



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum

Avdeling for Helse og idrettsfag

4TABA10

Linda Shqipe Shala og Trine Cecilie Kristiansen

Veileder: Kari Elisabeth Dahl

Snus- en ulv i fåreklær?

Snus- a wolf in a sheep`s clothing?

Antall ord: 12007

Bachelor i Tannpleie, kull 2

2013

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket

JA NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage

JA NEI

"At man, naar det i Sandhed skal lykkes En at føre et Menneske hen til et bestemt Sted, først og fremmest maa passe paa at finde ham der, hvor *han* er, og begynde der" (Kierkegaard, s.a.).

Sammendrag

Statistikk fra Statistisk Sentralbyrå i Norge viser at røyking har gått ned mens snusbruken har gått opp, spesielt blant ungdom. Hensikten med vår bacheloroppgave er å belyse snusens skadeeffekt på den orale helsen, og hvordan vi kan være med på å motivere ungdom til å slutte med snus ved å bruke motiverende samtale [MI]. Denne studien er en ren litteraturstudie og våre funn viser at snus kan forårsake ulike skader på den orale helsen. I tillegg bør vi som tannhelsepersonell ha et større fokus på å snakke med våre pasienter om deres snusvaner. Forskning viser at MI er en fin metode til å motivere pasienter til å endre sin livsstil. Metoden er relativt ny innen tannhelsetjenesten og viser seg å ha en positiv effekt selv ved korte konsultasjoner.

Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse	4
1. Innledning	5
1.1 Bakgrunn og hensikt for valg av tema og problemstilling	5
1.2 Problemstilling	6
1.3 Avgrensning av oppgaven og begrepsavklaring	6
1.4 Disposisjon	7
2. Metode	8
2.1 Litteratursøk	8
2.2 Kildekritikk og beskrivelse av forskningsartiklene	8
2.3 Etske vurderinger	11
3. Teori	12
3.1 Snus	12
3.1.1 Lovverk	12
3.1.2 Nikotinholdig snus	13
3.1.3 Nikotinfri snus	14
3.1.4 Identitet og trend	14
3.1.5 Gingiva og slimhinnen	15
3.1.6 Tenner	16
3.1.7 Kreft	17
3.1.8 Tiltak for snusslutt	17
3.2 Motiverende samtale	18
3.2.1 Grunnleggende kommunikasjonsferdigheter	20
3.2.2 MI-samtalens hovedprinsipper	20
3.2.3 Ulike fasene	21
3.2.4 Et eksempel på MI-samtale mellom tannpleier og pasient	23
4. Drøfting	25
4.1 Snus	25
4.2 Motiverende samtale og andre tiltak til snusslutt	28
5. Konklusjon	36
Litteraturliste	37

1. Innledning

Gjennom tannpleierutdanningen på Høgskolen i Hedmark har vi vært ute i praksis både i det private og offentlige tannklinikker. Størstedelen av praksisperioden foregikk i Den offentlige tannhelsetjenesten [DOT], hvor vi har sett de kliniske skadevirkninger snusen gjør i munnhulen. Det vi opplevde var at tannpleieren som regel bare spurte pasienten om han snuste og noterte det i helseskjemaet, og gikk ikke inn på skadevirkningen eller motivasjon til snusslutt. På bakgrunn av dette ønsker vi å få mer kunnskap om snus og hvordan vi kan motivere ungdom til å slutte. Som tannpleier i DOT er størstedelen av pasientgruppen vår barn og unge. Vi møter ungdommene regelmessig når de kommer til tannklinikken for undersøkelse, derved har vi en unik mulighet til å fange opp pasienter som snuser i en tidlig fase. Ved å oppdage disse pasientene tidlig kan vi gi dem informasjon om skadeeffektene av snus og motivere dem til å slutte.

1.1 Bakgrunn og hensikt for valg av tema og problemstilling

Grunnen til at vi valgte å skrive om snus er fordi vi ser at snusforbruket i Norge har økt betraktelig de siste årene og spesielt blant ungdommene. Forskning viser at røyking har gått ned mens snusbruken har gått opp. Statistikken fra 2011 viser at snus brukes hyppigst blant unge i alderen 16-24 år, hvorav 25 % av mennene snuste daglig og 16 % av og til. Når det gjelder kvinnene i denne aldersgruppen var det 11 % som snuste daglig og 11 % av og til (Folkehelseinstituttet, 2013; Statistisk Sentralbyrå, 2012). I 2012 var det cirka 115 000 ungdommer mellom 16-24 år som snuste daglig. Prosentandelen er en økning på 1 % fra året før. Økningen var ikke blant unge menn, men blant unge kvinner (Helsedirektoratet, 2013a). I løpet av disse tre årene på Høgskolen i Hedmark har vi sett et stort forbruk av snus blant sykepleier-, folkehelse- og idrettsstudenter. I tillegg har vi hatt flere ungdomspasienter i praksis som bruker snus. Er dette blitt en slags trend blant ungdommene, og/eller er de ikke klar over skadeeffekten snus kan påføre helsen? Som tannpleier i DOT har vi en unik mulighet å ta opp dette temaet med dem, og jobbe med det helsefremmende og forebyggende tannpleierperspektivet vi har. Hensikten med denne oppgaven er at vi som tannhelsepersonell skal få mer kunnskap om snus og dens skadeeffekt på den orale helsen, og hvordan vi kan være med på å motivere ungdommene til å slutte med snus. Ved å ha denne kunnskapen kan vi som tannpleiere jobbe helsefremmede og forebyggende, og muligens være med på å bryte snustrenden spesielt blant ungdom.

1.2 Problemstilling

Hva gjør snus med den orale helsen og hvordan motivere ungdom til å slutte?

1.3 Avgrensing av oppgaven og begrepsavklaring

Det finnes ulike typer av snus i verden. Vi har valgt å ta for oss svensk snus som er til bruk i munnen, siden det er den snusen som er den mest brukte i Norge (Åstrøm, Bui, Læknes, Johannessen & Gjerdet, 2007). Det finnes ulike metoder tannpleiere kan bruke for å motivere ungdommer til å slutte med snus. Vi har valgt å ta for oss motiverende samtale (Motivational interviewing) som ofte blir forkortet med MI, siden vi har hatt om det i studiet. I tillegg deltok mange av oss tannpleierstudentene på kurs med Karin Sjøgren som er tannlege, og er en av forfatterne av boken *"Motiverande samtal: Praktisk handbok för tandvården"* som er i pensumlitteraturen vår. Vi ble invitert til å delta på dette kurset sammen med andre tannhelsepersonell i Hedmark av fylkestannlegen Claes Thorbjørn Næsheim.

Siden mesteparten av vår praksisperiode har vært i DOT, velger vi å ta utgangspunkt i at vi jobber der. Hovedprioriteringen til DOT er tannbehandling til barn og unge fra 0-18 år. Denne gruppen får gratis tannbehandling ut året de fyller 18 år, og utover det får de subsidiert tilbud frem til 20 årsalderen (Helsedirektoratet, 2012). Siden snusbruken har økt veldig blant ungdommer, ønsker vi å fokusere på ungdommer i DOT fra 13-20 år.

Empowerment:	Bemyndiggjøring, kraft, kontroll, styrke og makt. Fravær av empowerment kan gi følelsen av og ikke ha kontroll over sitt eget liv (Askheim & Starrin, 2007).
Autonomi:	Selvbestemmelse (Nylenna, 2009).
Retrahert gingiva:	Tannkjøttet har trukket seg tilbake slik at rota (tannhalsene) på tanna synes (ibid.).
Saliva:	Spyttet i munnen (Edward, 2006).
Reversibel:	Kan gå tilbake, kan gå i motsatt retning (ibid.).
Ambivalens:	En person som har motsatte meninger, drifter, følelser (Nylenna, 2009).
Snuslomme:	Skade på slimhinnen forårsaket av snusbruk (Borg, Ericson & Zimmerman, 2000).
Recall:	Tilbake innkalling til tannklinikken for undersøkelse (Edward, 2006).
Gingivitt:	Inflammasjon i tannkjøttet (ibid.).

For å få en bedre flyt i oppgaven vår og for at det skal bli enklere for leseren å lese, har vi blant annet valgt å navngi en pasient for *Tobias* under drøftingsdelen vår. *Pasienter* refereres også som *han/bruker/personer*. Vi refererer oss selv som *tannpleier/hun/veileder*. *Rådgiver* refererer vi også som *hun* i teoridelen om MI, siden det er blitt brukt mye i litteraturen.

1.4 Disposisjon

Oppgaven vår er delt inn i fem kapitler hvor vi først tar for oss innledningen, som tar for seg bakgrunn og hensikt for valg av tema og problemstilling. Deretter kommer avgrensning av oppgaven og begrepsavklaring. I metodedelen tar vi for oss litteratursøk, kildekritikk og beskrivelse av forskningsartiklene og etiske vurderinger. I teorien beskriver vi hva snus er og dens skadeeffekt i munnhulen. Deretter tar vi for oss om motiverende samtale og et eksempel på hvordan en slik samtale mellom en pasient og tannpleier kan foregå. Resultatene fra forskningsartiklene har vi skrevet i teoridelen der det føltes naturlig, for så å drøfte det i drøftingsdelen. I drøftingsdelen drøfter vi teorien og erfaringer fra praksis for å belyse problemstillingen vår. Vi avrunder oppgaven vår med en konklusjon som svarer på problemstillingen. Litteraturlisten kommer til slutt hvor vi har merket selvvalgt litteratur med *(stjerne) og antall sider vi har brukt.

2. Metode

Dalland beskriver metode som en fremgangsmåte for hvordan vi kan finne svar på ulike problemer og tilegne oss ny kunnskap (Dallan, 2012).

Denne oppgaven følger Høgskolen i Hedmarks retningslinjer for oppgaveskriving med APA-standarden som mal for referansebehandling. Vi har brukt en kvalitativ metode som er en ren litteraturstudie. Vi har brukt både pensumlitteratur gjennom alle tre årene i dette studiet, og selvvalgt litteratur fra bøker og ulike databaser. For å gi problemstillingen flere vinklinger har vi brukt egne synspunkter og erfaringer fra praksis.

I dette kapittelet tar vi for oss hva vi har gjort for å finne aktuelle forskningsartikler til oppgaven. Deretter beskriver vi kildekritikk og de forskningsartiklene vi har benyttet.

2.1 Litteratursøk

For å finne relevante fagartikler og forskningsartikler til denne oppgaven har vi benyttet ulike databaser som blant annet SweMed+, PubMed, SAGE, Google Scholar, Cochrane, International Journal of Dental Hygiene, Helsebiblioteket, Bibsys Ask og Idunn. For å få tilgang til de ulike databasene gikk vi inn på Høgskolen i Hedmark sine nettsider. Vi har også bestilt fagartikler via biblioteket på skolen og hos *”Den svenske tandläkartidningen”*, siden de ikke lå elektronisk. Vi benytter også offentlige kilder som blant annet Helsedirektoratet, World Health Organization [WHO], Sosialstyrelsen, Folkehelseinstituttet både i Norge og i Sverige og Statistisk sentralbyrå sine nettsider.

Søkeordene vi har benyttet er snus, swedish, norwegian, snuff, smokeless tobacco, tobacco, snus lesions, motiverende samtale, motivational interviewing, motiverende intervju, intervention, oral cancer, tannhelse, oral health, karies, dental caries. Vi fikk alt for mange treff ved bare å søke med ett søkeord, derfor benyttet vi flere MeSH-termer samtidig. Ved å gjøre dette reduserte vi antall treff, og det ble da lettere å finne aktuelle og relevante forskningsartikler og fagartikler til vår problemstilling. Det første vi så etter var overskriftene og om de var av nyere dato. Deretter leste vi sammendragene for å se om de var relevante for vår oppgave.

2.2 Kildekritikk og beskrivelse av forskningsartiklene

”Kildekritikk er de metodene som brukes for å fastslå om en kilde er sann” (Dalland, 2012, s. 67). Det som menes med det er at vi må være kritiske når vi vurderer og karakteriserer kildene

som vi ønsker å benytte i oppgaven vår. Siden dette er en ren litteraturstudie så er det viktig at vi har fokus på at empirien er relevant, troverdig og pålitelig (ibid.).

