad upplevde tandvårdspersonalen att samtalen genomfördes utan svårigheter.

Studiens styrkor inkluderar den experimentella designen som givit två jämförbara patientgrupper, lågt bortfall och god kontroll av implementeringen. Svagheten med studien är att all information är självrapporterad vilket kan leda till sämre tillförlitlighet på grund av tendensen att ge socialt önskvärda svar [23]. Om ett systematiskt fel föreligger (t.ex. att patienter i interventionsgruppen underrapporterar sitt tobaksbruk oftare än patienter i kontrollgruppen) kan det delvis förklara de positiva resultaten, men inte varför dessa skulle synas bland snusare snarare än bland rökare. Tobaksbruk kan underskattas i självrapporterad data jämfört med data från biomarkörer [24]. Detta fel skulle dock snarare orsaka en underskattning av interventionens effekt.

Eftersom tandvården når den största delen av den vuxna befolkningen i Sverige och deltagandet bland tillfrågade patienter var högt, bedöms de deltagande patienter vara representativa för tobaksanvändare i Sverige. Å andra sidan var deltagandet bland tandvårdskliniker lågt och nästan alla deltagande kliniker drevs i offentlig regi. De deltagande klinikerna var större och förde oftare en tobakspolicy eller hade personal utbildad i tobaksavvänjning än de icke-deltagande klinikerna. Dessa skillnader påverkar sannolikt inte behandlingseffekten, men de kan innebära konsekvenser för en storskalig implementering av interventionen.

Slutsatser

Tandvårdspatienter som fick kort strukturerad rådgivning för tobaksavvänjning visade mer gynnsamma förändringar i sitt tobaksbruk jämfört med patienter som fick den sedvanliga behandlingen, men resultat var för de flesta utfall inte statistiskt säkerställt. En säkerställd effekt fanns dock för minskning av tobaksbruket. Interventionen verkade vara speciellt effektiv bland snusare.

För att öka säkerheten i resultaten behövs en utvärdering som följer patienterna under en längre tid. Metoden behöver även utvecklas för rådgivning bland rökare.

Effekter på befolkningsnivå

Genom att använda vissa antagande (se faktaruta nedan) kan man uppskatta antal extra ”tobaksstopp” vid en storskalig spridning av den utvärderade korta rådgivningen. En konservativ skattning är att en storskalig spridning av den korta rådgivningen skulle leda till drygt 5 000 extra fall av tobaksstopp under ett år, alltså fall av tobaksstopp som inte hade inträffat under nuvarande praxis.

Med hjälp av studiens resultat kan antalet patienter med tobaksbruk som behöver behandlas för att åstadkomma ett extra tobaksstopp skattas till omkring 90 individer (*Number Needed to Treat*, NNT).

Antagande och underlag för beräkning av impact

- Antal tobaksbrukare i den Svenska befolkningen år 2013 [6] = 1 605 000
- Antal tobaksbrukare per år som kommer i kontakt med tandvården [6] = 642 000 (lågt räknat omkring 40 procent av befolkningen)
- Exponering för intervention, bästa scenario = 100 % = 642 000
- Exponering för intervention, minimalt scenario = 70 % = 450 000
- Halverat tobaksbruk i denna studie [25]; antal extra fall/100 exponerade = 11 (11 %)
- Andel som är totalt tobaksfria efter ett år av dem som halverat sitt tobaksbruk = 10-22 procent [18, 26]

Antal extra-fall av halvering av tobaksbruk vunna under ett år:

- bästa exponeringsscenario = 73 000
- minimalt exponeringsscenario = 51 000

Antal extra-fall av tobaksstopp under ett år:

- bästa exponeringsscenario, konservativ skattning 10 % = 7 400
- minimalt exponeringsscenario, konservativ skattning 10 % = 5 200

