

Tandvårdsfobi - inte nödvändigtvis för alltid

Ulf Berggren

Tandvårdsrädsla är ett påtagligt problem för både individen och tandvården. Patienter med grav rädsla och fobiskt undvikande kan få hjälp att klara konventionell tandvård. Inom tandvården i Göteborg har man byggt upp en tvärdisciplinär klinik där psykolog intergrerats i tandvårdsteamet för att hjälpa dessa patienter. Erfarenheter från den nu 20-åriga verksamheten redovisas.

Artikelförfattaren Ulf Berggren är professor i odontologisk beteendevetenskap och övertandläkare på kliniken för oral medicin, Göteborg.

Under senaste decenniet har en betydande utveckling skett när det gäller omhändertagande och behandling av patienter med ångestproblematik och fobiska tillstånd såsom tandvårdsfobi. Nya kliniska behandlingsmetoder med inslag som bygger på kognitiv omstrukturering, avslappningsträning och olika exponeringstekniker har tillämpats. Inom diagnostiken har man förfinat sin metodik, men ofta är gränsdragningar långt ifrån enkla och tydliga. Exempelvis tycks s k posttraumatiska stress syndrom (PSS; välkänt hos människor som upplevt olika former av övergrepp eller med svåra krigsupplevelser) och tandvårdsfobi ofta ha likartade bakgrundsinslag och ibland överlappande symtomatologi. Båda kan mer eller mindre tydligt ha inslag av emotionella störningar som följd av traumatiska upplevelser med reaktioner som yttrar sig i panikattacker. Vid andra tillfällen kan tandvårdsfobin yttra sig som en klassisk specifik fobi och ha tydligare inslag av spänningsproblematik i förhållande till specifika stimuli i tandvårdssituationen (sonden, sprutan, borren t ex). Ibland tycks relationsproblematik vara dominerande och tandvårdsrädslan kan härledas till faktorer som ofta ingår i sociala fobier.

Epidemiologiska undersökningar ha visat, att majoriteten gravt tandvårdsrädda *inte* saknar regelbundna tandvårdskontakter, dvs att de flesta inte uppvisar ett

fobiskt undvikandebeteende. Hur tandvården ser ut för denna större grupp tandvårdsrädda, hur rädslan yttrar sig och uppfattas av behandlaren, och vilka bakgrundsfaktorer och mekanismer som medverkar till att dessa individer klarar att upprätthålla regelbunden tandvård, är inte undersökt. Vi måste således vara medvetna om att så gott som all forskningsmässig kunskap som vi idag baserar vårt omhändertagande på är hämtad från studier av tandvårdsrädda individer *med* undvikande-reaktioner.

Det råder förhållandevis stor enighet om att de omhändertagandeformer som har störst framgång vid behandling av tandvårdsfobi engagerar patienten i aktiva handlingar, som leder till förändring. Dessa behandlingsformer måste grunda sig på att individen exponerar sig för den ångestskapande situationen. Ett påtagligt problem blir att patienten för att kunna få hjälp att övervinna sin rädsla först måste övervinna den basala impulsen att undvika situationen som utlöser rädslan. Det är alltså inte så underligt att många individer som lider av ångestproblematik inte själva förmår använda principer för exponering för att förändra sin situation. För detta krävs stort mod och oftast professionell hjälp. Det är således en av de viktigaste professionella uppgifterna för tandvårdens anställda att övertygande och motivationshöjande kunna presentera sitt omhändertagande så att patienten vågar utsätta sig för situationen och att sätta sig över sitt känslomässiga behov att undvika den.

Även om effektiva omhändertagandemodeller således bygger på aktivt handlande från individen skall man naturligtvis inte förledas att anse att detta utesluter eller motsäger inslag av mera dynamiskt grundade tera-

Majoriteten gravt tandvårdsrädda saknar inte regelbundna tandvårdskontakter dvs de flesta uppvisar inte ett fobiskt undvikandebeteende

peutiska förhållningssätt och metoder. Således är begrepp som överföring, försvar och regression viktiga. De belyser dynamiken i interpersonella relationer - inte minst i behandlingssituationen - och kan bidra till en ökad förståelse för patientens känslor och beteenden. Genom en tillämpning av dessa principer och effektiva metoder för diagnostik och problemidentifiering kan specifika tandvårdsfobier och även mera generaliserad problematik behandlas.