Den ene forskningsartikkelen fant vi ved å bruke Google scholar. Vi benyttet da søkeordene "smokeless tobacco", "snus", "oral health" og "dental caries". Vi søkte da på artikler som kom ut etter 2012. Vi fikk da 18 treff og valgte en doktorgrad ”*Smoking, Snuffing and Oral Health with Special Reference to Dental Caries*” skrevet av Lena Hellqvist og utgitt i 2012.

Doktorgradsavhandlingen er skrevet på engelsk og består av fire tidligere studier som ble utført i Sverige av Hellqvist og andre kjente forfattere som professor Downen Birkhed. Han er blant annet forfatter i en av våre pensumbøker. Studiene som de har gjort er både kvalitative og kvantitative. Studiene var gjort i perioden 1983-2011.

Forfatterne ville beskrive om bruken av tobakk ga forandringer over tid. De ville også finne ut risikoen for karies og hvordan pH i munnen forandret seg ved bruk av snus.

Den andre forskningsartikkelen fant vi også ved å bruke Google Scholar. Vi brukte søkeordene "snus lesions", "oral cancer" og "swedish" og begrenset søket fra 2006-2013. Da fikk vi 236 treff. Treff nummer 2 var ”*A long-term follow-up study on the natural course of snus-induced lesions among Swedish snus users*”. Vi valgte denne artikkelen fordi denne studien var en langtidsstudie som var gjort over 29 år og ble utført i Sverige. I denne studien ønsket de å finne graden av snuslommer og om det utviklet seg kreft i munnhulen ved langtidsbruk av snus. Artikkelen er skrevet på engelsk av Ann Roosaar, Anna L.V. Johansson, Gonilla Sandborg-Englund, Olof Nyrén og Tony Axéll og ble utgitt i 2006. Professor Tony Axéll har utgitt mange artikler og har også blant annet skrevet boken ”*Munslemhinnan vid hälsa och sjukdom*” som er en av våre pensumbøker. I denne studien ble 16 144 personer undersøkt hvorav 1115 av disse ble valgt ut fordi de hadde snuslommer. Det var kun mannlige deltakere i undersøkelsen. Kvinnene ble ekskludert fordi de var kun 4 av 1115 personer med snuslomme.

Den tredje forskningsartikkelen fant vi når vi leste i magasinet ”*International Journal of Dental Hygiene*” på biblioteket på skolen. Denne studien heter ”*The invisible work with tobacco cessation- strategies among dental hygienists*” og er skrevet av Pia Andersson, Albert Westergren og Annsofi Johannsen. Denne artikkelen er skrevet på engelsk og ble utgitt i 2012. Andersson og Westergren jobber ved Universitetet i Kristianstad i Sverige. Andersson er professor i oral helse og Westergren er professor i sykepleie. Johannsen jobber som lektor i

tannpleierutdanningen ved Karolinska Institutet. Studien er finansiert blant annet av Folkehelseinstituttet i Sverige. De intervjuet 12 tannpleiere, både i det offentlige og private sektoren rundt omkring i Sverige. Tannpleierne jobbet aktivt med tobakksavvenning og studien belyser deres erfaringer med tobakksavvenning blant røykere og snusbrukere. Tannpleierne benyttet ofte MI-metoden ved tobakksavvenningen.

Den fjerde forskningsartikkelen fant vi gjennom databasen Cochrane via Helsebiblioteket. Først brukte vi søkeordene "motivational interviewing" og "smokeless tobacco", da fikk vi ingen treff. Vi fikk heller ingen treff ved å bytte ut "smokeless tobacco" med "snus" og "snuff". Deretter prøvde vi søkeordene "motivational interviewing" og "tobacco". Vi fikk da opp to artikler og valgte den første "*Motivational interviewing for smoking cessation*". Denne artikkelen valgte vi fordi den hadde mange studier hvor det hadde blitt brukt MI-metoden for røykeslutt for over 10 000 personer. Siden det finnes få artikler som omhandler MI og snusslutt, anser vi denne artikkelen som relevant til vår oppgave da både røyk og snus inneholder nikotin, som er avhengighetsskapende. Artikkelen er skrevet på engelsk av Douglas TC Lai, Kate Cahill, Ying Qin og Jin-Ling Tang og ble utgitt i 2011. Den andre artikkelen som kom opp ved dette søket ekskluderte vi fordi den omhandlet tobakk og graviditet.

En annen artikkel vi har lyst å belyse her er en artikkel som var i tidsskriftet "*Scandinavian Journal of Psychology*" i 2011. Denne fant vi via Helsebiblioteket sin database Ebscohost og er skrevet på engelsk av Nora Wiium som er ansatt ved Universitetet i Bergen, og Leif E. Aarø som er ansatt både ved Universitet i Bergen og Folkehelseinstituttet. Artikkelen heter "*Outcome expectations and use of smokeless tobacco(snus): A cross-sectional study among young Norwegian snus users*". Denne studien ble finansiert av blant annet Helsedirektoratet og stiftelsen Helse og Rehabilitering. For å finne ungdommer i Norge mellom 16-20 år til denne studien, fikk de navnene fra det norske folkeregisteret (5757 personer). 2415 personer kom de i kontakt med. Dataen fra den publikasjonen var av 589 ungdommer mellom 16-20 år som bruker snus. De ønsket å finne ut når ungdommene begynte å snuse, hvorfor de snuste, og om de kjente til skadeeffektene.

Vi fant også noen fagartikler på "*Den Norske Tannlegeforenings Tidende*", og vi ønsker å trekke spesielt frem artikkelen som heter "*Snakker tannleger og tannpleiere med sine pasienter om snusbruk*". Denne artikkelen er skrevet av Marianne Lund, Karl Erik Lund og

Jostein Rise. De er alle ansatte ved Statens institutt for rusmiddelforskning [SIRUS] og denne artikkelen er skrevet på grunnlag av resultater fra en nasjonal undersøkelse som ble gjort i Norge. Det ble sendt spørreskjema til 1500 tannleger (svarprosent på 68) og 522 tannpleiere (svarprosent på 64) både i det offentlige og den private sektoren. Målet med denne undersøkelsen var å kartlegge om helsepersonell snakker med sine pasienter om bruken av snus. Undersøkelsen er fra 2003, men vi mener at den gir oss en pekepinn på holdningene til tannhelsepersonell når det kommer til å snakke om snus med pasientene. En annen grunn til at vi valgte denne artikkelen er at vi har opplevde dette selv i praksis. Flere av tannhelsepersonell synes det er vanskelig å ta opp dette temaet.

Som nevnt tidligere har vi valgt å skrive resultatene av disse forskningsartiklene og fagartiklene der vi føler det er naturlig å ha de med, for senere å drøfte de i drøftingsdelen.

2.3 Etiske vurderinger

I MI-samtalen mellom en pasient og tannpleier skriver vi ikke om en reel pasient, derfor er ikke anonymisering nødvendig. For å være tro med våre kilder har vi forsøkt å gjengi litteraturen på en riktig måte for deretter kommentere med vår forståelse og tolkning. Praksiserfaringene våre har vi anonymisert slik at pasientene ikke kan gjenkjennes.

3. Teori

I teoridelen tar vi for oss om snus og dens skadeeffekt i munnhulen. Deretter gjør vi rede for MI hvor vi til slutt tar for oss ett eksempel på en slik samtale. Denne teorien anser vi som viktig å ha med for at vi skal kunne svare på vår problemstilling.

3.1 Snus

I verden finnes det flere ulike typer snus, men i Norge og Sverige selges det som kalles svensk snus. Det fås kjøpt både nikotinholdig og nikotinfri snus, hvorav den førstnevnte er den mest brukte typen. I andre EU-land er omsetning av snus forbudt, men Sverige fikk et unntak da de ble medlemmer av unionen (Hellqvist, 2012). Det samme unntaket fikk Norge gjennom EØS-avtalen (Utenriksdepartementet, 2012).

3.1.1 Lovverk

I 1973 ble tobakkskadeloven opprettet i Norge for å begrense helseskadene av tobakksvarer. Dette går blant annet ut på at kjøp og salg av tobakksprodukter som snus forbys til personer under 18 år. Det er heller ikke tillat å reklamere for tobakk, og produktene skal være merket med advarsler om helseskadene produktet kan påføre ved bruk (Tobakkskadeloven, 1973).

Folkehelseloven trådte i kraft i 2011. Den skal sikre at statlige helsemyndigheter, fylkeskommuner og kommuner samordner sin virksomhet og setter i gang folkehelsetiltak på en forsvarlig måte. Formålet med folkehelseloven er å fremme helsen blant befolkningen og utjevne sosiale helseforskjeller gjennom folkehelsearbeid (Folkehelseloven, 2011; Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Som tannpleier er vi underlagt tannhelsetjenesteloven. Denne loven prioriterer forebyggende tiltak fremfor behandling. Vi skal gi pasientene informasjonen og øke deres interesse for hva de selv kan gjøre for å fremme den orale helsen (Helsedirektoratet, 2000; Tannhelsetjenesteloven, 1983). Resultater fra en nasjonal undersøkelse i Norge viste at tannleger og tannpleiere syntes det var vanskelig å ta opp temaet snus med sine pasienter. Årsaken til det var mangel på kunnskap, mens andre mente at det ikke var tannhelsepersonellens ansvar (Lund, Lund & Rise, 2003).

"Tobakksarbeid rettet mot ungdom er et varig tiltak hvor tannhelsetjenesten kan bidra i det generelle folkehelsearbeidet med det spesielle fortrinn at de ser "alle" ungdommer jevnlig og oppdager forandringer/skader etter tobakksbruk først" (Helsedirektoratet, 2012, s. 29).

Som tannpleiere i DOT møter vi ungdommene regelmessig opp gjennom årene. Det er i disse årene mange etablerer tobakksvaner, derfor er det viktig at vi fanger dem opp tidlig.

I 1999 tok generaldirektøren for WHO, Gro Harlem Brundtland, initiativet til WHO's tobakkskonvensjonen "*WHO Framework Convention in Tobacco Control*". Denne konvensjonen er verdens første folkehelsekonvensjon og trådte i kraft den 27. februar 2005 med målsetning om å redusere tobakksrelaterte sykdommer og dødsfall (Helsedirektoratet, 2012). 175 land, inkludert Norge, er med på denne avtalen og har ulike tiltak for å redusere tobakksbruk. Noen av tiltakene er for eksempel høyere tobakksavgifter for å senke salget av tobakk, og forbud mot tobakksreklame (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012, 2013).

I 2010 evaluerte WHO Norge sitt tobakksforebyggende arbeid. Det viste seg at selv om Norge har beskrevet tobakksavvenning som et høyt prioritert tema, har ikke Norge satt av nok midler til å gjennomføre det og heller ikke gode tiltak. Et systematisk tilbud om tobakksavvenning i Norge var noe av det WHO etterlyste (Helsedirektoratet, 2012).

3.1.2 Nikotinholdig snus

Nikotinholdig snus inneholder mer enn 2500 kjemiske stoffer deriblant nikotin, hvorav 31 av disse stoffene er blitt klassifisert som kreftfremkallende (Dybing et al., 2005; Helsenorger, 2012c). En internasjonal ekspertgruppe ved WHO's kreftforskningssenter har klassifisert snus som kreftfremkallende i munnhulen, spiserøret og bukspyttkjertelen (Helsedirektoratet, 2013b). Snusen som man får kjøpt i Norge fås kjøpt enten som løssnus eller porsjonssnus, og nikotinnholdet varierer mellom 0,5-1,3 % (Cnattingius et al., 2005). Snusen inneholder finmalte, mørke tobakksplanter som er tilsatt vann, salter, fuktighetsbevarende og surhetsregulerende stoffer og smaksstoffer (Folkehelseinstituttet, 2011; Ivarsson, Hjalmarsen & Pantzar, 2012). Ved bruk av snus er pH'en i munnen på cirka 8,5 (Hellqvist, 2012). Den høye pH'en gjør at absorpsjonen via slimhinnen blir enklere, men det kan føre til etseskader på slimhinnen og gingiva (Borg, Ericson & Zimmerman, 2000). Når vi ikke spiser eller drikker er pH'en i hvilesaliva cirka 6. Ved stimulert saliva stiger pH'en til cirka 7-8 (Risnes, 1995). Siden nikotinholdig snus har en høy pH kan det antas at den er gunstig mot syreangrep. Hellqvist viser til kliniske undersøkelser at pasienter som bruker nikotinholdig snus, ikke har mindre karies enn de som ikke bruker snus (2012).