Referenser

1. Doll, R, Peto, R, Boreham, J, Sutherland, I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ*. 2004; 328:1519.
2. Cnattingius, S, Galanti, R, Grafström, R, Hergens, M-P, Lambe, M, Nyrén, O, et al. Hälsorisker med svenskt snus: The Swedish National Institute of Public Health; 2005.
3. Boffetta, P, Hecht, S, Gray, N, Gupta, P, Straif, K. Smokeless tobacco and cancer. *Lancet Oncol*. 2008; 9:667-75.
4. Hansson, J, Pedersen, NL, Galanti, MR, Andersson, T, Ahlbom, A, Hallqvist, J, et al. Use of snus and risk for cardiovascular disease: results from the Swedish Twin Registry. *Journal of internal medicine*. 2009; 265:717-24.
5. Hergens, MP, Alfredsson, L, Bolinder, G, Lambe, M, Pershagen, G, Ye, W. Long-term use of Swedish moist snuff and the risk of myocardial infarction amongst men. *Journal of internal medicine*. 2007; 262:351-9.
6. Folkhälsomyndigheten. Nationella folkhälsoenkäten: Resultat A-Ö - tidsserier 2013; 2014.
7. Statens beredning för medicinsk utvärdering. Metoder av rökavvänjning. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering; 1998.
8. Lancaster, T, Stead, LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*:CD001292. 2005.
9. Fiore, M, Jaén, C, Baker, T, et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Rockville: Public Health Service; 2008.
10. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011. Tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
11. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vuxentandvård 2011: stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
12. Carr, AB, Ebbert, J. Interventions for tobacco cessation in the dental setting. *Cochrane Database Syst Rev* 6:CD005084. 2012.
13. Statens beredning för medicinsk utvärdering. Rökning och ohälsa i munnen. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering; 2002.
14. Scientific Committee on Emerging and Newly Identified Health Risks. Health Effects of Smokeless Tobacco Products. Brussels: European Commission. Health & Consumer Protection DG Directorate C: Public Health and Risk Assessment Unit; 2008.
15. U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2004.
16. Statens folkhälsoinstitut. Alkoholfrågor i vardaglig hälso- och sjukvård. Riskbruksprojektet - bakgrund, strategi och resultat. Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2010.
17. Altman, DG. Practical statistics for medical research. London: Chapman & Hall; 1991.

18. Lindson-Hawley, N, Aveyard, P, Hughes, JR. Gradual reduction vs abrupt cessation as a smoking cessation strategy in smokers who want to quit. *JAMA*. 2013; 310:91-2.
19. Severson, HH, Andrews, JA, Lichtenstein, E, Gordon, JS, Barckley, MF. Using the hygiene visit to deliver a tobacco cessation program: results of a randomized clinical trial. *J Am Dent Assoc*. 1998; 129:993-9.
20. Roosaar, A, Johansson, AL, Sandborgh-Englund, G, Nyren, O, Axell, T. A long-term follow-up study on the natural course of snus-induced lesions among Swedish snus users. *Int J Cancer*. 2006; 119:392-7.
21. Engstrom, K, Magnusson, C, Galanti, MR. Socio-demographic, lifestyle and health characteristics among snus users and dual tobacco users in Stockholm County, Sweden. *BMC Public Health*. 2010; 10:619.
22. Stewart, DW, Adams, CE, Cano, MA, Correa-Fernandez, V, Li, Y, Waters, AJ, et al. Associations between health literacy and established predictors of smoking cessation. *Am J Public Health*. 2013; 103:e43-9.
23. Murray, RP, Connett, JE, Lauger, GG, Voelker, HT. Error in smoking measures: effects of intervention on relations of cotinine and carbon monoxide to self-reported smoking. The Lung Health Study Research Group. *Am J Public Health*. 1993; 83:1251-7.
24. Connor Gorber, S, Schofield-Hurwitz, S, Hardt, J, Levasseur, G, Tremblay, M. The accuracy of self-reported smoking: a systematic review of the relationship between self-reported and cotinine-assessed smoking status. *Nicotine Tob Res*. 2009; 11:12-24.
25. Virtanen, SE, Zeebari, Z, Rohyo, I, Galanti, MR. Evaluation of a brief counseling for tobacco cessation in dental clinics among Swedish smokers and snus users. A cluster randomized controlled trial (the FRITT study). *Preventive medicine*. 2014; 70C:26-32.
26. Falba, T, Jofre-Bonet, M, Busch, S, Duchovny, N, Sindelar, J. Reduction of quantity smoked predicts future cessation among older smokers. *Addiction*. 2004; 99(9):93-102.

