



Högskolan Kristianstad  
Institutionen för hälsovetenskaper  
Tandhygienistprogrammet 120 poäng  
TH8171 C-uppsats i Oral hälsa  
Nivå 41-60 poäng, 10 poäng

## **Kunskaper om, och erfarenheter av munhålecancer hos tandhygienister i Sydöstra Sverige**

- en enkätstudie

Datum för examination 2007 05 28

Författare: Marielle Lundh  
Nikolina Persson

Handledare: Pia Andersson  
Examinator: Stefan Renvert

# **Kunskaper om, och erfarenheter av munhålecancer hos tandhygienister i sydöstra Sverige**

## **- en enkätstudie**

Författare: Marielle Lundh, Nikolina Persson  
Handledare: Pia Andersson  
Empirisk studie

2007 05 28

### **Sammanfattning**

År 2004 diagnostiserades i Sverige närmare 1000 nya fall av munhålecancer. En tidig upptäckt ökar chanserna för överlevnad väsentligt. Tandvården har en viktig roll i att upptäcka cancer i munhålan. Eftersom tandhygienister troligtvis i allt högre grad kommer att ansvara för undersökningar framöver, är kunskaper om munhålecancer viktigt hos denna yrkesgrupp.

Syftet med denna enkätstudie var att undersöka kunskaperna om munhålecancer bland tandhygienister i Blekinge, Kalmar och Kronobergs län, samt tandhygienisternas erfarenheter av att upptäcka munhålecancer.

Enkäter skickades ut till 137 tandhygienister i Sydöstra Sverige, varav 80 besvarade den. Enkäten bestod av 22 frågor som rörde deras kunskaper gällande bland annat riskfaktorer, symptom, lokalisationer samt om utbildning rörande munhålecancer. Data bearbetades i SPSS (Statistical Package of Social Sciences) och redovisas i deskriptiv statistik.

Resultatet visade att tandhygienisterna hade goda kunskaper om symptom och lokalisering av munhålecancer samt om biverkningar till följd av behandling. Däremot var kunskaperna generellt dåliga när det gällde vilka riskfaktorer som kan bidra till utveckling av munhålecancer. Av respondenterna hade 49 % hittat eller misstänkt munhålecancer. I stort sett alla tillfrågade tandhygienister önskade mer utbildning i ämnet, både teoretiskt och kliniskt.

Då tandhygienistens roll håller på att förändras krävs mer utbildning inom området.

Nyckelord: munhålecancer, tandhygienisters kunskap, riskfaktorer, symptom, lokalisering

# **South eastern Sweden's dental hygienists knowledge about and experiences of oral cancer**

## **- A questionnaire**

Author: Marielle Lundh, Nikolina Persson  
Supervisor: Pia Andersson  
Empirical study

2007 05 28

### **Abstract**

Year 2004 nearly 1000 new cases of oral cancer were diagnosed in Sweden. An early discovery increases the chances for survival remarkably. The dental profession has an important role in detecting oral cancer. Considering that dental hygienists probably will have a greater responsibility in the future when it comes to examinations, knowledge of oral cancer will be important for this profession.

The aim of this study was to examine the dental hygienists knowledge of Oral Cancer in the county of Blekinge, Kalmar and Kronoberg, as well as their experiences in detecting oral cancer.

Questionnaires were sent out to 137 dental hygienists in South-eastern Sweden, out of which 80 responded. The questionnaire consisted of 22 questions concerning their knowledge in regards to for example riskfactors, symptoms, localisations as well as questions about education in oral cancer. Data was processed in SPSS (Statistical Package of Social Sciences), and is shown in descriptive statistic.

The result showed that the dental hygienists had good knowledge in regards to symptoms and localisation of oral cancer as well as the side effects of the treatment. However their knowledge about riskfactors that may lead to oral cancer were generally bad. Of the respondents 49 % had detected or suspected oral cancer. Almost all of the dental hygienists who were asked would like more education on the subject, both theoretical and clinical.

This study indicates that the dentalhygienist role is changing, and therefore more education is needed on this subject.

Keyword: oral cancer, dental hygienists knowledge, riskfactors, symptoms, localisations

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>1. INTRODUKTION</b> .....	s. 5
<b>1.1 Överlevnadsstatistik</b> .....	s. 5
<b>1.2 Riskfaktorer</b> .....	s. 5
<b>1.3 Symptom</b> .....	s. 6
<b>1.4 Behandling och dess biverkningar</b> .....	s. 7
<b>1.5 Tandvårdens roll</b> .....	s. 7
<b>1.6 Tandhygienisters kunskaper gällande munhålecancers riskfaktorer</b> .....	s. 8
<b>1.7 Tandhygienisters kliniska kunskaper</b> .....	s. 9
<b>2. SYFTE</b> .....	s. 9
<b>3. MATERIAL OCH METOD</b> .....	s. 9
<b>3.1 Etiska aspekter</b> .....	s. 10
<b>4. RESULTAT</b> .....	s. 10
<b>4.1 Statistik över bakgrundsfrågor</b> .....	s. 10
<b>4.2 Tandhygienisternas kunskaper</b> .....	s. 11
<b>4.3 Tandhygienisternas erfarenheter</b> .....	s. 13
<b>4.4 Konsultation</b> .....	s. 13
<b>4.5 Anamnesupptagning</b> .....	s. 14
<b>4.6 Tandhygienisterna värderar sina kunskaper</b> .....	s. 14
<b>4.7 Utbildning</b> .....	s. 15
<b>5. DISKUSSION</b> .....	s. 15
<b>5.1 Metoddiskussion</b> .....	s. 15
<b>5.2 Resultatdiskussion</b> .....	s. 16
<b>5.3 Slutsats</b> .....	s. 19
<b>6. REFERENSER</b> .....	s. 20
<b>Bilaga 1 - Följebrev</b>	
<b>Bilaga 2 - Påminnelse</b>	
<b>Bilaga 3 - Frågeformulär</b>	
<b>Bilaga 4 - Kommentarer från respondenter</b>	

## **1. INTRODUKTION**

Cancer är en sjukdom som ökar i hela världen, och så även munhålecancer (Cancerfonden 2006). Cancerfonden (2006) uppger att munhålecancer är en av de tio vanligaste cancerformerna i världen. Enligt cancerfondens amerikanska motsvarighet, National Cancer Institutes Surveillance, diagnostiserades ca 350 000-400 000 nya fall av munhålecancer i hela världen år 2004. Motsvarande siffra i Sverige är närmare 1000 nya fall årligen, där cancer hittas i munhåla, svalg, näsa, bihålor och larynx. Knappt hälften av dessa finns i själva munhålan. Av dessa är cancer i tungan vanligast, följt av svalget, underläppen och munbotten (Anniko 2006, Cancerfonden 2006).