Tvårdisciplinär behandling

På grund av den komplexa situationen vid tandvårdsfobi har utvecklingen lett fram till att speciella tvärdisciplinära behandlingscentra börjat byggas upp på flera håll i världen. Vid sidan av ett par sådana kliniker i USA var en av de första som etablerades den vid Odontologiska kliniken i Göteborg. Verksamheten som startade 1975 hade sitt ursprung i två praktiska problem. För det första fanns en kraftigt överbelastad narkostandvård och för det andra en erfarenhet av att dessa narkosbehandlingar alltför sällan ledde till att behandlade patienter i fortsättningen klarade tandvård på konventionellt sätt. Genom att tänka i nya banor som först och främst syftade till att göra något åt grundproblemet (patientens rädsla) hoppades man råda bot på åtminstone delar av problemet. I ett försöksprojekt samverkade Folktandvården i Göteborg med Odontologiska fakulteten och Psykologiska institutionen vid Göteborgs universitet. Tandvården var huvudansvarig och anställde tandvårdspersonal och en psykolog. Projektet skulle utveckla och pröva olika omhändertagandeformer och behandlingar för att reducera patienters rädsla så att de blev tillgängliga för konventionell tandvård och kunde genomföra denna inom ramen för den öppna allmäntandvården. I uppdraget låg också att genom klinisk forskning beskriva patienterna och deras situation samt att fortlöpande dokumentera verksamheten och utvärdera olika behandlingsinsatser. Den tvärdisciplinära verksamheten har hittills resulterat i sex doktorsavhandlingar och ett stort antal vetenskapliga artiklar inom områdena odontologi, psykologi och pedagogik.

Med ett anpassat omhändertagande får patienten en mera positiv upplevelse av situationen och den egna förmågan

Även om allt pekar på att terapier inriktade specifikt på den fobiska reaktionen är mest framgångsrika, är det viktigt att se till hela patientens problematik

Det är viktigt att understryka att såväl farmakologiska som psykologiska behandlingsstrategier framgångsrikt kan användas för att reducera tandvårdsrädsla i behandlingssituationen. Det är dock av avgörande betydelse att förstå att ett farmakologiskt preparat sällan eller aldrig i sig "botar" en tandvårdsfobi. Istället spelar dessa en roll genom att reducera ångestnivån så att patienten blir tillgänglig för behandling. Det blir därmed möjligt att ge patienten en förändrad kognitiv bild av hur tandvård går till. Med ett anpassat omhändertagande får patienten en mera positiv upplevelse av situationen och den egna förmågan. Det är också självklart att detta inte är möjligt vid djup sedering eller än mindre vid narkostandvård då patienten är medvetslös. I detta perspektiv har dock narkostandvård fortfarande stor betydelse för att lösa ibland stora och komplicerade behandlingsproblem som kan förefalla oöverstigliga för patienten.