Bilagor

Bilaga 1: Screeningformulär

Bilaga 2: Informerat samtycke

Bilaga 3: Baslinjeformulär

Bilaga 4: Dokumentation av tobakssamtal, interventionskliniker

Bilaga 5: Dokumentation av tobakssamtal, kontrollkliniker

Bilaga 6: Uppföljningsformulär

Bilaga 1: Screeningformulär

Projektet "Fri från Tobak i Tandvården (FRITT)"

Mottagning:

Information till dig som besöker mottagningen

Denna klinik samarbetar med Socialstyrelsen och Karolinska Institutet i ett regeringsuppdrag som syftar till att utvärdera en ny rådgivningsinsats riktad till våra patienter som använder tobak.

För att kunna utföra utvärderingen på bästa möjliga sätt behöver vi genomföra ett kort frågeformulär med några patienter. Detta för att nå de patienter som röker eller snusar och fråga om de vill delta i projektet.

Uppgifterna som du lämnar helt anonymt kommer att förstöras direkt efter denna förfrågan.

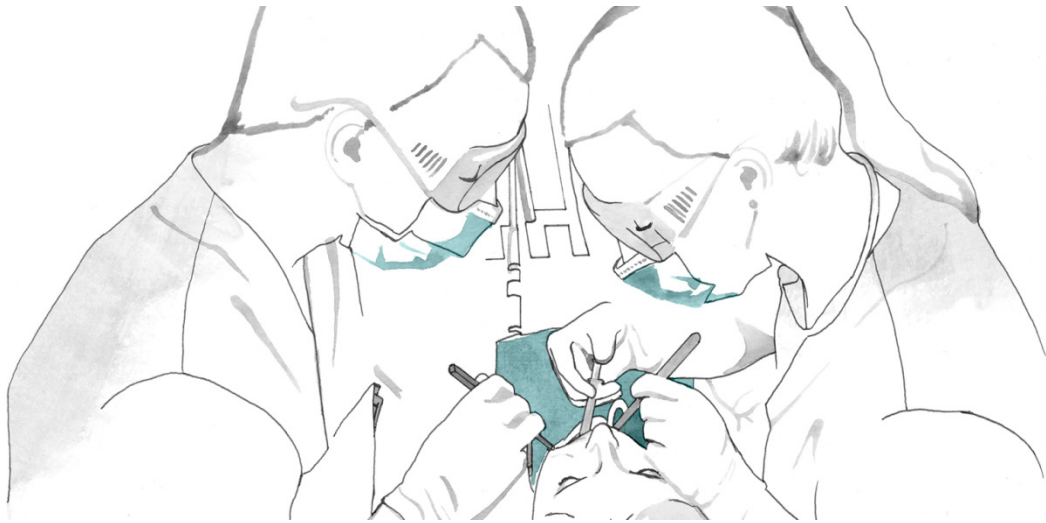
Vi hoppas att du har möjlighet att använda två minuter av din tid för att besvara frågorna nedan.

Tack på förhand!

Klinikens verksamhetschef

Projektledare Karolinska Institutet

Rosaria Galanti, docent



Bilaga 2: Informerat samtycke

Kod:

Mottagning:

Projektet "Fri från Tobak i Tandvården (FRITT)"