I många länder ökar antalet fall med munhålecancer, medan det i Sverige håller sig på en stabil nivå, ca 1 % (Rosenquist 2005). I Norden är sjukdomen vanligast i östra delarna av Finland. Globalt är sjukdomen väl spridd, och i utvecklingsländer i Asien, till exempel i Indien är cancer i munhåla och svalg den vanligaste av alla cancerformer. I Australien är däremot munhålecancer vanligast i läpparna (Cancerfonden 2006). Squamos-cell carcinoma (skivepitelcancer), är en av de vanligaste formerna av muncancer, och orsakar 90 % av alla cancerfall i munnen (Nicotera et al. 2004, Oral cancer foundation 2006). Bland de drabbade är flertalet över 65 år (Salisbury 1997).

### **1.1. Överlevnadsstatistik**

Dödligheten vid munhålecancer är vanligare än vid livmodercancer, testikelcancer, levercancer, hjärntumörer och hudcancer. I USA dör en person per timme dygnet runt, till följd av munhålecancer (Oral cancer foundation 2006). Hälften av patienterna med munhålecancer dör inom fem år. Detta är ofta orsakat av att upptäckten sker för sent. Inga större förändringar har setts i överlevnadsantal under de senaste 10 åren (Oral cancer foundation 2006).

### **1.2. Riskfaktorer**

Många studier har undersökt samband mellan olika riskfaktorer och munhålecancer. Några av de riskfaktorer som har undersökts är munhygien, tandstatus, munslemhinneförändringar, kostvanor, rökning, alkoholkonsumtion och orala sexualvanor. Dessutom har samband mellan ålder, kön och munhålecancer undersökts. Ur ett genusperspektiv har det rapporterats att munhålecancer är vanligare hos äldre män (Forrest et al. 2001, Syme et al. 2001, Nicotera et al. 2004, Rosenquist 2005).

Rökning och alkoholkonsumtion är de största faktorerna för att utveckla munhålecancer. Hos män som har rökt länge ökar risken för att utveckla munhålecancer med sju gånger, medan det hos kvinnor ökar med tolv gånger (Salisbury 1997). Dåliga matvanor är ytterligare en faktor som kan påverka risken att drabbas av munhålecancer, då ett lågt intag av frukt och grönt innebär ett försämrat värde av A-vitamin och betakaroten (Forrest et al. 2001, Holmes et al. 2001, Rosenquist 2005). När det gäller munslemhinneförändringar har man sett att röda förändringar i slemhinnan är ovanliga, men att de innebär en hög risk för att utveckla en malign förändring (Forrest et al. 2001).

Enligt studien gjord av Syme et al. (2001), är dålig munhygien och dåligt sittande proteser inte riskfaktorer, medan Rosenquist (2005) menar att så är fallet. Studier har påvisat att Humant Papilloma Virus (HPV), som orsakar livmodercancer, även kan ses i munnen. Detta har kopplats till en livsstil som innebär flera sexuella partners, där oralsex ingår som en naturlig del (Forrest et al. 2001, Rosenquist 2005, Cancerfonden 2006). Att utsättas för starkt solljus alltför ofta är huvudfaktorn när det gäller att utveckla läppcancer (Forrest et al. 2001, Syme et al. 2001, Cancerfonden 2006). Risken för att drabbas av en andra tumör är hög när det gäller munhålecancer. Patienter som överlever ett första insjuknande har upp till 20 gånger högre risk att drabbas av en andra cancer (Forrest et al. 2001, Oral cancer foundation 2006). Detta tyder på att det är viktigt att upptäcka munhålecancer i tidigt stadium (Holmes et al. 2003).

### **1.3. Symptom**

Tecken på sjukdom varierar beroende på tumörform, men börjar oftast med en röd fläck eller ett sår som inte läker. I vissa fall kan den även orsaka smärta. Andra symptom, som till exempel irriterad slemhinna drabbar oftast de patienter som har en mindre tumör, medan större tumörer ofta ger tuggsvårigheter, svårigheter att svälja eller att röra tungan (Fagerberg-Mohlin et al. 2000, Langius Eklöf et al. 2001, Nicotera et al. 2004). Symptomen kan också vara något mer diffusa, som till exempel en obehagskänsla i halsen (Fagerberg-Mohlin et al. 2000). Eftersom allmänheten ofta inte har kunskap om munhålecancers tecken och symptom, söker de sig sällan till vården förrän sjukdomsförloppet har progredierat till ett sent skede (Salisbury 1997).

#### **1.4. Behandling och dess biverkningar**

De vanligaste behandlingsmetoderna när det gäller munhålecancer är kirurgi och strålning. Cytostatika kan även användas, och då oftast i kombination med strålning (Salisbury 1997, Öhrn et al. 2001). Vid strålbehandling av cancer hämmas celledningen. Detta gör i sin tur att slemhinnan blir tunnare och inflammerad, vilket oftast leder till mucositis. I en studie utförd av Öhrn et al. (2001), fick patienter med munhålecancer fylla i ett formulär med 10 olika symptom på biverkningar före, under och efter behandling. Det visade sig att alla drabbades av mucositis i någon form, men att det fanns skillnader i graden av besvär beroende på strålningsdosen. Om strålningen kombinerades med cytostatika upplevde patienten svårare mucositis och hade också sämre smakupplevelse än vid enbart strålning. Andra biverkningar är muntorrhet, problem med sväljning och tuggning, smärta i munhåla och svalg, samt svårighet att tala. Genom minskad salivsekretion finns det stor risk att utveckla infektioner i munslemhinnor samt karies. Smaklöskarna påverkas också så att maten smakar mindre. Dessa problem är stressande för patienten, och kan leda till att denna blir deprimerad och apatisk. Även samarbetssvårigheter med sjuk- och tandvårdspersonal kan uppstå. Smärta och talproblem kan leda till sociala problem och isolering (Salisbury 1997, Fagerberg-Mohlin et al. 2000, Öhrn et al. 2001). Öhrn et al. (2001) visade att biverkningarna som registrerades förvärrades under behandlingstiden. De besvär som upplevdes värst var den nedsatta smakupplevelsen, men även sväljsvårighet rankades högt. En månad efter avslutad behandling hade de flesta biverkningarna avklingat med undantag av muntorrhet, spruckna läppar och salivens viskositet.

#### **1.5. Tandvårdens roll**

Tandvården har en viktig roll i upptäckten av munhålecancer (Holmes et al. 2003). För att förebygga, och därmed minska dödsfallen till följd av munhålecancer är rök- och alkoholavvänjning det första steget (Cruz et al. 2005). Även information om ett ökat intag av frukt och grönsaker är viktigt då studier visar att vitamin A och betakaroten kan ha en förebyggande effekt (Forrest et al. 2001, Holmes et al. 2001).

En noggrann undersökning av munhåla, huvud- och halsområdet är en nödvändighet för att upptäcka cancer i ett tidigt stadium (Cruz et al. 2005). Utifrån de symptom som kan finnas och vid eventuell misstanke om sjukdom, ska det misstänkta området palperas och inspektion

ske för att notera avvikelser gentemot frisk vävnad. Biopsi och mikroskopisk undersökning av cellerna för att säkerställa diagnosen är nödvändigt (Nicotera et al. 2004).