Nikotin er veldig avhengighetsskapende, og den gir en beroligende og oppkvikkende effekt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Nikotin finnes naturlig i tobakk og den vanligste måten å få i seg nikotin på er fra sigaretter eller snus. 85 % av de som bruker sigaretter eller

snus blir nikotinavhengige ved gjentakende bruk. Når man snuser tas nikotinet opp via slimhinnene i munnen. Det tar lengre tid før nikotinet når hjernen når du snuser enn når du røyker, men nikotintilførselen er mer langvarig ved bruk av snus (Helsedirektoratet, 2011).

Når en person skal slutte å snuse kan han få abstinenssymptomer. Det kan komme i form av uro, stressfølelse eller engstelse. Disse symptomene er som regel verst de første dagene etter snusslutt, og etter noen uker vil plagene forsvinne og han vil ikke lengre være fysisk avhengig (Borg, Ericson & Zimmerman, 2000; Helsedirektoratet, 2011).

3.1.3 Nikotinfri snus

I Sverige finnes det flere ulike typer nikotinfri snus. Disse inneholder altså ikke tobakk og nikotin. Et av produktene er Onico som er den mest kjente typen i Norge. Snusen er pakket inn i små porsjonsposer og er lik de nikotinholdige snusvariantene. Denne snusen skal være med på å gi brukerne en så lik smak og følelse som den nikotinholdige. Onico inneholder blant annet fuktighetsbevarende midler, smaksforsterker (bordsalt), vann, smakstilsetninger, aromaer, surhetsregulerende midler og fargestoffer (Hansson, Koch & Törngren, 2008). I doktorgraden til Hellqvist fant hun ut at 5 av de nikotinfrie snuseproduktene inneholdt forskjellige typer karbohydrater fra 6,5 % sukker til 26 % stivelse. Den tidligere Onico produktet inneholdt maisfibre og bestod av både glukose, fruktose og sukrose og hele 8,9 % stivelse (2012). Boken Hansson og Ericson tar for seg et eksempel på en pasient som tidligere var kariesfri mens han brukte nikotinholdig snus. Ved neste innkalling året etter hadde pasienten store kariesangrep buccalt i overkjevens front. Det viste seg at pasienten ville slutte med snus og hadde begynt med nikotinfri snus for nedtrapping. Årsaken til kariesangrepene kan være at Onico, som inneholdt en del karbohydrater i form av maisfibrer, hadde ført til disse kariesangrepene. Ved stadig tilførsel av karbohydrater vil pH-en i munnen synke og emaljen/dentinet blir brutt ned og kariesangrep kan oppstå. Undersøkelser som har blitt gjort blant forsøkspersoner med snus i munnen, har vist at pH-verdien var cirka 5,7 i løpet av en time (2008). I følge Onico sine nettsider skriver de i dag at produktet er nå laget av fibrer fra havre og kakao (Onico, s.a.). Hellqvist viser til at denne nye Onico nå inneholder kun 1,2 % stivelse (2012).

3.1.4 Identitet og trend

Artikkelen som er skrevet av Wiium og Aarø viser at majoriteten av ungdommene begynte å snuse når de var mellom 15-17 år. En liten prosentandel av de 589 ungdommene i undersøkelsen begynte å snuse i alderen 9-11. Både gutter og jenter var med i denne

undersøkelsen som ble gjort i Norge i 2007 (2011). SIRUS forsker Karl Erik Lund mener at en av årsakene til at snusbruken stadig øker blant unge kan være at prisen er lav i forhold til sigaretter. Snusindustrien kommer stadig med nye metoder for å rekruttere enda flere brukere. Det nyeste som er introdusert er "startpakker" hvor snusen er tilsatt ulike typer fruktsmak og pakket inn i små porsjonsposer for å unngå "søling". Disse fargerike metallboksene er for å appellere til ulike personer. I tillegg til den lave prisen og økt brukervennlighet kan innføringen av "røykeloven" som forbyr røyking i alle fellesarealer som restauranter og utesteder, også være en årsak til økt forbruk av snus. Røykerne har tatt med seg nikotinen i form av snus som et nikotinsubstitutt og kan dermed bruke dette innendørs. Andre metoder som kan være en årsak til økt snusbruk kan være at røykerne har blitt skremt av anti-røykekampanjene som TV-reklamer og bilder på røykepakken, og har dermed begynt med snus i stedet (Macdonald, 2007).



Figur 1: Mocca porsjonssnus, av høgskolestudent, kandidatnummer 4, 2013. Brukt med tillatelse.

3.1.5 Gingiva og slimhinnen

Snus inneholder mange forskjellige smaksstoffer deriblant ammoniakk. Ammoniakk har en sterk og stram lukt og kan også være med på å gi brukeren dårlig ånde. Når brukeren plasserer snusen i munnhulen kan den i starten virke etsende, og etterhvert kan den gi små sår og sprekker i gingiva og slimhinnen (Helsedirektoratet, 2009a). Når en person har brukt snus en periode vil han merke forandringer på gingiva. Gingiva langs tanna retraheres og det oppstår tannhalsler. Disse tannhalsene er ikke reversible (Helsedirektoratet, 2012).

Skader i slimhinnen kan oppstå, men det avhenger av hvor mye og hvor lenge personen har benyttet snus. Snusforandringene i slimhinnen kan deles inn i fire ulike grader. Ved grad 1 vil slimhinnen der snusen ligger synes som noe rynkete, og fargen kan være normal til å bli noe grå. Det er ikke noe synlig fortykning av slimhinnen. Grad 2 blir slimhinnen mer rynkete og

grå i fargen. Ved grad 3 er slimhinnen klar hvit eller grå i fargen med dype furer og slimhinnen er fortykket. Når det er grad 4 så vil det være en klar fortykning av slimhinnen og fargen kan være hvit til brunaktig. Gingiva kan som nevnt tidligere også ha trukket seg tilbake og blottlagt tannhalsene (Axéll, 2009; Roosaar, Johansson, Sandborg-Englund, Nyrén & Axéll, 2006). Slimhinneforandringer ved grad 1 og 2 viser seg å være høyest blant de som bruker posesnus, mens grad 3 og 4 viser seg i størst grad av de som bruker løssnus (Cnattingius et al., 2005; Roosaar et al., 2006). Slimhinneforandringer som blir hvitaktig og fortykket, kalles for leukoplaki og lar seg ikke skrape av (Sanner & Dybing, s.a.).



Figur 2: Innsetting av løs snus, fra Colourbox, 2013.



Figur 3: Snuslomme og gingival retraksjon, av høskolestudent, kandidatnummer 11, 2013. Brukt med tillatelse.

3.1.6 Tenner

Ved blottlagte tannhals er enkelte oppleve at det iser i tennene. Grunnen til at personen opplever ising er fordi tannhalsene, som er rota til tanna, ikke er beskyttet av emalje slik krona på tanna er. Den er dekket av et tynt rotsementlag. Når denne rotsementen blir slitt vekk, vil dentinet på rota bli blottlagt. Dentinet har mange dentinkanaler som går inn til pulpa og kan føre til smerte ved for eksempel inntak av varme og kalde drikker (Solheim & Sølund, 2010). Rotsementen og dentinet tåler mindre syre (kritisk pH-verdi 6,3) enn emaljen gjør, og det vil lettere oppstå rotkaries her. Emaljen derimot tåler et lavere pH-fall enn dentinet, og dens kritiske pH er cirka 5,5 (Hansson & Ericson, 2008).

Hvis vi ser på tannemaljen i et mikroskop kan vi se at emaljen har ujevnheter i form av små sprekker. Ved bruk av snus vil fargestoffene trenge inn i disse sprekke og over tid misfarge tannemaljen (Sanner & Dybing, s.a.). Ved snusbruk kan også den blottlagte rotoverflaten få en brunlig misfarging (Borg, Ericson & Zimmerman, 2000). Overgangen mellom fyllinger og tannemaljen er også utsatt for misfarging ved snusbruk (Sanner & Dybing, s.a.).

3.1.7 Kreft

Snus inneholder mange kreftfremkallende stoffer som blant annet tobakksesifikke nitrosaminer og polysykliske aromatiske hydrokarboner. Den svenske snusen inneholder derimot mindre tobakksesifikke nitrosaminer enn annen røykfri tobakk (Folkehelseinstituttet, 2011). I boka til Solheim og Sølund blir snus klassifisert som kreftfremkallende og at det er en sammenheng mellom Nordisk snus og kreft i bukspyttkjertelen og spiserøret (2010). I tillegg til spiserøret og bukspyttkjertelen klassifiserer WHO's kreftforskningssenter snus som kreftfremkallende også i munnhulen (Helsedirektoratet, 2013b).

Etter langtidsbruk av snus kan det oppstå munnslimhinneforandringer der snusen plasseres som blir kalt for snuslomme. Det kan også oppstå andre forandringer i munnhulen ved bruk av snus, som kan være et forstadium til munnhulekreft, såkalte leukoplakier (Helsenorge, 2012a). Professor Tony Axéll skrev i ”*Den svenske Tandläkartidningen*” at eksperter i EU har sagt at snus ikke fører til kreft i munnhulen. Axéll viste til utfallet i rapporten ”*Scientific Committee on Emerging and Newly Identified Health Risks*” som ble publisert i 2008 (2013).

3.1.8 Tiltak for snusslutt

I rapporten fra Helsedirektoratet står det at WHO utførte en evaluering av Norges arbeid med tobakksavvenning i 2010. WHO mente at myndighetene måtte ordne en refusjonsordning for legemidler for nikotinavhengighet. De mente det ville være et viktig signal fra myndigheten til pasienter som ønsket å slutte med tobakk om at myndigheten ønsker å hjelpe dem. WHO henviste til forskning som har vist god effekt og kostnadseffektivt på medikamentassistert røykeslutt, snusslutt var ikke nevnt. I tillegg mente WHO at nikotinavhengighet burde bli klassifisert som en sykdom. De mener det vil da føre til at alle vil bli tilbudt behandling på lik linje som ved andre sykdommer (2012; Helse- og omsorgsdepartementet, 2013).

Rapporten fra Helsedirektoratet viste at 1 av 33 pasienter hos tannhelsetjenesten sluttet med tobakksbruk ved at tannhelsepersonell tok opp temaet (2012). I artikkelen ”*Snakker tannleger og tannpleiere med sine pasienter om snusbruk?*” kom det frem at 61 % av pasientene ville vurdere å slutte med snus hvis tannlegen anbefalte det. 63 % svarte at de ville vurdere å slutte med snus hvis de så endringer på tennene eller munnhulen forårsaket av snus (Lund, Lund & Rise, 2003).