Frågeformulär

Datum: _____

Tid: _____

1. Kön

- ☐ Man
☐ Kvinna

2. Födelseår

3. Vad är huvudanledningen till dagens besök?

- ☐ Planerad kontroll
☐ Akut besvär
☐ Annat:
-

4. Tänk på de senaste 30 dagarna. Hur många av dessa dagar har du rökt cigaretter, annan tobak eller snusat?

- ☐ Alla dagar
☐ Några dagar, men inte alla
☐ Inga dagar

5. Hur länge har du rökt och/eller snusat dagligen eller så gott som dagligen?

- ☐ Mindre än 1 år
☐ 1 år eller mer
☐ Har aldrig använt tobak dagligen

6. Använder du för närvarande något läkemedel för att sluta röka/snusa (t ex nikotinplåster eller tuggummi, Champix)?

- ☐ Nej
☐ Ja

7. Följer du för närvarande ett program för att sluta med tobak?

- ☐ Nej
☐ Ja
-

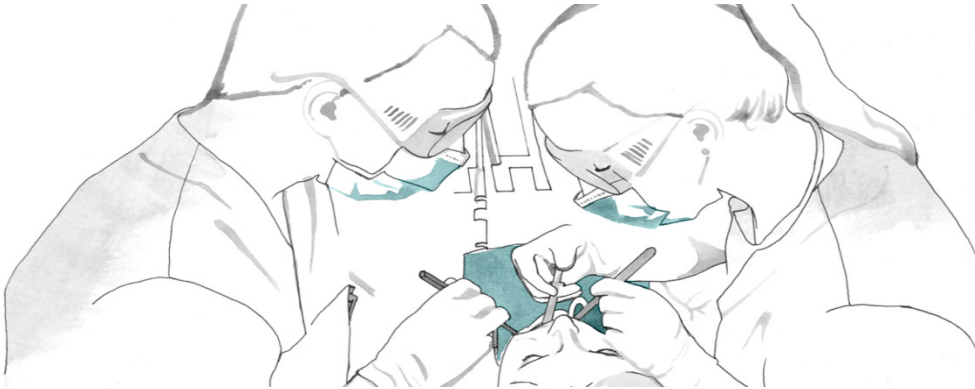
–
Ifylles av mottagande tandvårdspersonal:

1. ☐ Patient utesluts, vidare till besök
☐ Patient ombeds delta

2. Ombedd patient vill delta

☐ Nej

☐ Ja, anteckna patientens journalnummer här:



Information om projektet

”Fri från Tobak i Tandvården (FRITT)”

Denna klinik samarbetar med Socialstyrelsen och Karolinska Institutet i ett regeringsuppdrag som syftar till att utvärdera en ny rådgivningsinsats riktad till våra patienter som använder tobak.

Du har angett att du använder tobak så gott som dagligen. Därför får du en förfrågan om du vill delta i detta projekt.

Vi ber dig läsa följande information och skriva under ett *samtycke till deltagande i projektet*, om du så önskar.

Din insats är värdefull men *helt frivillig och kan avbrytas när som helst. Ditt beslut kommer inte på något sätt att påverka den tandvård du får hos oss.*

Tack på förhand!

Klinikens verksamhetschef

Projektledare Karolinska Institutet

Rosaria Galanti, docent

Projektet "Fri från Tobak i Tandvården (FRITT)"

Vilket är syftet med projektet?

Projektet syftar till att utvärdera en ny kort rådgivning för att stödja patienter i sitt beslut av att sluta röka/använda tobak. Det är känt att tobak är en stor hälsofara, inte minst vad gäller skador i munnen. Därför är det angeläget att så många tandläkarpatienter som möjligt får tillgång till effektivt stöd.

Hur väljs deltagarna ut?

De patienter som bokar ett besök på kliniken och som dagligen använder tobak kommer under en 3-månadersperiod att bjudas in till att delta i projektet.

Vad görs i projektet?

Vi kommer att jämföra en grupp patienter som kommer att genomgå den nya rådgivningen med en grupp patienter som kommer att behandlas av tandvårdspersonalen precis som vanligt. För att inte påverka dina svar och så att resultatet blir så pålitligt som möjligt kommer vi inte att informera dig om vilken grupp du tillhör. Tilldelning sker slumpmässigt via datorstyrt program och kan inte påverkas.

Vad innebär din medverkan?

Din medverkan är helt frivillig och kan när som helst avbrytas. Den innebär att:

1. Fylla i ett frågeformulär i samband med dagens undersökning/hälsokontroll.
2. Genomgå undersökningen/hälsokontrollen precis som vanligt.
3. Du erbjuds en ny kostnadsfri undersökning om 6 månader. I samband med denna undersökning, kommer du att fylla i ett uppföljningsformulär. Du har också möjlighet att tacka nej till återbesöket och få frågeformuläret hemskickat.
4. Några för utvärderingen viktiga uppgifter, t ex hälsotillstånd gällande tänder och munnen kommer att inhämtas från din journal.

Hur behandlas dina uppgifter?

Informationen ovan insamlas och bearbetas av Karolinska Institutet utan personliga identifikationsuppgifter. Personuppgifterna ersätts med en kod vilket gör det omöjligt att känna igen den enskilda personen. Kopplingen mellan denna kod och din person kommer att enbart vara känd för din tandläkare/tandhygienist och förvaras i din journal.

Informationen från projektet kommer endast att offentliggöras i form av statistiskt mått (t ex procentsats).

Dina svar skyddas av offentlighets- och sekretesslagen (SFS 2009:400). Det betyder att uppgifterna som samlas in kommer att användas endast för utvärdering, forskning och statistik och behandlas så att inte obehöriga kan ta del av dem.