Tandvårdens roll är stor även i arbetet efter diagnostisering och behandling, då denna ofta ger stora problem i munhålan. Det är en nödvändighet för patienter som ska genomgå strålning att den orala hälsan är så optimal som möjligt före behandlingen. Extraktioner, preprotetisk och parodontal kirurgi samt andra åtgärder bör göras senast två veckor före behandlingsstart (Salisbury 1997).

Biverkningarna efter strålbehandlingen kan bli många och svåra under och efter behandlingen. Salivkörtlarna kan exempelvis slås ut helt eller delvis av strålningen och kan innebära muntorrhet som är irreversibel. Dessa patienter behöver ständiga kontroll- och stöd behandlingar och måste motiveras till att hålla en god munhygien och komma på regelbundna besök hos tandvården för profylaktiska åtgärder (Salisbury 1997). Komplikationerna varierar hos olika individer, och individuella åtgärder och behandlingar är därför nödvändiga. Detta gäller exempelvis vid fluorprofylax, salivstimulerande och/eller saliversättande medel (Salisbury 1997, Fagerberg-Mohlin et al. 2000, Öhrn et al. 2001). En god munhälsa påverkar tillfrisknandet i hög grad genom att nutritionen kan tillgodoses och att välbefinnandet ökar (Öhrn et al. 2001, Larsson 2006).

En annan viktig aspekt är att tandvårdspersonalen måste förstå att dessa patienter går igenom olika stadier av till exempel förnekelse, aggression och psykiska påfrestningar. Med tålmod och empati från tandvårdspersonalen så svarar patienten bra på behandlingen och uppskattar det som görs för dem (Salisbury 1997).

### **1.6. Tandhygienisters kunskaper gällande munhålecancers riskfaktorer**

Syme et al. (2001), Forrest et al. (2001) och Nicotera et al. (2004) har undersökt amerikanska och italienska tandhygienisters kunskaper om faktorer som kan ge en ökad risk för att utveckla munhålecancer. De undersökte också vilka åtgärder som utfördes, till exempel regelbundna undersökningar av cancer i munhålan, rökavvänjning och rådgivning vid hög alkoholkonsumtion. Resultaten visade att tandhygienisternas kunskaper om rökningens samband med munhålecancer var goda. Det fanns emellertid skillnader i kunskap hos tandhygienisterna i de olika länderna. Amerikanska tandhygienister hade större kunskaper än italienska i att kunna identifiera alkohol och hög ålder som faktorer för att få munhålecancer



(Forrest et al. 2001, Syme et al. 2001, Nicotera et al. 2004). Trots tandhygienisternas relativt goda kunskaper om vilka faktorer som kan orsaka munhålecancer visade Syme et al. (2001) att det var många som uppgav exempelvis patientens familjehistoria eller dåliga munhygien att vara riskfaktorer. I Italien har äldre tandhygienister, med mer erfarenhet, mest kunskaper enligt Nicotera et al. (2004), medan det enligt Forrest et al. (2001) är de nyutexaminerade i USA som har den största kunskapen gällande riskfaktorer och symptom. Inga motsvarande studier om tandhygienisters kunskaper i Sverige gällande munhålecancer har påträffats vid litteratursökning.

### **1.7. Tandhygienisters kliniska kunskaper**

Syme et al. (2001) redovisade även att de flesta tandhygienisterna utförde regelbundna undersökningar av cancer i munnen, medan Forrest et al. (2001) fann att lymfkörtlarna undersöktes mer sällan. Tandhygienisterna frågade ofta om rökvanor, men hade sedan inget handlingsprogram för att hjälpa de patienter som ville sluta. Färre frågade patienterna om alkoholvanor, och även här fanns ingen hjälp att få för patienterna (Cruz et al. 2005). Ett bra omhändertagande från tandvårdspersonal är en nödvändighet för denna grupp av patienter (Holmes et al. 2003).

Då tandhygienister troligen kommer att ansvara för en stor del av undersökningar inom tandvården framöver (SOU 2006), innebär det att denna yrkesgrupp träffar många patienter med risk för att utveckla munhålecancer. Det är därför viktigt för yrkesgruppen att ha goda kunskaper för att kunna upptäcka och stödja patienter som drabbats av munhålecancer.

## **2. SYFTE**

Syftet med denna enkätstudie var att undersöka kunskaperna om munhålecancer bland tandhygienister i Blekinge, Kalmar och Kronobergs län, samt tandhygienisternas erfarenheter av att upptäcka munhålecancer.

## **3. MATERIAL OCH METOD**

Studien är en kvantitativ deskriptiv totalundersökning. Underlaget för studien baserades på svar från enkäter som skickades ut till samtliga yrkesverksamma tandhygienister i Blekinge, Kronoberg och Kalmar län. Inom dessa områden fanns 143 yrkesverksamma tandhygienister som skulle ingå i enkätstudien. I september 2006 kontaktades tandhygienistföreningen gällande namn och adresser till berörda tandhygienister. Adressetiketter, 143 stycken,

skickades sedan ut från tandhygienistföreningen STHF i Stockholm. En exkluderades omgående, eftersom denna hemadress fanns i Saudiarabien. Efter utskicket exkluderades ytterligare en då adressaten inte fanns att nå på given adress. Även fyra av de tillfrågade tandhygienisterna exkluderades då de var vänliga nog att informera oss om att de ej längre var yrkesverksamma och ansåg sig därför inte kunna delta i studien. Det totala antalet blev därmed 137 stycken yrkesverksamma tandhygienister inom det geografiska området.

Före studiens start genomfördes en pilotstudie, där en enkät med frågor liknande de som tidigare utformats efter studier gjorda av Forrest et al. (2001) och Syme et al. (2001). Denna bestod av 22 frågor som besvarades av 8 legitimerade tandhygienister, utomstående från studien och yrkesverksamma i Skåne län. Efter korrigering av enkätens innehåll skickades den ut per post till de berörda tandhygienisterna. I enkätutskicket medföljde ett frankerat svarskuvert tillsammans med ett följebrev (Bilaga 1) som förklarade syftet med studien. Respondenterna hade en vecka på sig att besvara enkäten (Bilaga 3). Svarsfrekvensen efter första utskicket var 44 %, varpå en påminnelse skickades ut (Bilaga 2). Efter andra utskicket hade vi fått en svarsfrekvens på 58 %, vilket motsvarar 80 besvarade enkäter av 137. Data har bearbetats i SPSS 12.0 (Statistical Package of Social Sciences) och har redovisats i deskriptiv statistik.