For pasienter som ikke klarer å slutte med snus kan legemidler være et alternativ. Det finnes tre ulike grupper legemidler for nikotinavvenning. Legemidler som inneholder nikotin og to

ulike typer reseptbelagte legemidler som er nikotinfrie, bupropion [Zyban] og respektive vareniklin [Champix] (Helsedirektoratet, 2012; Ivarsson, Hjalmarson & Pantzar, 2012; Ivarsson & Sjögren, 2010). Det viser seg at vareniklin sammen med samtaler med brukeren kan være med på å øke muligheten til snusslutt (Helsedirektoratet, 2012; Helsenorge, 2012b; Ivarsson, Hjalmarson & Pantzar, 2012). Vareniklin har en del bivirkninger som blant annet munntørrhet (Champix, s.a.). Nikotinlegemidler som tyggegummi, plaster, tabletter, inhalator, munnpulver, nesespray og munnspray er reseptfrie (utenom nesespray) og er de mest vanlige legemidlene. Aldersgrensen er 18 år for å kjøpe disse. Nikotinlegemidler kan lindre abstinensen og er med på å øke muligheten for å slutte å bruke tobakk (Ivarsson, Hjalmarson & Pantzar, 2012; Ivarsson & Sjögren, 2010). Det viser seg at pasienter ikke bare får abstinenser av nikotinet, men de får også en lokal abstinens hvor snusen har vært plassert (Bolinder, 2012). Røyketelefonen er et gratis alternativ for å få hjelp til å slutte å bruke tobakk og kan gi brukeren oppfølging gjennom et år (Helsenorge, 2012b).

I rapporten fra Helsedirektoratet viser det seg også at helsepersonell synes det er vanskelig å ta opp tobakksbruk med sine pasienter. Noen av årsakene til det er at helsepersonell føler at de har mangel på kunnskap om kommunikasjonsverktøy og har dårlig tid (2012). Dette bekreftes også av Lund, Lund og Rise i artikkelen *"Snakker tannleger og tannpleiere med sine pasienter om snusbruk?"* (2003). Andersson, Westergren og Johannsen viser til studien der tannpleierne syntes at de manglet nok kunnskaper om snus og dens skadeeffekt, som gjorde at det ble vanskelig å snakke om (2012). I rapporten fra Helsedirektoratet stod det noen ulike forslag til tobakksavvenning, hvor et av tiltakene er at Helsedirektoratet ønsker å styrke det medisinskfaglige fokuset om tobakk og tobakksavvenning i Norge. De foreslo blant annet innføring i veiledningsmetodikk som motiverende samtale i helsefaglige utdanninger. Et annet tiltak de foreslo var minimal intervensjon. Helsepersonell tar opp temaet med få og enkle spørsmål og hvis pasienten gir uttrykk for å slutte, gir helsepersonell forslag til tiltak som for eksempel nettsiden www.slutta.no (2012).

3.2 Motiverende samtale

MI-metoden ble utviklet tidlig på 1980-tallet av en amerikansk psykolog, professor William R. Miller. Etter hvert startet han samarbeidet med en psykolog og metodeutvikler som jobbet med rådgivning i helsetjenesten, Steven Rollnick (Ivarsson & Sjögren, 2010). Sammen skrev de den første grunnboken om *"Motivational Interviewing"* som ble utgitt i 1991 (Barth & Näsholm, 2007; Eide & Eide, 2011). I begynnelsen ble denne metoden mest brukt i arbeidet

med personer med rusmiddelbruk, men har i de senere år blitt brukt i andre former for rehabiliteringsarbeid og livstilsendringer (ibid.; Ivarsson & Sjögren, 2010).

MI er en samtalemetode for livstilsendring som brukes for at pasienten selv skal se og kunne løse problemene sine. Rådgiveren skal lytte med empati, interesse og respekt, gi bekreftelser på det positive og hjelpe pasienten til å finne frem sin motivasjon til endring (Barth & Näsholm, 2007; Helsedirektoratet, 2009b, 2012; Ivarsson & Sjögren, 2010). Her er både rådgiveren og pasienten eksperter på samme vilkår. Pasienten er ekspert på seg selv og sine evner, mens rådgiveren har erfaringer på hva som har vært til hjelp for andre pasienter i samme situasjon. MI er klientsentrert og tar utgangspunkt i pasientens oppfatninger og tanker. Denne metoden bygger på et menneskesyn hvor mennesket har iboende forutsetninger for å ta sine egne beslutninger og valg, og hvor pasientens autonomi blir vektlagt og respektert. For å komme inn på temaet er det viktig at rådgiveren spør pasienten om lov til for eksempel å snakke om pasientens snusbruk (ibid.).

Ifølge Ivarsson og Sjögren er MI-metoden ganske nytt innen tannhelsetjenesten og de mener at metoden egner seg bra også for tannhelsepersonell. I en behandlingssituasjon kan pasienter ofte føle seg underlegne i forhold til oss behandlere. Derfor mener Ivarsson og Sjögren at MI på mange måter kan være en fin metode for å få god kontakt med pasientene på, noe som er viktig for at pasienten skal kunne ta til seg veiledning. I tillegg trenger ikke en MI-samtale bruke lang tid, gjerne korte (<20 min) og få samtaler. Dette påpeker de også som bra med tanke på den korte konsultasjonstiden vi ofte har med pasienten (2010). I studien blant svenske tannpleiere viste det seg at de ofte brukte MI-metoden ved tobakksavvenning (Andersson, Westergren & Johannsen, 2012). Forskning viser at MI-samtaler som varer 20 minutter eller lengre virker å ha mer velykkete utfall enn korte (Lai, Cahill, Qin & Tang, 2010).

Ivarsson, Hjalmarson og Pantzar viser til at MI-metoden ved røyksslutt blant ungdommer har gitt gode resultater. De mener grunnen til de gode resultatene er fordi MI-metoden ikke har en autoritær tilnærming. Dette vil øke muligheten for bedre kommunikasjon mellom rådgiveren og pasienten, og forebygge motstand til en forandring hos pasienten (2012).

I en forandringsveiledning er evnen til å skape god relasjon mellom rådgiver og pasient særdeles viktig. Eide og Eide viser til studier hvor relasjonen mellom rådgiver og pasient kan være avgjørende for behandlingsresultatet. Rådgiverens evne til å lytte, forstå pasienten, skape god kontakt og allianse er viktig, og mange ganger en avgjørende faktor for å motivere

pasienten til endring og utvikling (2011). Dette legges også til grunn i MI (Andersson, Westergren & Johannsen, 2012; Barth & Näsholm, 2007; Ivarsson, Hjalmarson & Pantzar, 2012; Ivarsson & Sjögren, 2010).

3.2.1 Grunnleggende kommunikasjonsferdigheter

For at rådgiveren skal kunne forstå pasientens synsperspektiv og vurderinger bruker MI fire grunnleggende kommunikasjonsferdigheter som består av bekreftelse, åpne spørsmål, refleksjoner/speiling og sammendrag. Ved bekreftelse viser rådgiveren at hun ser og setter pris på pasientens gode egenskaper, styrke, anstrengninger og kompetanse. Rådgiveren bruker åpne spørsmål for å vise at hun er interessert i det pasienten tenker, og samtidig får rådgiveren mer informasjon. Åpne spørsmål er spørsmål som bruker spørreordene som blant annet hva og hvordan. Det brukes for å få pasienten til å fortelle litt om temaet i stedet for lukkede spørsmål som får svaret ja eller nei. Ved bruk av refleksjon/speiling stimulerer rådgiveren pasientens videre tanker, og pasienten opplever at rådgiveren lytter og er interessert i det som blir sagt. Rådgiveren får på denne måten sjekket at hun har oppfattet riktig, og kan på denne måten også styre samtalen. Ved enkel refleksjon repeterer rådgiveren det pasienten har sagt ved å bruke sine egne ord, mens ved kompleks refleksjon speiler hun underliggende meninger og følelser av det pasienten har sagt. Ved sammendrag forteller rådgiveren litt lengre referat på det som er blitt sagt, og her legger hun mest fokus på det hun mener er viktig til en eventuell forandring. Det som rådgiver legger mest vekt på er ofte med på å motivere og fosterke pasientens synspunkt til en positive retning (Barth & Näsholm, 2007; Ivarsson, Hjalmarson & Pantzar, 2012; Ivarsson & Sjögren, 2010). Det rådgiveren ønsker å oppnå er å empower pasienten slik at pasienten selv kan foreta de nødvendige valgene til en livstilsendring (Tveiten, 2008). Når pasienten har gjort det som er nødvendig for å kunne fremme sin egen helse, kan dette gi pasienten en følelse av mestring og økt selvtillit. Dette kan på sikt føre til et bedre selvbilde (Askheim & Starrin, 2007).

3.2.2 MI-samtalens hovedprinsipper

Den ene av MI-samtalens hovedprinsipper er at rådgiveren skal vise empati. Empati vises ved at rådgiveren kommuniserer tilbake den følelsesmessige forståelsen av det pasienten har sagt gjennom refleksjon/speiling. Det er viktig at det pasienten sier blir møtt med medfølelse og respekt av rådgiveren.

Et annet prinsipp er at pasienten skal bli oppmerksom på de negative konsekvensene ved egen atferd. Dette er viktig for at han selv skal forstå meningen med å forandre livstilen sin og de potensielt positive sidene ved det. For å oppnå dette fokuserer rådgiveren på pasientens

nåværende atferd, og fremhever positive utfall pasienten kan få ved å endre livsstilen. På denne måten vil pasienten kunne finne en indre motivasjon og dermed økt vilje til en positiv endring. Når pasienten erkjenner de negative sidene ved egen situasjon og ser de positive konsekvensene av å endre egen atferd, kan dette føre til en ambivalens hos vedkommende. Dette kan være at pasienten anser snusbruk som en gode som vil bli borte, samt innsatsen for å skape livsstilsendring blir for omfattende og dermed vanskelig å gjennomføre. Samtidig innser han de positive sidene ved en endring og ønsker å oppnå disse (Barth & Näsholm, 2007; Ivarsson & Sjögren, 2010).

Neste prinsipp er å styrke pasientens mestringstillit (ibid.). Har ikke pasienten det, vil det ikke skje forandring. Pasienten må ha troen på at han klarer å gjøre det som må til (Eide & Eide, 2011). For å styrke pasientens selvtillit kan rådgiver forsøke å forsterke pasientens positive sider ved å være lyttende og bekreftende. Dette vil være med på å øke muligheten for en forandringsprosess hos pasienten.

Å minske motstand fra pasienten er et annet prinsipp ved MI. Rådgiveren kan merke motstand fra pasienten ved at han blant annet blir irritert, sint og argumenterende. Dette kan oppstå hvis for eksempel rådgiveren ikke er respektfull, kommer med råd uten at pasienten er mottagelig for det, eller prøver å overbevise pasienten. Ved å gjøre det kan pasienten komme i forsvarsposisjon og uttrykke motstand. Hvis rådgiveren opplever motstand er det viktig at hun "ruller med motstanden". Rådgiveren må ikke argumentere pasienten imot, men aksepterer det pasienten sier og gjøre en refleksjon som viser at hun lytter til pasienten. Et eksempel er at rådgiveren kan si "Du vil ikke bli presset når det gjelder snus". Deretter komme med et åpent spørsmål slik at pasienten får kontroll over samtalen som for eksempel "Fortell meg hva du tenker". På denne måten får pasienten kontroll over samtalen og har sin egen rett til selvbestemmelse (Ivarsson, Hjalmarsen & Pantzar, 2012; Ivarsson & Sjögren, 2010).

3.2.3 Ulike fasene

MI tar utgangspunkt i at pasienten skal endre sin atferd og for å gjøre det vil pasienten komme opp i ulike faser.



Figur 4: Prochaska og DiClements modell (Helsedirektoratet, 2009b).

Endringshjulet er utviklet av James Prochaska og Carlos DiClemente. Denne fasemodellen brukes for å strukturere veiledningsarbeidet som tar utgangspunkt i at viljestyrt og varig endring følger et mønster. Veiledningen i en endringsprosess må tilpasses hver enkel pasient etter hvilke fase han befinner seg i. Målet er at pasienten skal gå videre til neste fase i endringsprosessen. I føroverveiellesfasen er pasienten lite innstilt på å endre sin adferd. Pasienten opplever flere positive effekter ved å snuse enn hva de negative konsekvensene ved å snuse er. I denne fasen fortrenger pasienten eller bortforklarer de negative konsekvensene ved snusing. Ved overveiellesfasen opplever pasienten ambivalens og motstridende følelser. Pasienten vet hvilken skader snusen gjør men ønsker samtidig å beholde det han anser som en gode. I forberedelsesfasen skal pasienten ta en beslutning og er motivert til å gjøre endringer. Handlingsfasen er når pasienten iverksetter endringer i form av for eksempel å redusere mengden av snusbruk eller slutter. Denne fasen oppleves ofte som fysisk og psykisk belastende i form av abstinens. I vedlikeholdsfasen har de verste abstinensplagene gått over og pasienten kan nå legge inn endringene i sin hverdag og betrakte dem som en ny vane. Pasienten er nå mindre oppmerksom på hans tidligere snusvaner, men må jobbe aktivt med motivasjonen for ikke å falle tilbake. Tilbakefall er en risiko i alle fasene hvis pasienten ikke klarer å løse oppgavene som er i de ulike fasene. I forbindelse med tilbakefall kan pasienten ofte oppleve skyldfølelse og frustrasjon. Denne opplevelsen blir ofte forsterket ved flere mislykkede endringsforsøk (Barth & Näsholm, 2007; Helsedirektoratet, 2009b).