Karolinska Institutet, 171 77 Stockholm är ansvarig för det dataregister som upprättas. Du kan utan kostnad få ett registerutdrag per år genom att skriftligen begära det av kontaktpersonerna nedan. Framkommer det att någon uppgift är felaktig ska den rättas till.

Önskar du mer information?

Prata gärna med din tandläkare/tandhygienist, eller kontakta projektets kontaktperson Linnéa Warenius via mail; linnea.warenius@ki.se eller via telefon; 08-524 801 80 (telefon-tid må-fre: kl. 08.00-17.00).

Informerat samtycke

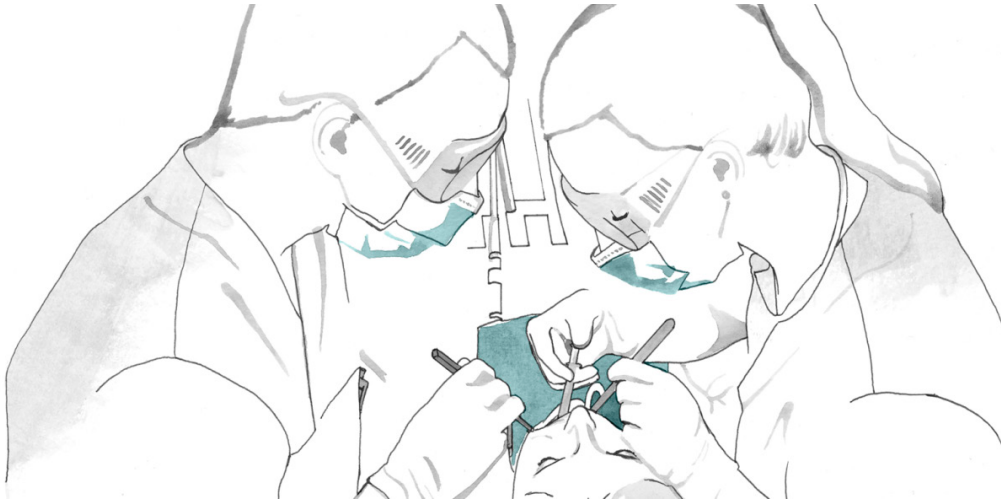
Undertecknad: _____

(Namn och efternamn textat)

samtycker till att delta i projektet **"Fri från Tobak i Tandvården (FRITT)"** som beskrivs ovan. Jag anser mig informerad om projektets ändamål och upplägg, samt om att mitt deltagande är frivilligt och kan avbrytas när som helst.

Namnteckning: _____

Datum och ort: _____



Bilaga 3: Baslinjeformulär

Projektet "Fri från Tobak i Tandvården (FRITT)"

Frågeformulär

Kod:

Mottagning:

Patientjournalens nummer:

1. Under de senaste 30 dagarna, hur mycket tobak har du på ett ungefär använt per dag?

Fyll i varje ruta i nedanstående tabell. Skriv "0" om du inte alls använder en viss typ av tobak (t ex snus).

	Per dag
Antal snusprillor	
Antal cigaretter	
Antal annan typ av rökt tobak*	

* T ex cigarrer, vattenpipa

2. Hur många år har du använt tobak (rökning och/eller snus) så gott som dagligen?
Räkna bort uppehåll som varade minst ett år.

Antal år: _____

3. Sedan du började använda tobak så gott som dagligen hur många gånger har du gjort ett uppehåll som varade i minst 24 timmar (ett dygn)?

Kryssa för både rökning och snus. Om du aldrig använt en viss typ av tobak (t ex snus) kryssa då svarsalternativet "0".

Rökning

- ☐ 0
- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5 eller flera gånger

Snus

- ☐ 0
- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5 eller flera gånger

4. Har du någon gång använt nikotinläkemedel eller annat läkemedel som stöd för att sluta med tobak?

Om ja, fyll då även i de två sista kolumnerna.