### **3.1. Etiska aspekter**

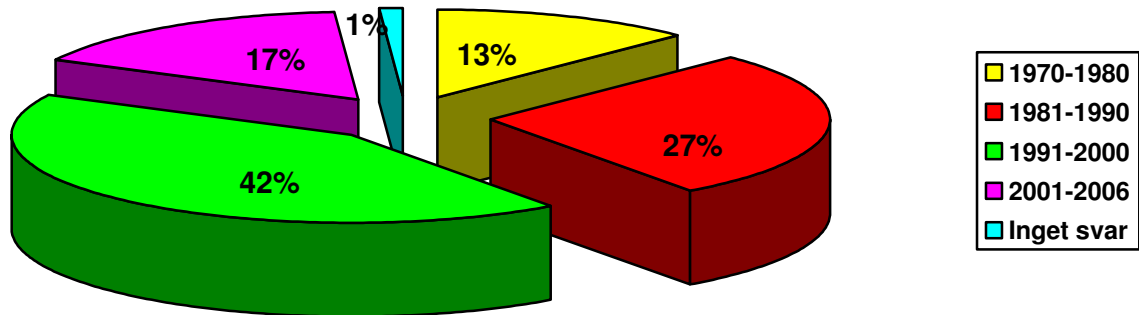
Etiskt tillstånd söktes vid Etiska rådet vid institutionen för hälsovetenskaper, Högskolan Kristianstad i januari 2007. I följebrevet som medföljde enkäten informerades deltagarna om undersökningen och dess innebörd, samt att det var frivilligt att delta. Svaren på enkäterna behandlades konfidentiellt, vilket innebär att respondentens identitet kan vara känd för den som tar hand om enkätresultaten, men att identiteten aldrig röjs eller missbrukas (Ejlertsson 2005). En person utomstående för studien ansvarade för en kodlista, och avlägsnade den kod som härledde till ett namn. Enkäterna hölls inlåsta under arbetets gång, för att förstöras då uppsatsen blivit godkänd.

## **4. RESULTAT.**

### **4.1 Statistik över bakgrundsfrågor**

Av respondenterna var flertalet (58 %) i åldern 35-54 år. Antal år i arbetet var jämt fördelat i grupperna, 36 % hade arbetat i 0-10 år, 34 % i 11-20 år och 30 % i 20 år och därutöver.

Då det gällde fördelningen över respondenternas examinationsår var det de tandhygienister som fick sin legitimation under 1990-talet som stod för den högsta svarsfrekvensen (Figur 1). Svarsfrekvensen för de respondenter som hade examinerats år 1996 var högst av samtliga år (15 %).



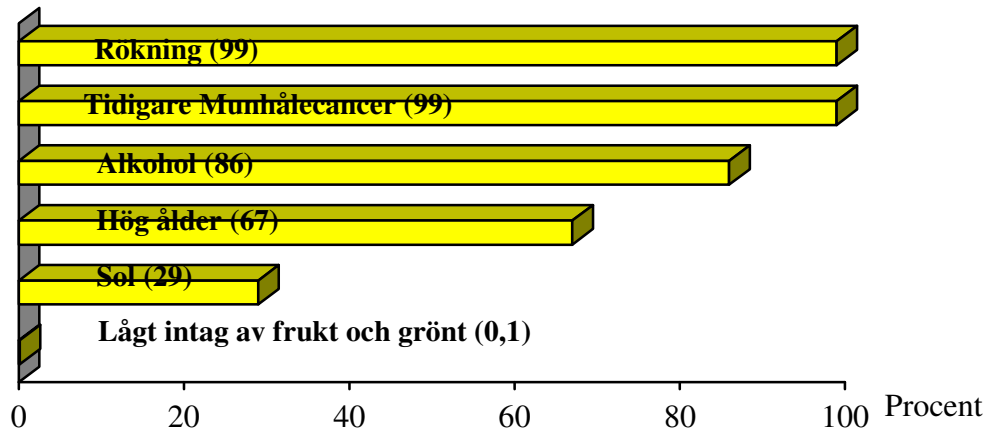
Figur 1. Fördelningen över tandhygienisternas examinationsår (n= 80).

#### 4.2 Tandhygienisternas kunskaper

Respondenternas kunskaper (n= 76) gällande vanliga tecken som kan finnas vid munhålecancer var relativt goda. De tecken som angavs mest frekvent var sår (63 %) samt röda/vita förändringar (43 %). Svullnad uppgavs också relativt ofta (30 %). Korrekta svar på kunskapsfrågorna kan utläsas från enkäten (Bilaga 2).

När det gällde frågan om att kunna tala om de två vanligaste lokaliseringarna för munhålecancer hade respondenterna (n= 76) relativt goda kunskaper. De lokaliseringar som oftast nämndes var tungan (80 %), munbotten (39 %), och läppar (24 %). Kinder (25 %) och gom (20 %) nämndes också frekvent.

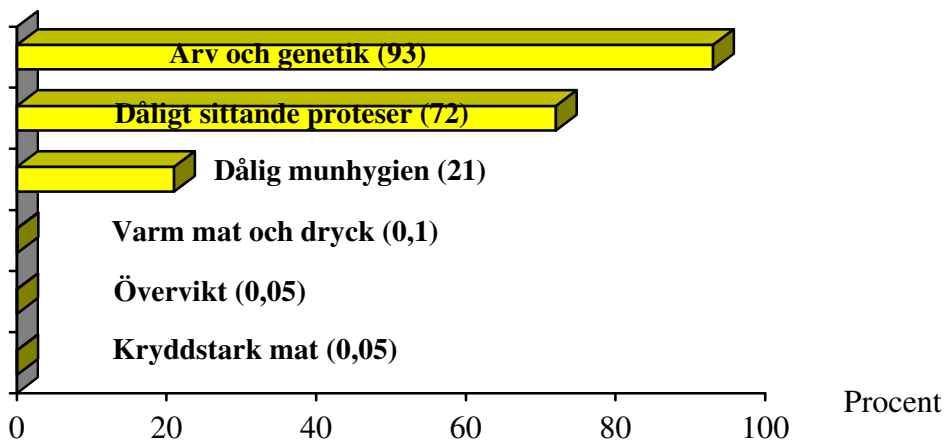
En stor andel av respondenterna uppgav att rökning och tidigare munhålecancer var riskfaktorer för att utveckla munhålecancer. Figur 2 visar procentuellt hur många respondenter som visste vilka som var riskfaktorer.



Figur 2. Tandhygienisternas kunskaper om vilka riskfaktorer som finns för att utveckla munhålecancer.

Bortfall på frågan om de olika riskfaktorerna var: Lågt intag av frukt/grönt 25 %, sol 22 %, hög ålder 17 %, alkohol 10 % och tidigare munhålecancer 4 %.

En stor andel uppgav att arv och genetik var riskfaktorer till att utveckla munhålecancer. Figur 3 visar på de icke riskfaktorer som respondenterna hade uppgett som orsak till att utveckla munhålecancer.



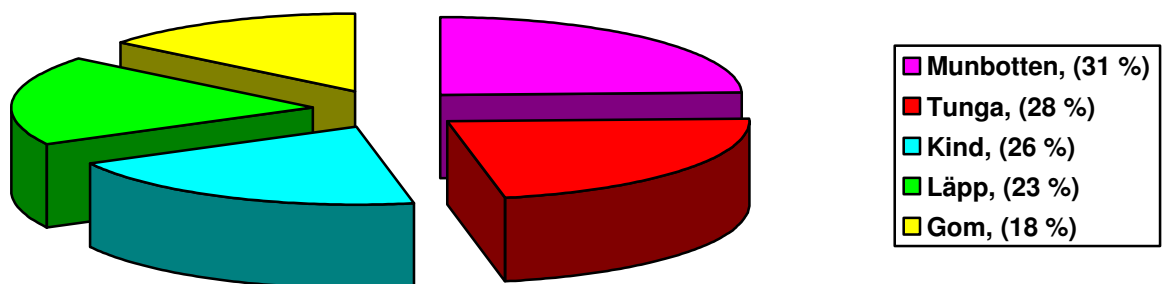
Figur 3. Icke riskfaktorer som uppgavs av tandhygienisterna som riskfaktorer till att utveckla munhålecancer.