3.2.4 Et eksempel på MI-samtale mellom tannpleier og pasient

Vi vil nå beskrive hvordan en tannpleier kan gå frem ved bruk av MI-metoden i samtale med en pasient som er lite motivert for å slutte å snuse. Pasienten er 18 år og har brukt snus daglig i et par år. Ved undersøkelsen hos tannpleieren viser det seg at gingiva er retrahert.

Tannpleier: "Jeg har undersøkt tennene dine og ser at du har fine tenner og ingen hull, men jeg ser at tannkjøttet ditt er litt hovent. Er det greit for deg at vi snakker litt om det? Eller hva tenker du?"

Pasienten svarer ja og da fortsetter tannpleieren: "Jeg er litt bekymret for tannkjøttet ditt for jeg ser at det har trukket seg litt tilbake slik at rota på tanna di synes". Pasienten får se det i speilet. Pasient: "Ja det ser jeg, det har jeg ikke sett før". Tannpleier: "Du har ikke sett det før? Hva tror du skaden på tannkjøttet ditt kommer av?" Pasient: "Kanskje det er snusen?"

Tannpleier: "Ja det stemmer".

I en slik situasjon er det viktig at tannpleier veileder pasienten på en slik måte at han forstår hva snus kan gjøre med tannhelsen og spesielt tannkjøttet. I tillegg er det viktig å forklare at de lange tannhalsene forblir, selv etter snusslutt. Videre veileder hun pasienten om at han kan forhindre at det blir verre ved å slutte med snus. Pasienten kan da reagere med motstand fordi han ikke var forberedt på dette ved å si at han ikke vet hvordan han vil fungere uten snus. Han forteller videre at snus har en beroligende effekt på han. Her kan tannpleier gjøre en refleksjon og rulle med motstanden ved å si: "Jeg kan forstå at du liker å snuse, og at du føler at du slapper av ved å bruke det". Ved å si det viser tannpleier at hun kan forstå pasienten.

Videre gir pasienten uttrykk for forandringsprat ved at han sier at han kjenner at det skjer noe i munnen når han snuser. Tannpleier fortsetter med en enkel refleksjon og spør pasienten videre om det er noen annet som han mener ikke er bra med snus. Dette er for å få pasienten til å tenke og komme med forandringsprat som for eksempel at han synes snusen er blitt for dyr. Da kan tannpleier spørre om han er motivert til å slutte eller om han ønsker å fortsette å være avhengig av snusen. Hvis han sier han er litt motivert kan tannpleier be han si hvor motivert han er på en skala fra 0-10. 0 står for lite viktig og 10 for veldig viktig. Hvis pasienten svarer 2, så spør tannpleier hvorfor han svarer 2 og ikke 0. Dette er for å få pasienten til å reflektere og begrunne det slik at det kan føre til endring i tankegangen hans. Det kan være at pasienten begrunner med at han vet at snus er skadelig og i tillegg kostbart hvis han fortsetter å bruke det. Her kan tannpleier ta et sammendrag av de negative

konsekvensene ved snusbruk som pasienten selv har kommet frem til. Dette gjør tannpleier for at pasienten selv skal få høre hva han selv har sagt.

Videre stiller tannpleier åpne spørsmål om hva han tenker å gjøre. Pasienten svarer at han har tenkt til å slutte etter hvert, men ikke nå. Tannpleier samtykker og viser med kroppsspråket at hun forstår og tilbyr han ny time om noen måneder hvis han ønsker det. Tannpleier begrunner tilbudet med at hun syns tannkjøttet bør følges opp for å se utviklingen, og eventuelt snakke mer om snusbruken hvis han ønsker det. Pasienten syns det var et godt forslag (Ivarsson & Sjögren, 2010).

4. Drøfting

I denne delen vil vi drøfte de ulike faktorene fra teoridelen som omhandler vår problemstilling:

"Hva gjør snus med den orale helsen og hvordan motivere ungdom til å slutte?"

I tillegg til å drøfte teorien vil vi også trekke inn erfaringer fra praksis og drøfte disse opp mot funnene vi har gjort.

4.1 Snus

Hovedoppgaven til tannpleier er å jobbe med helsefremmende og forbyggende arbeid. Vi som jobber i DOT ser ungdommen jevnlig og har på denne måten mulighet til å oppdage snusbruk blant dem. Ungdommens snusbruk starter som regel i 15-17 årsalderen, men det viser seg at noen få barn starter allerede i 9 årsalderen. Økningen blant snusbrukere har i det siste vist seg å være blant unge jenter. Tobakksindustrien bruker stadig nye virkemidler for å appellere til nye potensielle brukere. En av årsakene til økningen kan være de små, søte og fargerike snusboksene som sannsynlig er rettet mot denne gruppen (Macdonald, 2007). Porsjonssnusen fås også i mindre størrelser som vi også tror er med på å appellere til unge jenter.

For å forhindre den stadig økende snusbruken blant unge, ser vi viktigheten med et tverrfaglig samarbeid med andre institusjoner som blant annet skolen og helsestasjonen. Dette er viktig for å nå ut til ungdom i flere situasjoner og over en lengre tidsperiode. Ikke alle pasientene er motiverte til å slutte med snus. Derfor er det viktig at tannpleiere har nok kunnskap om snus og kommunikasjon, slik at vi kan være med på å motivere dem til å slutte. Ved bruk av blant annet MI-metoden kan vi muligens være med på å endre deres tobakksvaner. Ut ifra våre erfaringer fra praksis hadde vi en del pasienter som brukte snus, og som ønsket informasjon om skadeeffekten på den orale helsen. Under en av våre praksisperioder hadde en av oss en pasient, "Tobias", som hadde brukt nikotinholdig porsjonssnus i mange år, og som ønsket å slutte. De siste 6 månedene hadde han gått over til å bruke den nikotinfrie snusen Onico.

Dette gjorde han fordi han følte en tomhetsfølelse ved ikke å ha noe under leppen.

Det viser seg at pasienter som prøver å slutte med snus også får en lokal abstinens i munnen der snusen pleier å ligge. Noen pasienter bruker da forskjellige hjelpemidler som blant annet teposer og bomullsruller for å lindre tomhetsfølelsen (Bolinder, 2012).

"Tobias" hadde merket at han hadde fått mer belegg på tennene etter at han gikk over til Onico, og lurte på om bruken av denne nikotinfrie snusen kunne være årsaken. Han fortalte at

han ikke hadde endret sine kostholdsvaner. Etter undersøkelsen viste det seg at han hadde noen dekalsinasjoner buckalt i overkjevens front.

I følge nettsiden til Onico skriver de at risikoen for karies elimineres, da Onico inneholder lite sukker og har stabil pH. Videre skriver de at Onico kan irritere slimhinnen i munnen på samme måte som vanlig snus. De anbefaler at personer ikke bruker porsjonssnusen på samme sted i munnen hele tiden, eller at brukeren slutter å bruke produktet helt (Onico, s.a.). Ut i fra Hellqvist sin doktorgrad viste det seg at den nye typen Onico inneholdt 1,2 % stivelse noe som kan føre til karies (2012). Med tanke på at "Tobias" ikke hadde endret sine drikke- og spisevaner, kan det tyde på at bruken av Onico kan ha vært med på å øke bakteriebelegget på tennene og ført til dekalsinasjonene. På en annen side kan det være at han ikke har vært nøye med tannpussen for en periode, som også kan være en årsak til plakkdannelsen og dekalsinasjonene.

I følge nettsiden til Swedish Match skriver de at snus ikke har påvist å gi karies, men at enkelte personer kan få gingivitt. Videre skriver de at personer som bruker løssnus kontra porsjonssnus, har større risiko for å få retrahert gingiva som ikke er reversibel (2008). I doktorgradsavhandlingen til Hellqvist skriver hun at nikotinholdig snus har en høy pH, og dette kan antas å være gunstig mot syreangrep. Hun viste til kliniske undersøkelser av pasienter som brukte nikotinholdig snus, hvor det viste seg at de ikke hadde mindre karies enn de som ikke brukte snus. På den andre siden har de som ikke brukte snus heller ikke mer karies, som kan forklares med at den generelle tannhelsen er blitt forbedret. Derimot viste det seg at de som snuste, pusset tennene sine sjeldnere og hadde heller ikke regelmessige besøk til tannklinikken enn pasienter som ikke brukte snus (2012). Som nevnt tidligere hadde vi flere snuspasienter i praksis hvorav noen av dem hadde tegn til gingivitt, noe som kan indikerer på dårlig oralt renhold. For å finne årsaken til gingivitten snakket vi om sukkerklokka og om det orale renholdet. Flere av dem svarte at de hadde faste måltider og spiste sjeldent imellom disse, for da brukte de snus. Mange av dem pusset også tennene bare en gang om dagen. Disse observasjonene vi gjorde i praksis bekrefter også Hellqvist ut ifra sin doktorgradsavhandling (ibid.).

Gingivale retraksjoner kan oppstå ved langvarig bruk av snus, som kan føre til blottlagte tannhalser. Disse tannhalsene forblir selv etter at pasienten har sluttet med snus (Helsedirektoratet, 2012). Tannhalsene består av et tynt rotsementlag og dentin. Blottlagte tannhalser har en større risiko for å utvikle karies fordi dentinet og rotsementen tåler mindre

syre enn emaljen gjør. Pasienter med blottlagte tannhalser bør være mer påpasselig med renholdet og sukkerholdige inntak, dette for å unngå å få rotkaries. Det er viktig at vi veileder pasientene som bruker snus om at risikoen for gingivale retraksjoner er ganske stor, og at det ikke er reversibelt. Muligens kan dette være med på å få pasienten til å reflektere over sine snusvaner, og eventuelt vurdere å slutte med det.

Nikotinfri snus som Onico mener vi er generelt mindre skadelig for helsen enn nikotinholdig snus. På den ene siden inneholder Onico karbohydrater som kan være med på å utvikle karies. På den andre siden derimot er Onico fri for de kreftfremkallende stoffene som finnes i de nikotinholdige snusproduktene. Nikotinholdig snus inneholder derimot ikke karbohydrater og har også høyere pH, som muligens kan være med på å hemme kariesangrep. Vi har erfart i praksis at mange pasienter tror at de ikke får karies fordi de bruker snus.

Den nikotinfrie snusen inneholder som nevnt karbohydrater, har lavere pH og dermed mer skadelig for tennene i forhold til den nikotinholdige snusen. Selv om nikotinholdig snus tilsynelatende er mindre skadelig for tennene anser vi det ikke som etisk riktig å anbefale pasienter å gå over fra nikotinfri snus til nikotinholdig på grunn av dette, da den nikotinholdige snusen har større skadeeffekt på den generelle helsen. Uansett er ikke snusbruk bra for helsen og målet bør være å bli snusfri.

Dagens ungdom og kanskje spesielt jenter er opptatt av utseende. Det å ha hvite tenner fremstår ofte som noe sunt og pent. Ved bruk av snus vil fargestoffene trekke inn i tannemaljens sprekker, som etter hvert kan føre til misfarginger. Snus inneholder blant annet ammoniakk som kan føre til at brukerne også får dårlig ånde. Vi tror at ved å opplyse ungdommen om dårlig ånde og misfargingen forårsaket av snus, kan muligens noen av dem velge å avstå fra å benytte det.