Läkemedel	Aldrig använt	Använt 1 gång	Använt flera gånger	Senast använt (vilket år)	Använt som längst (antal månader)
Nikotintuggummi	☐	☐	☐		
Nikotinplåster	☐	☐	☐		
Nikotintabletter/ sugtabletter	☐	☐	☐		
Nikotininhalator	☐	☐	☐		
Nikotinspray (näs- eller munhålespray)	☐	☐	☐		
Annat nikotinpreparat Ange vilket: _____	☐	☐	☐		
Zyban	☐	☐	☐		
Champix	☐	☐	☐		

5. Hur lång tid efter uppvaknandet röker du dagens första cigarett eller annan typ av tobak eller använder snus?

- ☐ Mindre än 5 minuter
- ☐ 6 – 30 minuter
- ☐ 31 – 60 minuter
- ☐ Mer än 60 minuter

6. Hur ser du på ditt tobaksbruk i framtiden?

- ☐ Jag har bestämt mig att sluta helt inom 6 månader
- ☐ Jag vill sluta helt, men längre fram än 6 månader
- ☐ Jag har inte bestämt om och när jag ska sluta helt

7. Har du av en läkare fått följande diagnoser?

Diagnos	Nej	Ja (vilket år)
Åldersdiabetes	☐	☐ År: _____
KOL	☐	☐ År: _____
Hjärtinfarkt	☐	☐ År: _____
Stroke	☐	☐ År: _____
Cancer	☐	☐ År: _____
Depression	☐	☐ År: _____

8. Har du någon annan långvarig sjukdom eller besvär?

- ☐ Nej
- ☐ Ja, skriv vad: _____

9. Din högsta avslutade utbildning: _____

10. Vilken är idag din huvudsakliga sysselsättning?

- ☐ Anställd deltid. Befattning: _____
- ☐ Anställd heltid. Befattning: _____
- ☐ Egen företagare
- ☐ Student
- ☐ Pensionär (ålderspensionär)
- ☐ Aktivitetsersättning
- ☐ Annat: _____

11. Vad är ditt civilstånd?

- ☐ Ogift
- ☐ Gift
- ☐ Skild/separerad
- ☐ Änka/änkling

12. Hur är din familj/boende situation? Du kan kryssa för flera alternativ.

- ☐ Själv utan barn
- ☐ Själv med barn
- ☐ Med sambo/make(a) utan barn
- ☐ Med sambo/make(a) och barn
- ☐ Med kompisar/bekanta
- ☐ Med föräldrar
- ☐ Annan situation: _____

Bilaga 4: Dokumentation av tobakssamtal, interventionskliniker

Projektet "Fri från Tobak i Tandvården (FRITT)"

Rapportering av tobakssamtal

Kod: **Mottagning:**

Kod: ☐ **Tandläkare:**

Kod: ☐ **Tandhygienist:**

OBS! Fylls i för varje patient i studien vid varje besök

[illegible]

Kodschema

¹ Typ av besök

Kodas enligt följande:

1= Första besök, hälsokontroll

2= Efterföljande besök, hälsokontroll

3= Tand- och munhålebesvär, ej akut

² Innehåll av samtalet

Kodas enligt följande (du kan använda flera koder):

1= Information om munsador med tobak

2= Tillfrågas om beredskap att sluta med tobak

3= Information om tillgängligt stöd för tobaksavvänjning

4= Information om läkemedel

5= Beslut om datum för tobakstopp

6= Motiverande argument framförs

7= Abstinensbesvär diskuteras

8= Skriftligt material levereras

9= Annat (skriv vad)

³ Åtgärder/överenskommelse till följd av samtalet

Kodas enligt följande (du kan använda flera koder):

0= Ingen vidare åtgärd/överenskommelse

1= Bokat tobaksavvänjningssamtal med samma vårdgivare

2= Hänvisat/remitterat till tobaksavvänjning med annan vårdgivare vid kliniken

3= Hänvisat/remitterat till tobaksavvänjning med annan vårdgivare utanför kliniken (t ex primärvården)

4= Hänvisat/remitterat till Sluta-Röka-Linjen

5= Skrivit ut/föreslagit läkemedel för rökavvänjning

9= Annat (skriv vad)

⁴ Bedömning av tobaksamtalet.

Du kan använda flera koder, exempelvis 2 och 3.

Koderna 5 och 6 bör användas om ämnet tobak inte alls togs upp – dvs om du svarade "nej" i kolumn 4.