Bortfall på frågan om icke riskfaktorer var: Kryddstark mat 26 %, varm mat/dryck 25 %, övervikt 25 %, dålig munhygien 17 %, dåligt sittande proteser 16 %, samt arv och genetik 12 %.

När det gällde frågan om vilka olika komplikationer som kan uppstå till följd av sjukdom och dess behandling var respondenternas kunskaper förhållandevis goda (n= 80). De vanligaste komplikationerna som nämndes var muntorrhet (69 %), smärta (31 %) och karies (30 %). Övriga var exempelvis muskelpåverkan, mucositis, svamp och parodontit (0,1 %).

### 4.3 Tandhygienisternas erfarenheter

Fyrtionio procent hade hittat eller misstänkt munhålecancer på någon eller några patienter. I figur 4 framgår de fem vanligaste lokalisationerna där man hittat eller misstänkt munhålecancer.



Figur 4. De fem vanligaste lokalisationerna där tandhygienisterna hade funnit eller misstänkt munhålecancer (n= 79).

Övriga lokalisationer där respondenterna hade hittat/misstänkt cancer var vid sinusknutan, papill, crista, alveolarutskott och tonsiller. Varje av dessa fem lokalisationer hade uppgetts av en respondent, dock inte samma person.

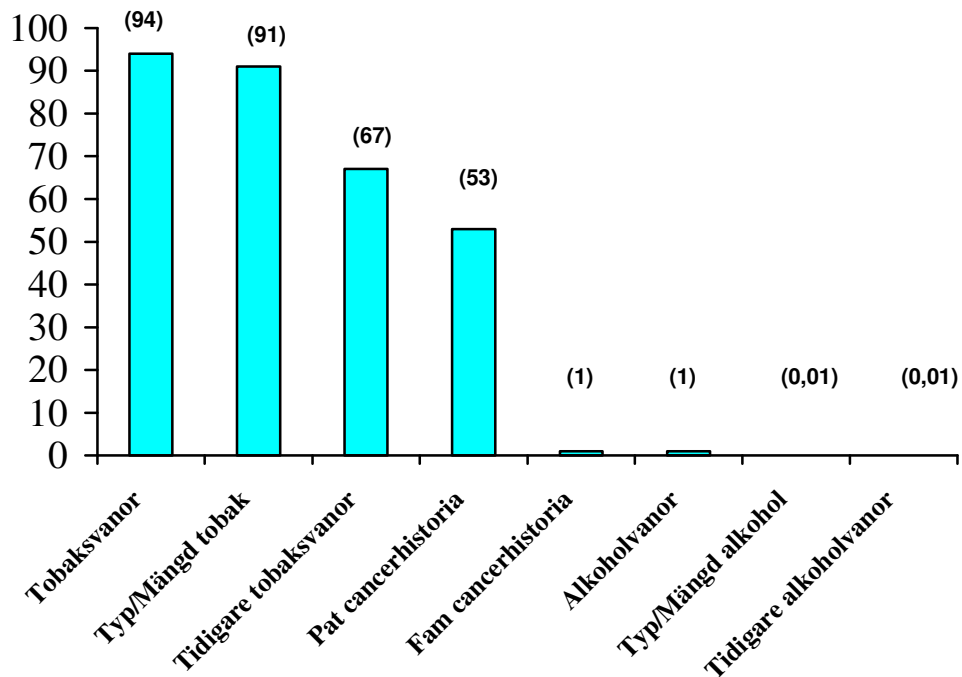
### 4.4 Konsultation

Av respondenterna konsulterar 50 % alltid tandläkare då förändringar i munslemhinnan upptäcks, medan 25 % konsulterar ofta, och 25 % gör det ibland. Då respondenterna

misstänkte munhålecancer konsulteras tandläkare och/eller remiss skickas till specialist. Några respondenter uppgav även att foto tas och att en ny anamnes görs.

#### 4.5 Anamnesupptagning

Mer än 90 % av tandhygienisterna frågar patienterna om deras tobaksvanor regelbundet vid undersökning (Figur 5).



Figur 5. Faktorer som tandhygienisterna frågar patienterna om vid undersökning (n= 79).

#### 4.6 Tandhygienisterna värderar sina kunskaper

När respondenterna fick gradera sina egna kunskaper om munhålecancer på en VAS- skala mellan ett och tio, graderade 48 av 80 respondenter sin kunskap under medelvärde. Medelvärdet var 4,8 (range 0,5-9,0). Graderingen av tandhygienisternas egna kunskaper när det gällde klinisk undersökning av munhålecancer hade medelvärde, 5,4 (range 0,3 - 9,8).

## **4.7 Utbildning**

På frågan om den teoretiska utbildningen de hade fått i utbildningen om munhålecancer var tillräcklig var medelvärdet 4,0 (range 0,3 - 9,1) på en VAS skala. Alla respondenter, utom en, ansåg att ytterligare teoretisk utbildning behövs för tandhygienister, oavsett om det är under grundutbildning eller i fristående kurser.

Tjugosex procent av respondenterna hade inte fått någon klinisk utbildning om munhålecancer. De respondenter som hade fått klinisk utbildning hade erhållit sina kunskaper genom fristående kurser (61 %), och i sin grundutbildning (41 %). Resterande hade antingen arbetat inom området eller auskulterat (0,1 %). Tolv respondenter hade lämnat frågan obesvarad.

## **5. DISKUSSION**

### **5.1. Metoddiskussion**

Trots att ordförandena för tandhygienistföreningen vid respektive län kontaktades och ombads informera sina medlemmar om vår studie och vikten av att delta, blev svarsfrekvensen endast 58 %. En högre frekvens hade varit önskvärd. Kanske skulle vi själva ha åkt ut och presenterat arbetet på deras föreningsmöte, så att de kunde härleda till oss som personer. Ejlertsson (2005) menar också att det ultimata vid enkätstudier är att skicka ut två påminnelser för att öka svarsfrekvensen. På grund av tidspress var detta inte möjligt i denna studie. Den låga svarsfrekvensen kan eventuellt bero på att de tillfrågade kände sig osäkra och inte ville visa sin okunskap inom området. Det kan också bero på att den utvalda gruppen inte tyckte att dessa problem berör dem själva, eller också att de inte har haft några patienter med munhålecancer. När tandhygienisten ser en avvikelse på munslemhinnan hos en patient lämnas det över till tandläkaren för diagnostisering, eftersom detta inte får göras av tandhygienister (Socialstyrelsen 2005). Detta kan också vara en orsak till osäkerhet och bristande svarsfrekvens.