Erfaringer fra praksis har vist oss at porsjonssnus er den mest brukte typen blant ungdom. Forskning viser at porsjonssnus gir mindre skader på slimhinnen enn løssnus (Cnattingius et al., 2005; Roosaar et al., 2006). Av to onder er det bedre at ungdommene bruker porsjonssnus kontra løssnus med tanke på skadeomfanget. Dette betyr ikke at vi vil anbefale dem å bruke porsjonssnus, men kun for å bevisstgjøre dem skadeeffekten løssnus har i forhold til porsjonssnus. WHO's kreftforskningsinstitutt sier at alle "smokeless tobacco" produkter er kreftfremkallende blant annet i munnhulen. Dette har de funnet ut ved bruk av dyr som forsøkskandidater (WHO, 2008). Derimot har professor Tony Axéll skrevet i "*Den svenske Tandläkartidningen*" at svensk snus ikke fører til kreft i munnhulen. Han viser til resultatet i

rapporten ”*Scientific Committee on Emerging and Newly Identified Health Risks*” som ble publisert i 2008, hvor eksperter i EU har kommet frem til at svensk snus ikke fører til kreft i munnhulen (2013). Svensk snus har mindre konsentrasjon av nitrosaminer i seg enn mange andre typer snus som fins i verden (Folkehelseinstituttet, 2011). Vi ser at det kan være vanskelig for den enkelte å vite hvem de skal tro på når faglige instanser er så uenige. Selv om den svenske snusen har mindre nitrosaminer i seg enn for eksempel amerikansk snus, så inneholder den 31 kreftfremkallende stoffer (Dybing et al., 2005; Helsenorge, 2012c). Det vil si at risikoen er til stedet for utvikling av kreft. Derfor mener vi det er viktig at det blir satset mer på forskning når det gjelder langtidseffektene ved bruk av snus. Manglende forskning på skadeeffektene ved bruk av snus, kan muligens være en faktor til at flere begynner med snus i stedet for å røyke. Det kan virke som at snus er mer "akseptert" enn sigaretter i samfunnet. Det finnes mye forskning på skadeeffekten ved røyking. Helsedirektoratet har stadige kampanjer og skremselspropaganda når det gjelder røyking, noe som kan være en av årsakene til nedgangen. Siden snusbruk blant ungdommer øker, synes vi det er underlig at ikke Helsedirektoratet også har laget slike kampanjer når det gjelder snus. Det er sannsynlig å tro at en tilsvarende kampanje ville kunne bidra til en nedgang i bruken av snus.

4.2 Motiverende samtale og andre tiltak til snusslutt

MI er en samtalemetode for å motivere pasienten til en livstilsendring. I følge Ivarsson og Sjögren er denne metoden godt egnet også for tannhelsepersonell. De mener at en MI-samtale ikke trenger å ta lang tid, gjerne korte (<20 min) og få samtaler (2010). Forskning derimot viser at MI-samtaler som varer mer enn 20 minutter ser ut til å ha bedre effekt enn korte. Samtidig viser det seg også at en enkel MI-samtale også har god effekt. Flere samtaler derimot gir bedre resultater for å få til en forandring hos pasienten, forutsatt at det er gitt av trent personell (Lai, Cahill, Qin & Tang, 2010). I studien ”*The invisible work with tobacco cessation- strategies among dental hygienists*” kom det frem at tannpleierne mente at det var viktig å bruke MI-metoden for å motivere pasienten til tobakkslutt, men at det kreves mye trening for å lære seg denne metoden. Forfatterne anbefalte at det blir lagt mer vekt på kunnskap om tobakk og tobaksavvenning i tannpleierutdanningen (2012). Erfaringer vi har hatt i praksis tilsier at vi ikke har hatt gode nok kunnskaper når det gjelder skadeeffekten av snus, og hvordan vi kan være med på å motivere pasienter til å slutte med tobakk. Derfor anser vi forslaget til forfatterne Andersson, Werstergren og Johannsen som viktige i det tobakksforebyggende arbeidet. Det som kan bli en utfordring i praksis er den lille tiden vi har til rådighet. Pasientene kommer regelmessig for en recall, noe som tilsier at vi bruker en del

tid på selve undersøkelsen, og det blir lite tid til å utføre en lang MI-samtale. På den andre siden viste også forskningen positive resultater når det gjaldt korte MI økter. Selv med korte økter så kan dette være med på å starte en tankeprosessen hos pasienten, og som vi da kan ta opp ved en senere anledning. Selv om ungdommene har gratis behandling til de er 18 år, så er det ikke sikkert at DOT har budsjett og kapasitet til å ta inn pasientene flere ganger. Dette er også noe Andersson, Westergren og Johannsen belyser i sin studie. De ønsket mer fokus på det tobakksforebyggende arbeid i ledelsen, slik at mer midler blir gitt til dette formålet (2012).

Det første møtet med pasienten er med på å danne grunnlaget for hvordan relasjonen mellom oss og pasienten vil bli. Det er viktig at vi oppnår en god relasjon med pasienten gjennom god kommunikasjon, respekt og empati, og på denne måten kan vi oppnå tillit. Ungdommene kan ofte være sjenerte og det kan ta tid å bygge opp en god relasjon med dem. Derfor anser vi MI-metoden som et fint verktøy for oss tannpleiere, forutsatt at vi kan teknikken godt. Dette er fordi denne metoden ikke har den autoritære tilnærmingen. Tannpleieren og pasienten er på samme nivå, pasienten er ekspert på seg selv mens tannpleieren har kunnskap om hva som har fungert for andre pasienter. I MI-samtaler unngår vi direkte råd, for dette kan oppleves som autoritært og dermed skape avstand. Vi ber derfor pasienten om lov til å gi kunnskap om snus. På denne måten får pasienten følelsen av at han styrer samtalen. Hvis vi ikke kan MI-teknikken godt, kan det føre til at vi står fast og klarer ikke å komme videre i samtalen. På den andre siden bruker vi uniform noe som kan føre til at pasienten persiperer oss som en autoritet, faglige overlegne i forhold til pasienten, og vil på den måten være lydige ovenfor veiledningen vi gir (Cozby & Bates, 2012). I artikkelen ”*Snakker tannleger og tannpleiere med sine pasienter om snusbruk*” svarte hele 61 % av pasientene at de ville vurdere å slutte med snus hvis tannlegen anbefalte det. 63 % svarte at de ville slutte hvis de så endringer i munnhulen eller på tennene sine som følge av snusbruk (2003). Dette viser oss hvor viktig det er at vi snakker med pasientene våre om deres tobakksvaner, og at vi kan være en støttespiller i deres arbeid mot en tobakksfri livsstil.

For å drøfte MI har vi valgt å bruke eksempelet som vi har i teoridelen under punktet 3.2.4. Dette gjør vi fordi det vil gi et mer konkret svar ved at vi nevner de ulike fasene som pasienten går igjennom i en endringsprosess.

MI sine grunnleggende kommunikasjonsferdigheter består av bekreftelser, åpne spørsmål, refleksjoner/speiling og sammendrag. I samtalen mellom tannpleieren og pasienten, roser hun pasienten først ved å fortelle han at han ikke har noen hull og friske tenner. Dette vil være

med på å styrke hans selvfølelse og gir samtalen en positiv vinkling. Ved å gi han denne bekræftelsen viser tannpleier pasienten at hun ser og setter pris på hans gode ferdigheter, styrke, anstrenginger og kompetanse. I tillegg opplever pasienten at hun er interessert i hans meninger, som kan være med på å styrke relasjonen mellom dem. På denne måten får også tannpleieren mer kjennskap til hans snusbruk, som gjør at det blir lettere å jobbe videre i en forandringsprosess (Barth & Näsholm, 2007; Ivarsson & Sjögren, 2010).

Videre i samtalen spør tannpleier om tillatelse til å veilede han om tannhelsetilstanden, slik at pasienten selv kan bestemme om han ønsker mer kunnskap. Dette er for å ivareta pasientens autonomi og respekt for hans valg. Hvis tannpleieren ikke hadde spurt om lov og bare gitt denne veiledningen uten pasientens samtykke, kan pasienten føle det som et overtramp og oppleves som en ovenfra og ned holdning (ibid.).

Videre i eksempelet vårt ønsker pasienten mer kunnskap om tannkjøttet. Under samtalen med pasienten bruker ikke tannpleieren fagspråk som gingiva, men heller tannkjøttet, slik at pasienten lettere forstår. Ved å gjøre dette unngår vi å skape avstand til pasienten som kan oppstå ved bruk av faglige termer og fremmedord. Tannpleieren viser pasienten i speilet hvor tannkjøttet har trukket seg tilbake, slik at han ser det hun prøver å forklare han.

Forhåpentligvis får han en liten tankevekker og blir motivert til å gjøre noe med problemet som han i utgangspunktet ikke var klar over. Hvis tannpleieren derimot ikke viser pasienten skaden i speilet, kan det føre til at pasienten ikke forstår og heller ikke vet hvor skaden er.

Videre stiller tannpleieren et åpent spørsmål som "Hva tror du skaden på tannkjøttet ditt kommer av?" Ved å stille dette spørsmålet håper tannpleieren at pasienten reflekterer over dette og kommer med et utfyllende svar. Spørreordet "hvorfor" mener vi kan i noen

situasjoner misoppfattes av pasienten, og kan føre til at han føler det som en beskyldning. Et eksempel på dette kan være at vi spør pasienten: "Hvorfor slutter du ikke med snus?"

Pasienten kan da komme i forsvarsposisjon, bli irritert og ende med at han mister interessen for samtalen. Istedenfor kan tannpleier spørre "Hva er det som gjør at du ikke slutter å snuse?"

Ved å gjøre dette kan tannpleieren skape mindre motstand hos pasienten. Hvis tannpleieren derimot opplever motstand fra pasienten er det viktig at hun gjør en refleksjon og "ruller med motstanden". Ved å gjøre det viser tannpleieren at hun forstår pasienten, bekrefter det han sier, og tar et skritt tilbake for å komme i takt igjen med pasienten. Da unngår tannpleieren at pasienten må forsvare hvorfor han burde slutte å snuse (ibid.).

Videre i samtalen uttrykker pasienten forandringsprat ved at han sier at han kjenner at det skjer noe i munnen når han snuser og at det er dyrt. Når pasienten viser tegn til forandringsprat, vil dette være med på å gjøre han oppmerksom på det han allerede vet, og i tillegg vil dette få han til å reflektere ytterligere. Ved å be pasienten om å plassere hvor motivert han er til å slutte med snus på en skala fra 0-10, vil dette gi tannpleieren en pekepinn på hvor motivert han er. I tillegg kan dette bevisstgjøre pasienten og få han til å reflektere mer over hvorfor han velger tallet 2 i stedet for 0. Ved refleksjon/speiling ønsker tannpleieren å stimulere pasientens videre tanker. På denne måten får tannpleieren undersøkt om hun har oppfattet pasienten riktig. Hvis tannpleieren ikke gjør en refleksjon, kan det lett oppstå misforståelser (ibid.).

Sammendraget går ut på det samme som ved refleksjon/speiling. Forskjellen er at den er lengre og en avsluttende del i samtalen. I sammendraget skal tannpleieren legge mest fokus på det som hun mener er viktig for å få til en eventuell forandring. Målet er å motivere pasienten til å slutte med snus, og det kan gjøres ved å fosterke synspunktet hans i en positive retning ved å empower han. Ved at tannpleieren har gitt han denne kunnskapen om hva snus kan føre til, vil pasienten få ny kunnskap som på sikt kan føre til flere positive helsevalg. Hvis vi ikke gir pasienten denne kunnskapen og forståelsen, ville pasienten kanskje forlatt tannklinikken og fortsatt med sine gamle vaner uten å reflektere noe mer over snusbruken eller takknøytet sitt.