Kodas enligt följande:

1= Samtalet fortskred lätt och smidigt

2= Samtalet genomfördes, men med viss svårighet i kommunikationen

3= Samtalet genomfördes, men det tog längre tid än planerat

4= Samtalet påbörjades, men kunde inte fortskrida/avslutas som planerat

5= Samtalet kunde inte genomföras, besöket måste fokusera på andra hälsoproblem

6= Samtalet uteblev av andra anledningar (t ex tidspress, patienten ville inte ta upp ämnet)

Bilaga 5: Dokumentation av tobakssamtal, kontrollkliniker

Projektet "Fri från Tobak i Tandvården (FRITT)"

Rapportering av tobaksamtal

Kod: **Mottagning:**

Kod: ☐ **Tandläkare:**

Kod: ☐ **Tandhygienist:**

OBS! Fylls i för varje patient i studien vid varje besök

[illegible]

Kodschema

¹ Typ av besök

Kodas enligt följande:

- 1= Första besök, hälsokontroll
- 2= Efterföljande besök, hälsokontroll
- 3= Tand- och munhålebesvär, ej akut

² Innehåll av samtalet

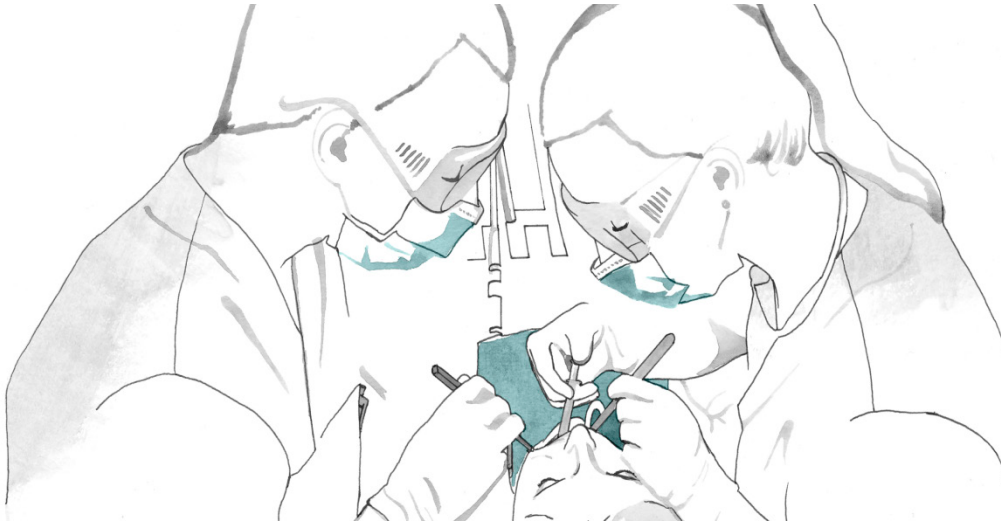
Kodas enligt följande (du kan använda flera koder):

- 1= Information om munskador med tobak
- 2= Tillfrågas om beredskap att sluta med tobak
- 3= Information om tillgängligt stöd för tobaksavvänjning
- 4= Information om läkemedel
- 5= Beslut om datum för tobakstopp
- 6= Motiverande argument framförs
- 7= Abstinensbesvär diskuteras
- 8= Skriftligt material levereras
- 9= Annat (skriv vad)

³ Åtgärder/överenskommelse till följd av samtalet

Kodas enligt följande (du kan använda flera koder):

- 0= Ingen vidare åtgärd/överenskommelse
- 1= Bokat tobaksavvänjningssamtal med samma vårdgivare
- 2= Hänvisat/remitterat till tobaksavvänjning med annan vårdgivare vid kliniken
- 3= Hänvisat/remitterat till tobaksavvänjning med annan vårdgivare utanför kliniken (t ex primärvården)
- 4= Hänvisat/remitterat till Sluta-Röka-Linjen
- 5= Skrivit ut/föreslagit läkemedel för rökavvänjning
- 9= Annat (skriv vad)



Bilaga 6: Uppföljningsformulär

Projektet "Fri från Tobak i Tandvården (FRITT)"

Uppföljningsformulär

Kod:

Mottagning:

Patientjournalens nummer:

1. Tänk på de senaste 7 dagarna. I hur många av dessa 7 dagar har du använt tobak?
Kryssa i nedanstående tabell.

	Inga dagar	1-2 dagar	3-4 dagar	5-7 dagar
Snus				
Cigaretter				
Annan typ av tobak*				

* T ex cigarrer, vattenpipa

2. Tänk på de senaste 7 dagarna. Hur mycket tobak på ett ungefär har du använt per dag under dessa 7 dagar? Om du inte alls har använt tobak de senaste 7 dagarna skriv då "0" i alla rutor.