Tandhygienisternas kunskaper var relativt goda inom ett flertal områden. En aspekt att beakta är trovärdigheten på kunskapsfrågorna, då det var lätt för respondenterna att slå upp de rätta svaren i litteraturen. Man får dock utgå ifrån att så inte är fallet, då trovärdigheten på de flesta studier med kunskapsfrågor därför kan ifrågasättas.

Trots att det i pilotstudien inte framkom kommentarer som ledde till några större ändringar i enkäten, så fanns det problem med några frågor. Detta gällde framförallt fråga 9, gällande riskfaktorer eller icke riskfaktorer (Bilaga 3). Trots att det stod med fet stil att alla faktorer skulle besvaras med ett ja eller nej, hade många endast svarat på vissa faktorer, troligen dem som de var säkra på. Ett alternativ med vet ej hade kanske minskat bortfallet? Fråga 22 rörande klinisk utbildning hade också missuppfattats av några respondenter, då det av svaren kunde utläsas att de trodde att denna fråga gällde teoretisk utbildning. Ordet klinisk skulle troligen ha skrivits med fet stil eller strukits under.

Forrest et al. (2001) och Syme et al. (2001) har rapporterat att dåligt sittande proteser och dålig munhygien inte är bidragande riskfaktorer till att utveckla munhålecancer, medan Rosenquist (2005) menar i sin studie att medelmåttig eller dålig munhygien ökar risken för munhålecancer, likväl som att defekta helproteser också är en bidragande faktor. Enkäten i vår studie är utformad utifrån Syme et al. (2001) och Forrest et al. (2001) eftersom dessa studier var de som bäst överensstämde med vårt syfte. Detta innebär därmed att dålig munhygien och dåligt sittande proteser är definierade att vara icke riskfaktorer. Eftersom det inte finns samstämmighet kring detta, kan svaren på just dessa frågor ifrågasättas. Vidare studier bör därför göras för att få en mer säker kunskap om detta.

Genom enkätsvaren kunde utläsas att tandhygienisternas kunskaper om munhålecancer tycktes ligga på samma nivå oavsett ålder och erfarenhet.

## **5.2 Resultatdiskussion**

Resultatet gällande tandhygienisters kunskaper om munhålecancer var väl överensstämmande med tidigare studier (Forrest et al. 2001, Syme et al. 2001, Holmes et al. 2003, Cruz et al. 2005). Det fanns relativt goda kunskaper om symptom, lokalisationer, vilka komplikationer som kan uppstå efter behandling, och hur man går vidare efter en upptäckt av munhålecancer. Trots detta var det 25 % av respondenterna som tillkallade tandläkare bara ibland vid förändring i munslemhinnan. Denna siffra borde inte vara så hög, då det är bättre att tillkalla tandläkare en gång för mycket, än tvärtom.

Kunskapen om munhålecancers riskfaktorer var generellt dåliga. Endast 0,1 % av respondenterna visste att ett lågt intag av frukt och grönt är en riskfaktor, vilket tyder på att mer information om detta bör spridas. Att exponering av sol även är en riskfaktor var det



endast 29 % som visste, vilket är anmärkningsvärt då mycket information ges om solens skadeverknningar. Däremot trodde 93 % att arv och genetik var en riskfaktor, vilket inte är fallet. Detta kan man dock förstå, då många andra cancerformer till exempel bröstcancer är kopplat till arv och genetik. Dessa resultat visar att mer kunskap behövs inom området hos tandhygienister.

Nedan jämförs tandhygienisters kunskaper om risk- och icke riskfaktorer (Tabell 1 och 2) från studier gjorda av Forrest et al. (2001), Syme et al. (2001) och denna studie. Procenten visar hur många tandhygienister som visste de rätta risk- och icke riskfaktorerna. Jämförelsen visar att kunskaperna hos tandhygienisterna är snarlika. Sydöstra Sveriges tandhygienister visade ett sämre resultat gällande riskfaktorerna sol samt ett lågt intag av frukt och grönt, medan de hade generellt större kunskaper gällande icke riskfaktorer.

Tabell 1. Jämförelse av tandhygienisters kunskaper om riskfaktorer i tre studier.

<b>Riskfaktorer</b>	<b>Forrest et al. (2001)</b>	<b>Syme et al. (2001)</b>	<b>Denna studie</b>
Tobak	100 %	100 %	99 %
Tidigare cancer	97 %	98 %	99 %
Alkohol	90 %	74 %	86 %
Hög ålder	69 %	64 %	67 %
Sol	56 %	56 %	29 %
Lågt intag av frukt/grönt	42 %	31 %	0,1 %

Tabell 2. Jämförelse av tandhygienisters kunskaper om icke riskfaktorer i tre studier.

<b>Icke riskfaktorer</b>	<b>Forrest et al. (2001)</b>	<b>Syme et al. (2001)</b>	<b>Denna studie</b>
Varm mat/dryck	73 %	89 %	99 %
Övervikt	72 %	71 %	100 %
Dålig munhygien	65 %	56 %	79 %
Kryddstark mat	73 %	71 %	100 %
Dåligt sittande protes	27 %	18 %	28 %
Arv/Genetik	6 %	16 %	7 %

Ett förvånande resultat i denna studie är att 33 % av tandhygienisterna inte visste att hög ålder är en riskfaktor för utveckling av munhålecancer. Detta är något som måste uppmärksammas inom tandvården i Sverige, då denna grupp är den som oftast drabbas av munhålecancer. I

exempelvis USA har man rekommenderat cancerundersökning i munnen var tredje år på personer i åldern 20-39 år, och en gång per år på patienter över 40 år (Forrest et al. 2001, Holmes et al. 2003, Oral Cancer Foundation 2006). Ett steg i rätt riktning bör vara att cancerundersökning sker per automatik vid varje revisionstillfälle. En tidig upptäckt är av största vikt för att minimera progrediering av sjukdom och en alltför tidig död. Det är även viktigt att få både patient och tandhygienist till att känna en trygghet i utförandet av en sådan undersökning, eftersom det kan minska onödigt lidande (Horowitz et al. 2002).

Det tycks vara svårare att fråga patienterna om deras alkoholvanor än deras rökvanor, då det kan vara känsligare. I en studie gjord av Cruz et al. (2005) fann man att både tandläkare och tandhygienister i väldigt liten utsträckning frågar om alkoholvanor. Detta visade sig vara korrekt även i förhållande till resultaten i vår studie. En respondent kommenterade varför hon inte frågar om detta: ”Svårt att få ärliga svar om alkohol- därför uteslöt vi detta ur vår hälsodekl.”.

I en studie av Horowitz et al. (2002) påpekas att tandhygienistens roll håller på att förändras, och att de får mer ansvar för undersökningar. Detta är även aktuellt i Sverige. Det kan gå två till tre år mellan besöken hos tandläkare, då den årliga revisionen däremellan utförs av tandhygienist. Därför är det viktigt att tandhygienister känner till de olika riskfaktorerna, de vanligaste symptomen och lokalisationerna.