Vi har tatt for oss endringshjulet som beskriver hvor pasientene befinner seg i de ulike fasene ved en endring. I MI eksempelet vårt er pasienten vår lite motivert til å slutte med snus. Vi mener at han kan plasseres i føroverveielsesfasen fordi han opplever flere positive effekter ved å snuse enn de negative, og er lite innstilt på å endre sin adferd. For denne pasienten kan veien se noe annerledes ut enn for eksempel hvis han hadde vært veldig motivert til å slutte med snus. I denne fasen er det viktig at tannpleier stiller gode og åpne spørsmål slik at vi kan sette i gang en tankeprosess hos han. Vi mener at det å oppnå en god relasjon med pasienten i denne fasen er særdeles viktig. Dette for at pasienten skal være mottakelig for veiledning og forstå omfanget av sin helsesituasjon. Uansett hvilken fase pasienten befinner seg i, er det hele tiden viktig at det foregår en toveiskommunikasjon og ikke enveiskommunikasjon mellom tannpleier og pasient. Hvis pasienten derimot opplever en enveiskommunikasjon fra tannpleieren, kan det føre til at han blir inaktiv og ser dermed ingen grunn til å motta

veiledning (Eide & Eide, 2011). Er veiledningen derimot vellykket kan muligens pasienten ved neste konsultasjon være mer mottakelig for kunnskap.

Ved neste konsultasjon kan det hende at han har gått videre til neste fase som er overveielsesfasen. Hvis pasienten vår kommer i denne fasen er det viktig at han i samarbeid med oss finner frem grunner for å slutte med snus. Vår viktigste oppgave i denne fasen er å styrke hans mestringstro og løse ambivalensen. I denne fasen vet han om de negative konsekvensene snusen gjør, men er usikker på hvor stort problemet er. Noen pasienter kan være lenge i denne fasen fordi de ikke klarer å løse ambivalensen. Pasientene som er i denne fasen trenger mye motivasjon og stadig viktige grunner for å slutte med snus. Enkelte pasienter kan komme seg igjennom denne fasen relativt fort, mens andre derimot kan bruke lang tid (ibid.). Dette vil kunne føre til at de trenger jevnlig veiledning, noe som er ressurskrevende for klinikken. På den andre siden mener vi det er viktig å bruke ressurser på dette for å være med på å bedre folkehelsen i samfunnet. Dette er også noe WHO etterlyste i 2010. Norge står fram som en nasjon som prioriterer tobakksavvenning høyt, men mangler et godt systematisk tilbud til pasientene (Helsedirektoratet, 2012). Som vi har nevnt tidligere mener vi at tverrfaglig samarbeid med andre instanser som for eksempel skolen og helsestasjonen er viktig for å forebygge tobakksbruk.

Hvis pasienten vår kommer seg videre til forberedelsesfasen har han bestemt seg for å slutte, og vil her prøve med små endringsforsøk. Dette kan gå ut på stadig nedtrapping av snus i løpet av dagen. Ved å gjøre det på denne måten, unngår pasienten en brå slutt som kan føre til abstinensplager. I denne fasen er det viktig at pasienten får uttrykke seg om sine forventninger og hva han mener er realistisk at han klarer å oppnå (Barth & Näsholm, 2007). På en annen side kan det bli vanskelig for pasienten å gå til det steget å slutte helt, fordi det vil innebære endringer av både tanker, adferd og miljøet som han er i (Eide & Eide, 2011).

I handlingsfasen kan det ofte oppleves både fysisk og psykisk belastende for pasienten. Hvis pasienten vår ikke klarer å slutte med snus kun ved bruk av MI-samtaler, kan legemiddelassistertbehandling fra fastlegen være et alternativ mot abstinensplagene. Vareniklin har vist seg å være effektiv mot abstinensplager ved snusbruk, men den kan gi mange ulike bivirkninger som blant annet munntørrhet (Champix, s.a.). Erfaring har vist oss at personer som slutter med tobakk ofte tyr til småspising mellom måltidene for å dempe suget. Dette kan være fordi de ikke lengre bruker snus og føler at de må ha noe som kan

erstatte snusen, og småspising kan fort bli et alternativ. Munntørrhet sammen med stadig inntak av sukkerholdig kosthold kan føre til kariesutvikling. Vareniklin derimot er et reseptbelagt medikament, og kan ikke tilbys til personer under 18 år. For de pasientene som er under 18 år og som ikke klarer å slutte bare ved MI-samtaler, kan vi spørre oss om den burde vært tilgjengelig også for dem. Muligens kunne medikamentet hjulpet dem til en snusfri hverdag i en tidlig fase, i stedet for at de først blir tilbudt dette medikamentet når de er 18 år. Da kan snusbruken ha blitt en innarbeidet vane som igjen kan føre til at det blir vanskeligere for ungdommen å slutte. I tillegg kjenner vi til flere helseskader ved langtidsbruk som blant annet de orale skadeeffektene. Ville tidlig bruk av dette medikamentet vært med på å forebygge disse skadene og på lang sikt folkehelsen generelt? Ved at mange ungdommer snuser før lovlige alder, kan vi spørre oss om regjeringen burde gjøre noe med lovverket når det gjelder bruken av vareniklin? Hadde nikotinhengighet blitt sett på som en sykdom slik som WHO mener at den burde klassifiseres som (Helsedirektoratet, 2012), ville kanskje dette medikamentet blitt lovlig også for de under 18 år. På en annen side ønsker ikke vi å anbefale pasientene medikamenter før alt annet er prøvd. Dette er på grunn av medikamentenes mange ulike bivirkninger som kan være uheldig for helsen. I tillegg er ikke vareniklin testet på personer under 18 år og vi kjenner derfor ikke til effekten hos denne pasientgruppen (Champix, s.a.).

I vedlikeholdsfasen begynner pasienten å få de nye vanene innarbeidet, men må stadig jobbe med motivasjonen for å unngå tilbakefall. Det er viktig at vi gir pasienten vår positive tilbakemeldinger slik at han opprettholder sin mestringfølelse. Vedlikeholdsfasen kan være ganske utfordrende for pasienten ved at for eksempel venner og bekjente snuser i hans nærvær, og det kan bli vanskelig å motstå fristelsen. Stadig nye tanker kan komme snikende inn og kan skape indre uro. Disse tankene kan være "Det skader ikke bare meg" eller "Jeg fortjener det fordi jeg har vært så flink". Når disse tankene tar overhånd kan pasienten fort få tilbakefall og ende der han begynte. På den ene siden trenger ikke et tilbakefall være så alvorlig, men på den andre siden er det viktig å prøve å unngå det fordi flere tilbakefall kan få pasienten til å føle seg mislykket. Denne opplevelsen blir ofte bare forsterket ved flere mislykkede endringsforsøk (Barth & Näsholm, 2007; Helsedirektoratet, 2009b). Som tannpleier har vi ikke mulighet til å være tilgjengelig for pasienten når han måtte trenge det. Da kan for eksempel røyketelefonen være et alternativ hvor pasienten kan få snakke med dyktige veiledere når det gjelder snus og motivasjon. Helsesøsteren på skolen kan også være en støttespiller for ungdommene i slike situasjoner.

Det kan være at vi møter pasienter som ikke ønsker å slutte med snus og heller ikke vil motta veiledning og hjelp til tobakksavvenning. Da er det viktig at vi journalfører at vi har tilbudt pasienten veiledning og kunnskap om snus, men at pasienten har takket nei. Journalføring er viktig og gjør det mulig for oss å gå tilbake i pasientens anamnese. Det er også nyttig dokumentasjon ved for eksempel pasientklager eller erstatningssaker.

MI samtaler har dokumentert gode resultater ved å være et godt virkemiddel for å motivere mennesker til å gjøre nødvendige endringer i sin atferd, holdninger og livstilsvaner. Slik situasjonen er for tannpleiere i dag er det svært begrenset tid til å gjennomføre dette. Det er et paradoks at det ikke er et større fokus på å gjennomføre utdanning, kunnskapsheving og tid til MI samtaler ved konsultasjoner hos tannpleier da dette har god dokumentert effekt.

Primæroppgaven til tannpleier er å gjennomføre kontroll av tenner og den orale helsen. MI samtaler for å motivere til livsstilsendringer vil i så måte være en sekundæroppgave. Når vi vet hvor positive effekter en MI samtale kan ha, anser vi at dette bør få et større fokus i fremtiden. Vi oppfatter dagens praksis innenfor forebyggende arbeid som nokså reaktiv. Med dette mener vi at tannpleier som oftest kommer i kontakt med pasienten når han oppsøker oss for en konsultasjon cirka en gang i året. Erfaringer fra praksis har vist oss at tannpleiere er ute blant 4.klassingene for å snakke om karies og munnhygiene. Vi mener det er innlysende at det vil gi en større positiv effekt hvis kontakten med barn og ungdom blir hyppigere, og at de blir møtt under forskjellige og flere situasjoner. Det forebyggende arbeidet bør for fremtiden bli orientert mer proaktivt. Med dette mener vi at tannpleiere, eller andre med kunnskap om MI samtale og tannhelse, bør kommunisere viktigheten av god tannhelse, de negative konsekvensene ved dårlig munnhygiene, bruk av tobakk og generell opplysning om viktigheten av sukkerklokka. På denne proaktive måten vil tannpleiere sitt møte med pasienten ikke være første gang barn og ungdom får høre om disse aspektene ved god tannhelse, men kunne være en videreføring av kunnskap som allerede er forelest og informert om til målgruppa. Vi har tidligere nevnt viktigheten av et tverrfaglig samarbeid med skole og helsetjenesten. Hvis kunnskapen når ut til disse vil vi kunne nå ut til flere barn og ungdom og treffe de i ulike relasjoner og sosiale kontekster. Skole, idrett, ulike lag og foreninger er viktige møteplasser for barn og ungdom. På disse forskjellige arenaene blir relasjoner bygget, rollemodeller og holdninger skapt. Det er viktig at det forebyggende arbeidet når barn og ungdom der de er og ikke kun i forbindelse med en konsultasjon en gang i året hos tannpleier. Vi ser at MI samtalen er en av mange veier for å veilede og motivere mennesker til å gjøre livstilsendringer på. Hvis tannpleiere i fremtiden skal bruke mer av sin tid på proaktivt arbeid

utover konsultasjoner som allerede gjøres i dag, vil dette kunne skape ressursmessige utfordringer. Vi ønsker allikevel å påpeke at det er et stort potensiale ved å fokusere mer på et tverrfaglig samarbeid i fremtiden. Hvis vi i samarbeid kan være proaktive og skape kunnskap og gode holdninger, vil dette kunne gi gode resultater ikke bare innenfor tannhelse. Det vil i tillegg kunne gi samfunnsøkonomiske gevinster og positive effekter for den generelle folkehelsen.

5. Konklusjon

Gjennom prosessen i bacheloroppgaven har vi fordypet oss i snusens skadeeffekt på den orale helsen og om MI-metoden. Vi mener dette er relevant i vårt arbeid som tannpleier hvor vi har fokus på det helsefremmende og forebyggende arbeidet.

Vi har kommet frem til at snus kan forårsake flere skader på den orale helsen. Den mest vanlige skaden er snuslomme. Retrahert gingiva kan oppstå der snusen plasseres og denne skaden er ikke reversibel. Leukoplakier oppstår oftest blant personer som bruker løssnus kontra de som bruker porsjonssnus. Etter å ha skrevet denne oppgaven ser vi at det trengs mer forskning om snus og dens skadeeffekt ved langtidsbruk. Vi ser viktigheten med et tverrfaglig samarbeid med andre instanser for å forebygge snusbruken, og på denne måten kan vi også fremme folkehelsen. For å få til en god relasjon mellom tannpleier og pasient er det viktig at vi lytter, støtter og forstår situasjonen pasienten er i. Ved å benytte MI sine grunnleggende kommunikasjonsferdigheter kan vi oppnå bedre kontakt med pasienten, som igjen kan føre til at han blir motivert til å forandre sin livsstil. Snus har mer enn 2500 kjemiske stoffer i seg hvorav 31 av disse er kreftfremkallende. I tillegg er den avhengighetsskapende og det finnes i dag lite forskning på dens langtidseffekt på helsen. Derfor anser vi snus som "en ulv i fåreklær!"