	Per dag
Antal snusprillor	
Antal cigaretter	
Antal annan typ av rökt tobak*	

* T ex cigarrer, vattenpipa

3. När rökte eller snusade du senast?

Månad:_____

Dag:_____

4. Hur många gånger har du under de senaste 6 månaderna gjort ett uppehåll med ditt tobaksbruk som varade i minst 24 timmar (ett dygn)?

Svara för både rökning och snus. Om du är tobaksfri nu, räkna då endast uppehållen före det nuvarande uppehållet.

Rökning	Snus
☐ 0	☐ 0
☐ 1	☐ 1
☐ 2	☐ 2
☐ 3	☐ 3
☐ 4	☐ 4
☐ 5 eller flera gånger	☐ 5 eller flera gånger

5. Hur ser du på ditt tobaksbruk i framtiden?

- ☐ Jag har slutat helt och är ganska säker på att jag kommer att hålla mig tobaksfri även i framtiden
- ☐ Jag har bestämt mig för att sluta helt inom 6 månader
- ☐ Jag vill sluta helt, men längre fram än 6 månader
- ☐ Jag har inte bestämt om och när jag ska sluta helt

6. Har du under de senaste 6 månaderna använt nikotinläkemedel eller annat läkemedel som stöd för att sluta med tobak?

Läkemedel	Nej, har inte använt under de senaste 6 månaderna	Ja, har använt men inte nu	Ja, använder nu, sedan (månad och dag)
Nikotintuggummi	☐	☐	☐ Månad: Dag:
Nikotinplåster	☐	☐	☐ Månad: Dag:
Nikotintabletter/sugtabletter	☐	☐	☐ Månad: Dag:
Nikotininhalator	☐	☐	☐ Månad: Dag:
Nikotinspray (näs- eller munhålespray)	☐	☐	☐ Månad: Dag:
Annat nikotinpreparat Ange vilket: _____	☐	☐	☐ Månad: Dag:
Zyban	☐	☐	☐ Månad: Dag:
Champix	☐	☐	☐ Månad: Dag:

7. Har du av läkare under de senaste 6 månaderna fått följande diagnoser?

Diagnos	Nej	Ja
Åldersdiabetes	☐	☐
KOL	☐	☐
Hjärtinfarkt	☐	☐
Stroke	☐	☐
Cancer	☐	☐
Depression	☐	☐

8. Har du under de senaste 6 månaderna vänt dig till vårdpersonal för att få professionellt stöd för att sluta med tobak?

- ☐ Nej
- ☐ Ja, vilken typ av personal: _____

9. Har du under de senaste 6 månaderna sökt stöd på Sluta-Röka-Linjen?

- ☐ Nej
- ☐ Ja

10. Har du under de senaste 6 månaderna sökt tips och stöd på internet för att sluta med tobak?

☐ Nej

☐ Ja, vilken sajt: _____

11. Har du under de senaste 6 månaderna sökt annan typ av professionellt stöd för att sluta med tobak?

☐ Nej

☐ Ja, vilken typ av hjälp: _____

Nedanstående frågor (12-14) besvaras endast om du under de senaste 6 månaderna sökt stöd för att sluta med ditt tobaksbruk (d v s svarat Ja på någon av de ovanstående frågorna (8-11)).

12. Sökte du stöd med hjälp av remiss från tandvården?

☐ Nej

☐ Ja

13. När du sökte stöd, fick du den hjälp du behövde?

☐ Nej, förklara hur det gick till: _____

☐ Ja

14. Hur lång tid på ett ungefär har du sammanlagt fått stöd för att sluta med tobak?

- ☐ Mindre än 1 timma
- ☐ 2 timmar
- ☐ 3 timmar
- ☐ 4 timmar
- ☐ 5 timmar
- ☐ Mer än 5 timmar

15. Vilken är idag din huvudsakliga sysselsättning?

- ☐ Anställd deltid. Befattning: _____
- ☐ Anställd heltid. Befattning: _____
- ☐ Egen företagare
- ☐ Student
- ☐ Pensionär (ålderspensionär)
- ☐ Aktivitetsersättning
- ☐ Annat: _____