Denna studie visade att 49 % av respondenterna hade hittat eller misstänkt munhålecancer, vilket kan anses som en hög siffra. Är detta en siffra som överensstämmer med övriga Sverige eller är frekvensen hög i detta området? Oavsett vilket innebär det att detta ämne inte är något att bortse från, då många tandhygienister kommer att påträffa munhålecancer inom sitt arbete. Om hälften av tandhygienisterna i denna studie funnit/misstänkt munhålecancer, hur många kan då tänkas ha förbisetts på grund av bristande kunskaper och osäkerhet inom området? Många av tandhygienisterna rankade sin egen kunskap väldigt lågt, både när det gällde kunskaper om ämnet, sin kliniska undersökning samt den teoretiska utbildning de fått i ämnet. Detta är något som vi anser vara oroväckande, då cirka 60 % av respondenterna i denna studie rankade sina kunskaper under medelvärde. Om rollerna nu håller på att förändras så att tandhygienisten får ett större ansvar för revisioner är det av största vikt att de har den kunskap som krävs och inte tvivlar i sin bedömning.

### **5.3 Slutsats**

Tandhygienisterna som besvarade enkäten hade förhållandevis goda kunskaper om munhålecancer. Däremot så brast kunskaperna om riskfaktorer till att utveckla sjukdomen. Denna studie visar på, likväl som tidigare gjorda studier, att mer utbildning inom området krävs (Forrest et al. 2001, Syme et al. 2001, Holmes et al. 2003, Cruz et al. 2005), framför allt när det gäller riskfaktorer för att utveckla munhålecancer. I utbildningen till tandhygienist bör det finnas hur man utför en klinisk undersökning för att upptäcka munhålecancer, såväl som ökade kunskaper om riskfaktorerna.

Vi fick många positiva kommentarer om studiens betydelse för en framtida bättre utbildning, många lyckönskningar med arbetet, samt några tänkvärda kommentarer, se Bilaga 4.

## 6. REFERENSLISTA

Anniko, M (2006). Öron-, näs- och halssjukdomar, huvud- och halskirurgi. (3:e upplagan). Liber AB, Stockholm.

Cancerfonden (2006). Läpp och munhålecancer. URL:[http:// www.cancerfonden.se](http://www.cancerfonden.se). [Tillgänglig 060931].

Cruz G D, Ostroff J S, Kumar J V och Gajendra S (2005). Preventing and detecting oral cancer- Oral health care providers readiness to provide health behaviour counselling and oral cancer examination. JADA 136: 594-601.

Ejlertsson G (2005). Enkäten i praktiken en handbok i enkätmetodik. (2:a upplagan). Studentlitteratur, Lund.

Fagerberg-Mohlin B, Emilsson C-G och Kahnberg K-E (2000). Orala problem vid tumörbehandling inom huvud -halsregionen. Tandläkartidningen 92: 54-59.

Forrest J L, Horowitz A M och Shmuley Y (2001). Dental hygienists knowledge, opinions and practices related to oral and pharyngeal cancer risk assessment. J Dental Hygiene 75: 271-281.

Holmes J D, Dierks E J, Homer L D och Potter B E (2003). Is detection of oral and oropharyngeal squamous cancer by a dental health care provider associated with a lower stage at diagnosis? J Oral Maxillofacial Surgery 61: 285-291.

Horowitz A M, Siriphant P, Canto M T och Child W L (2002). Maryland Dental Hygienists Views of Oral Cancer Prevention and Early Detection. J Dental Hygiene 76: 186-191.

Larsson M (2006). Eating problems in patients with head and neck cancer treated with radiotherapy- needs, problems and support during the trajectory of care. Thesis, Karlstad Universitet.

Nicotera G, Gnisci F, Bianco A och Angelillo I F (2004). Dental hygienists and oral cancer prevention: knowledge, attitudes and behaviours in Italy. Oral Oncology 40: 638-644.

Oral Cancer Foundation (2006). URL:<http://www.oralcancerfoundation.us>. [Tillgänglig 060914].

Rosenquist K (2005). Risk factors in oral and oropharyngeal squamous cell carcinoma: a population based case control study in southern Sweden. Thesis, Malmö Universitet.

Salisbury P L (1997). Diagnosis and patient management of oral cancer. Dental Clinics of North America 41: 891-913.

SOU (2006). Stöd till hälsobefrämjande tandvård. Del 1 (27). Socialdepartementet, Stockholm.

Socialstyrelsen (2005). Kompetensbeskrivning för legitimerad tandhygienist.  
URL:<http://www.socialstyrelsen.se>. [Tillgänglig 070511].

Syme SE, Drury TF och Horowitz AM (2001). Maryland dental hygienists knowledge and opinions of oral cancer risk factors and diagnostic procedures. *Oral diseases* 7: 177-184.

Öhrn K E O, Wahlin Y-B och Sjöden P-O (2001). Oral status during radiotherapy and chemotherapy: a descriptive study of patient experiences and the occurrence of oral complications. *Support Care Cancer* 9: 247-257.

## **Till dig som arbetar som tandhygienist!**

Munhålcancer är en allt vanligare sjukdom i världen. Det är en av de tio vanligaste cancerformerna, och i Sverige diagnostiseras närmare 1000 nya fall per år. Tandvården har en central roll i upptäckten av munhålcancer. Studier har visat att en tidig upptäckt ökar chanserna för överlevnad väsentligt.

Vi är två studenter som läser sista året på Tandhygienistprogrammet i Kristianstad. Med denna studie vill vi öka uppmärksamheten för en sjukdom som om den inte upptäcks i tid kan få enorma konsekvenser. Vi tror att tandhygienister har en viktig roll i en tidig upptäckt och även för att stödja patienter som redan drabbats av sjukdomen.

Syftet med enkätstudien är att undersöka kunskaperna gällande klinisk undersökning för att upptäcka munhålcancer, även att ta reda på er vetskap om vilka riskfaktorer, symptom och biverkningar som kan uppstå vid sjukdom och behandling. En enkät skickas därför ut till alla tandhygienister i Blekinge, Kronoberg och Kalmar län.

Deltagandet är frivilligt, men vi ser gärna att du som får enkäten besvarar den. Detta för att det är väldigt betydelsefullt för studiens kvalitet att så många som möjligt deltar. Försök svara så fullständigt som möjligt på alla frågorna. Skicka sedan tillbaka enkäten i bifogat portofritt svarskuvert, inom en vecka. Dock senast den 8/3 2007.

### **Dina svar kommer att behandlas konfidentiellt!**

Svaren kommer att databehandlas utan identitetsuppgifter, vilket gör att det inte kan kopplas till dig som person. Alla enkäter kommer att märkas med ett nummer så att vi vet att just ditt svar har kommit in, och att ett påminnelsebrev inte skickas ut i onödan. Kodlistan kommer att förstöras så snart alla svaren kommit in.