Litteraturliste

* Andersson, P., Westergren, A. & Johannsen, A. (2012). The invisible work with tobacco cessation- strategies among dental hygienists. *International Journal of Dental Hygiene*, 10(1), 54-60. (6 sider)

Askheim, O. P. & Starrin, B. (Red.). (2007). *Empowerment: I teori og praksis* (1. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Axéll, T. (2009). *Munslemhinnan vid hälsa och sjukdom: Klinisk diagnostik och behandling*. Stockholm: Gothia förlag.

* Axéll, T. (2013). Experter har slagit fast att snus inte orsakar oral cancer. *Den svenske Tannläkartidningen*, 105(3), 77. (1 side)

* Barth, T. & Näsholm, C. (2007). *Motiverende samtale- MI; Endring på egne vilkår*. Bergen. Fagbokforlaget. (145 sider)

* Bolinder, G. (2012). Snusing en kontroversiell folkhälsofråga. *Läkartidningen*, 109(11), 564-567. Lokalisert på http://www.lakartidningen.se/store/articlepdf/1/17936/LKT1211s564_567.pdf (4 sider)

Borg, A.-C., Ericson, D. & Zimmerman, M. (2000). *Missbruk – syns det i munnen?* Stockholm: Gothia förlag.

* Champix [Vareniklin]. (s.a.). I B. C. B. Jansen (Red.), *Felleskatalogen*. Lokalisert på <http://www.felleskatalogen.no/medisin/champix-pfizer-547440> (1 side)

* Cnattingius, S., Galanti, R., Grafström, R., Hergens, M.-P., Lambe, M., Nyrén, O., Pershagen, G. & Wickholm, S. (2005). *Hälsorisker med svenskt snus*. Statens folkhälsoinstitut (Rapport A nr. 15/2005). Lokalisert på <http://www.fhi.se/PageFiles/3094/a200515snusrapport0512yy.pdf> (4 sider)

* Cozby, P. C. & Bates, S. (2012). *Methods in behavioral research* (11. utg.). Berkshire: McGraw Hill Higher Education. (1 side)

Dallan, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

* Dybing, E., Gilljam, H., Lind, P. O., Lund, K. E., Mørland, J., Stegmayr, B., Hofmann, B., Elvsaa, I.-K. Ø. (2005). *Virkninger av snusbruk*. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Rapport nr. 6/2005). Lokalisert på <http://www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/Virkninger+av+snusbruk.1231.cms> (2 sider)

Edward, S. (2006). *Odontologisk Ordbok* (3. utg.). Stockholm: Gothia Förlag.

Eide, H. & Eide, T. (2011). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning og etikk* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

* Folkehelseinstituttet. (2011). *Folkehelseinstituttets vurderinger av sammenhengen mellom snusbruk og kreft i bukspyttkjertelen*. Lokalisert på http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Content_6496&Main_6157=6263:0:25,6183&MainContent_6263=6496:0:25,6194&Content_6496=6178:88150:25,6194:0:6562:4:::0:0 (1 side)

* Folkehelseinstituttet. (2013). *Røyking og snus - faktaark med statistikk*. Lokalisert på http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List_6212&Main_6157=6263:0:25,6434&MainContent_6263=6464:0:25,6435&List_6212=6218:0:25,6436:1:0:0:::0:0 (1 side)

* Folkehelseloven, LOV-2011-06-24-29. § 1. (2012). Lokalisert på <http://www.lovdatab.no/all/hl-20110624-029.html> (1 side)

Hansson, B. O. & Ericson, D. (2008). *Karies – sjukdom och hål*. Stockholm: Gothia Förlag.

* Hansson, B. O., Koch, G. & Törngren, M. (2008) Kan tobaksfritt snus orsaka karies? *Den svenske Tandläkartidningen*, 100(6), 64-64. Lokalisert på http://www.tandlakartidningen.se/media/397450/hansson_6_2008.pdf (2 sider)

* Hellqvist, L. (2012). *Smoking, Snuffing and Oral Health with Special Reference to Dental Caries* (doktorgradsavhandling). Lokalisert på

https://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/29714/2/gupea_2077_29714_2.pdf (50 sider)

Helsedirektoratet. (2000). *Tenner for livet – helsefremmende og forebyggende arbeid*. (IS-2659/2000). Lokalisert på <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/tenner-for-livet-helsefremmende-og-forebyggende-arbeid/Publikasjoner/tenner-for-livet-helsefremmende-og-forebyggende-arbeid.pdf>

* Helsedirektoratet. (2009a). *Hva er snus?* (IS-1367). Lokalisert på

<http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/hva-er-snus/Publikasjoner/hva-er-snus.pdf> (2 sider)

* Helsedirektoratet. (2009b). *Å snakke om endring: Kommunikasjonsverktøy for helsepersonell som jobber med røykeslutt*. (IS-1400). Lokalisert på

<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/a-snakke-om-endring-kommunikasjonsverktoy-for-helsepersonell-som-jobber-med-roykeslutt/Publikasjoner/a-snakke-om-endring-kommunikasjonsverktoy-for-helsepersonell-som-jobber-med-roykeslutt.pdf> (25 sider)

* Helsedirektoratet. (2011). *Nikotinavhengighet ved sigaretter og snus*. Lokalisert på

<http://helsedirektoratet.no/folkehelse/tobakk/snus/avhengighet/Sider/default.aspx> (1 side)

* Helsedirektoratet. (2012). *Helsedirektoratets plan for et systematisk og kunnskapsbasert tilbud om røyke- og snusavvenning*. (IS-2006). Lokalisert på

<http://www.helsedirektoratet.no/folkehelse/tobakk/snus-og-roykeslutt/Documents/Helsedirektoratets-plan-systematisk-kunnskapsbasert-tilbud-royke-og-snusavvenning.pdf> (10 sider)

* Helsedirektoratet. (2013b). *Nitten prosent bruker snus daglig blant unge*. Lokalisert på

<http://www.helsedirektoratet.no/folkehelse/tobakk/tall-og-undersokelser/snus/Sider/unge-snuser.aspx> (1 side)

* Helsedirektoratet. (2013c). *Reduksjon i ikke-smittsomme sykdommer*. (Rapport). Lokalisert på <http://www.helsedirektoratet.no/folkehelse/Documents/Reduksjon%20i%20ikke-smittsomme%20sykdommer%20-%20rapport.pdf> (1 side)

* Helsenorge. (2012a). *Røyk, snus og munnhule*. Lokalisert på <http://helsenorge.no/Helseogsunnhet/Sider/Tobakk-og-tannhelse/Snus.aspx> (1 side)

* Helsenorge. (2012b). *Slutte å røyke?- gode tips for røykeslutt*. Lokalisert på <http://helsenorge.no/Helseogsunnhet/Sider/Slutte-a-royke-eller-snuse/Sluttemetoder.aspx> (1 side)

* Helsenorge. (2012c). *Snus- om snusing og snuslutt*. Lokalisert på <http://helsenorge.no/Helseogsunnhet/Sider/Snus/Hva-er-snus.aspx> (1 side)

* Helse- og omsorgsdepartementet. (2012). *Endringer i tobakksskadeloven*. (Prop. 55 L, 2012-2013). Lokalisert på <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/prop/2012-2013/prop-55-l-20122013/1.html?id=710142> (1 side)

* Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *En framtid uten tobakk. Nasjonal strategi for arbeidet mot tobakkskader 2013-2016*. Lokalisert på http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Dokumenter%20FHA/enfremtidulentobakk_nasjonal_strategi.pdf (3 sider)

* Ivarsson, B. H. (Red.), Hjalmarsen, A. & Pantzar, M. (2012). *Stödja patienter att sluta röka och snusa*. Lund: Studentlitteratur AB. (73 sider)

Ivarsson, B. H. & Sjögren, K. (2010). *MI: Motiverande samtal: Praktisk handbok för tandvården*. Stockholm: Gothia Förlag.

* Kierkegaard, S. (s.a.). *Fonden Søren Kierkegaard Forskningscenteret*. Lokalisert på <http://www.sk.ku.dk/citater.asp> (1 side)

* Lai, D. T. C., Cahill, K., Qin, Y & Tang, J. L. (2010). Motivational interviewing for smoking cessation. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. Lokalisert på <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006936.pub2/pdf> (28 sider)

* Lund, M., Lund, K. E. & Rise, J. (2003). Snakker tannleger og tannpleiere med sine pasienter om snusbruk? *Den norske Tannlegeforenings Tidende*, 113(17), 900-907. Lokalisert på http://www.tannlegetidende.no/index.php?seks_id=82842 (7 sider)

* Macdonald, L. S. (2007). Snus markerer identitet. *Rus og samfunn*, s. 38-39. Lokalisert på http://www.idunn.no/file/ci/3436918/rusos_2007_03_pdf.pdf (2 sider)

* Nylenna, M. (2009). *Medisinsk ordbok* (7. utg.). Oslo: Kunnskapsforlaget. (1 side)

* Onico. (s.a.). *ONICO FAQ*. Lokalisert på <http://onico.nu/onico-faq/> (1 side)

Risnes, S. (1995). *Oral biologi*. Oslo.

* Roosaar, A., Johansson, L. V., Sandborg-Englund, G., Nyrén, O. & Axéll, T. (2006). A long-term follow-up study on the natural course of snus-induced lesions among Swedish snus. *International Journal of Cancer*, 119(2), 392-397. Lokalisert på <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijc.21841/pdf> (6 sider)

* Sanner, T. & Dybing, E. (s.a.). *Snus og helseskader*. Lokalisert på <http://www.tobakksfritt.no/dokumenter/snus.pdf> (3 sider)

Solheim, T. & Sølund, T. (2010). *Oral patologi for tannpleiere* (4. utg.). Oslo: Universitetet i Oslo.

* Statistisk Sentralbyrå. (2012). *Stadig flere røyker, men flere bruker snus*. Lokalisert på <http://www.ssb.no/vis/emner/03/01/royk/main.html> (1 side)

* Swedish Match. (2008). *Mun*. Lokalisert på <http://www.swedishmatch.com/sv/Snus-och-halsa/Forskning-kring-snus/Muneffekter/> (1 side)

Tannhelsetjenesteloven, LOV-1983-06-03-54. § 1-2. (2011). Lokalisert på
http://www.lovdatab.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19830603-054.html&emne=TANNHELSETJENESTELOV*&

* Tobakksskadeloven, LOV-1973-03-09-14. § 4 & 9. (2011). Lokalisert på
http://www.lovdatab.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19730309-014.html&emne=tobakk*& (1 side)

Tveiten, S. (2008). *Den vet best hvor skoen trykker... : Om veiledning i empowermentprosessen*. Bergen: Fagbokforlaget.

* Utenriksdepartementet. (2012). *Utenfor og innenfor: Norges avtaler med EU*. (Norges offentlige utredninger [NOU] 2012:2). Lokalisert på
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/ud/dok/nou-er/2012/nou-2012-2/18/7.html?id=669672>
(1 side)

* Wiium N. & Aarø, L. (2011). Outcome expectations and use of smokeless tobacco (snus): A cross-sectional study among young Norwegian snus users. *Scandinavian Journal of Psychology*, 52(1), 64-70. Lokalisert på
<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=26b978e6-93f4-4414-88c2-ec6cf00984d3%40sessionmgr10&vid=4&hid=25> (6 sider)

* World Health Organization. [WHO]. (2008). *The Scientific Basis of Tobacco Product Regulation*. (WHO technical report series 951). Lokalisert på
http://www.who.int/tobacco/global_interaction/tobreg/publications/9789241209519.pdf
(2 sider)

* Åstrøm, A. N., Bui, L., Læknes, H., Johannessen, A. C. & Gjerdet, N. R. (2007). Snusbruk og holdninger til snus. *Den norske Tannlegeforenings Tidende*, 117(3), 146-152. Lokalisert på
<http://www.tannlegetidende.no/dnttpdf2007/P07-03-146-52.pdf> (7 sider)

Antall sider selvvalgt litteratur: 407