Vid eventuella problem att besvara frågorna eller om du har synpunkter angående enkäten, ring gärna Nikolina 0457-274 44 eller Marielle 0454-32 14 90.

Vi hoppas att Du vill hjälpa oss att kartlägga kunskaperna och eventuella behov av mer utbildning när det gäller munhålcancer.

Tack på förhand för din medverkan!

Kristianstad 070223

Med Vänlig Hälsning

Marielle Lundh och Nikolina Persson, tandhygieniststuderande på Högskolan i Kristianstad.  
Handledare är Pia Andersson.

Bilaga 2

## **PÅMINNELSE!**

För ungefär två veckor sedan erhöLL du en enkät om munhålecancer. Då vi inte har fått något svar skickar vi denna påminnelse i hopp om att Du vill delta i studien. Om du under dem senaste dagarna skickat in enkäten, ber vi dig bortse från detta brev.

Deltagandet är frivilligt, men vi ser gärna att Du som får enkäten besvarar den. Detta för att det är väldigt betydelsefullt för studiens kvalitet att så många som möjligt deltar. Försök svara så fullständigt som möjligt på alla frågorna. Skicka sedan tillbaka enkäten i bifogat portofritt svarskuvert, snarast.

Vid eventuella problem att besvara frågorna eller om Du har några synpunkter angående enkäten, ring gärna Nikolina 0457-274 44 eller Marielle 0454-32 14 90.

Vi hoppas att Du vill hjälpa oss att kartlägga kunskaperna och eventuella behov av mer utbildning när det gäller munhålecancer.

Tack på förhand för din medverkan.

Kristianstad 070220

Med Vänlig Hälsning

Marielle Lundh och Nikolina Persson, tandhygieniststuderande på Högskolan i Kristianstad.  
Handledare är Pia Andersson.

## FRÅGEFORMULÄR

Frågorna besvaras med ett kryss i rutan och endast med ett alternativ, om inget annat anges.

1. Ålder: 20-24  25-34  35-44  45-54  55+

2. Antal år i arbetet som tandhygienist: 0-5  6-10  11-15  16-20  20+

3. Längd på grundutbildningen till tandhygienist: 1 år  2 år  3 år

4. Examinationsår på tandhygienistutbildningen: \_\_\_\_\_

5. Arbetar Du inom (Flera kryss kan anges):

Folktandvård  Privat klinik  Eget företag  Annat

6. Hur ofta undersöker Du munslemhinnan i Din regelbundna undersökning?

Aldrig  Ibland  Ofta  Alltid

7. Vilka anser du vara **två** vanliga tecken på munhålecancer?

**Röd fläck och sår som inte läker. Övriga kan vara irriterad slemhinna och smärta.**

---

---

8. Vilka anser Du vara de **två** vanligaste lokaliseringarna för munhålecancer?

**Tunga och svalg. Övriga är läpp och munbotten.**

---

---



9. Vilka av följande anser Du vara riskfaktorer för att utveckla munhålecancer?  
(Kryssa för ett Ja eller Nej vid **varje** faktor).

	Ja	Nej		Ja	Nej
Dålig munhygien	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Rökning	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arv/Genetik	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Övervikt	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Hög ålder	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dåligt sittande proteser	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Sol	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tidigare munhålecancer	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alkohol	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lågt intag av frukt/grönsaker	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varm mat & dryck	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Kryddstark mat	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

10. Har Du upptäckt eller misstänkt munhålecancer på någon patient?

Ja  Nej   
Om ja, gå vidare till fråga 11. Om nej, fortsätt till fråga 12.

11. Var i munhålan var cancer lokaliserad? (Flera svar kan anges)

---

---

12. Hur ofta konsulterar Du tandläkaren angående munslemhinneförändringar?

Aldrig  Ibland  Ofta  Alltid

13. Vilka av dessa faktorer kontrolleras regelbundet vid undersökning?

Tobaksvanor	<input type="checkbox"/>	Familjens cancerhistoria	<input type="checkbox"/>
Alkoholvanor	<input type="checkbox"/>	Patientens cancerhistoria	<input type="checkbox"/>
Typ/Mängd av tobak	<input type="checkbox"/>	Typ/Mängd alkohol	<input type="checkbox"/>
Tidigare tobaksvanor	<input type="checkbox"/>	Tidigare alkoholvanor	<input type="checkbox"/>

14. Om Du misstänker munhålecancer, hur går Du tillväga för att patienten ska bli rätt omhändertagen?

---

---

---

15. Nämn två vanliga komplikationer som kan uppstå i munnen till följd av strålbehandling av munhålecancer?

**Mucosit och muntorrhet. Övriga kan vara svälj/tuggsvårigheter, smärta och karies.**

---

---

16. Hur graderar Du dina kunskaper om munhålecancer på en skala 1-10?  
Ett står för mycket dåliga, och tio för mycket goda kunskaper.  
Markera med ett kryss på linjen.

1 \_\_\_\_\_ 10

17. Hur graderar Du dina kunskaper i klinisk undersökning gällande munhålecancer på en skala 1-10? Ett står för mycket dåliga, och tio för mycket goda kunskaper.  
Markera med ett kryss på linjen.

1 \_\_\_\_\_ 10

18. Anser Du att Du fått tillräcklig teoretisk utbildning om munhålecancer?  
Ett står för lite utbildning, och tio för tillräcklig utbildning.  
Markera med ett kryss på linjen.

1 \_\_\_\_\_ 10

19. Vilken teoretisk utbildning har Du fått gällande munhålecancer?  
(Markera svar med ett kryss. Flera kryss kan anges).

Oral patologi i grundutbildningen

Munslemhinneförändringar i grundutbildningen

Fristående kurs i oral patologi

Fristående kurs om munslemhinneförändringar

Auskultation på canceravdelning

Annan fristående kurs gällande munhålecancer

Ingen

20. Vilken teoretisk utbildning anser Du Dig behöva gällande munhålecancer?  
(Markera svar med kryss. Flera svar kan anges).

Fristående kurs i oral patologi

Fristående kurs om munslemhinneförändringar

Auskultation på canceravdelning

Annan fristående kurs gällande munhålecancer

Ingen

21. Anser Du att Du fått tillräcklig klinisk utbildning gällande upptäckt av munhålecancer?  
Ett står för lite utbildning, och tio för tillräcklig utbildning.  
Markera med ett kryss på linjen.

22. Vilken klinisk utbildning har Du fått gällande munhålecancer?  
Precisera var Du har fått denna utbildning, ex. fristående kurs eller grundutbildning.

---

---

**Tack för Din medverkan!**

#### Bilaga 4.

### Kommentarer från respondenter

”Lycka till med studien. Jag trodde inte jag skulle påträffa munhålecancer när jag började som tandhygienist men där bedrog jag mig. På min klinik påträffades 3 fall 2005, 2 av dem var mina patienter så detta är ett mycket aktuellt ämne”.

”Lycka till med ert arbete. Det känns som om frågorna är befogade”.

”Då vi inte får ställa diagnosen är det viktigaste att vi lär oss hur det friska ser ut och sedan konsulterar det som skiljer sig från det normala/friska.