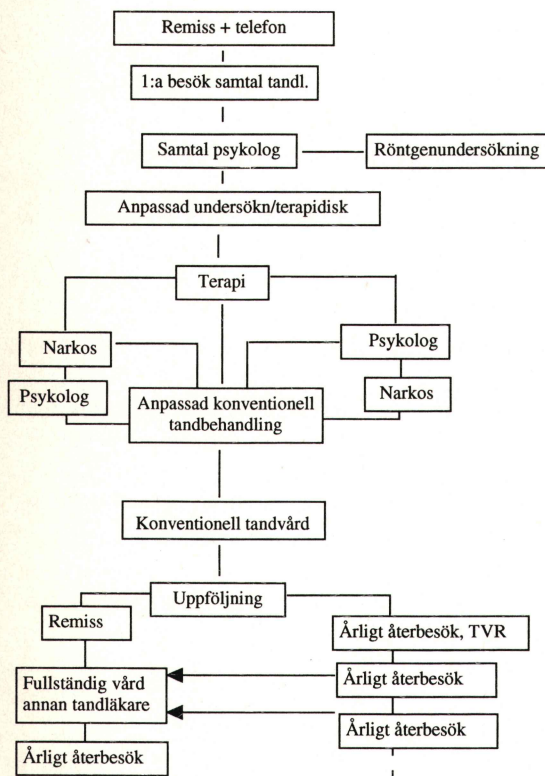
Även om allt pekar på att terapier inriktade specifikt på den fobiska reaktionen är mest framgångsrika, är det viktigt att se till hela patientens problematik. Därför har man inom tandvården i Göteborg organiserat den speciella tandvårdskliniken för vuxna med grav tandvårdsrädsla så att den inom sig har tillgång till en mångfald av olika resurser och hjälpmedel. Detta omspänner farmakologiska behandlingar, alltifrån lätta sederingsformer och lustgasanalgesi till sjukhusbunden narkos. De psykologiska metoderna innefattar enkla kognitiva tekniker tillämpade av tandvårdspersonalen direkt i behandlingssituationen och tillämpning av olika distraktions- och avslappningstekniker. Genom integrationen av psykolog i behandlingsteamet har förutom ovärderlig diagnostisk kompetens och hjälp, även den terapeutiska kompetensen verkningsfullt höjts och fördjupats. Således kan specifika psykoterapeutiska behandlingar av skiftande slag genomföras. Dock måste dessa av främst praktiska skäl begränsas i tid och omfång varför patienter i behov av mera omfattande och långvariga terapier i första hand hjälps till kontakt med andra vårdgivare. I flera avseenden har samarbetet mellan psykolog och tandvårdspersonal lett till en kvalitetshöjning vid omhändertagandet av patienterna med

bredast problematik. Inte minst sker detta genom en fortlöpande kunskapsöverföring i det praktiska arbetet runt de enskilda patienterna, men en fortlöpande, strukturerad och behovsanpassad internutbildning har också byggts upp.

På grund av patienternas ofta mycket stora tandvårdsbehov och deras samtidigt sviktande tro på att någon sin klara av all den tandbehandling de behöver, kan en kombination av initial sedering/narkos följt av åtgärder riktade mot patientens rädsla vara det mest framgångsrika.

Behandlingsgång

Inom ramen för "Göteborgs-modellen" omhändertars patienten idag på Odontologiska kliniken (Tandläkarhögskolan) utan kö eller remisstväng. Behandlingsgången framgår schematiskt av *figur 1* och kan i huvudsak sammanfattas i fyra på varandra följande faser:



Figur 1. Behandlingsgång vid kliniken för tandvårdsrädda i Göteborg.

Fas 1 är en undersöknings- och diagnosfas, som leder fram till att patient och vårdteam gemensamt kommer överens om behandlingsväg avseende tandvårdsräddan samt i grova drag vilken odontologisk terapi som skall utföras. Förutom inhämtandet av viktiga bakgrundsdata och information om patientens situation socialt, psykologiskt, medicinskt och odontologiskt, innebär naturligtvis detta första samtal också att den viktiga behandlingsrelationen mellan patient och vårdteam grundläggs. Det kan inte nog understrykas *ingen* terapeutisk teknik, medicinsk/odontologisk eller psykologisk, är framgångsrik utan en basalt god och välfungerande behandlar/patient-relation. Det har, förmodligen med all rätt, hävdats att huvuddelen av all terapeutisk effekt i sammanhang som vid tandvårdsräddan sammanhänger med denna relation. Efter röntgenundersökningen diskuteras terapin med patienten och i samråd med den bestäms behandlingsform. Genom utfästelsen att varken behandling eller smärtsamma åtgärder skall vidtagas, är en oral inspektion i behandlingsstolen mestadels möjlig att utföra vid detta andra tillfälle.

Speciella problem under den första fasen av behandlingen utgör bl a den höga frekvensen av återbud och uteblivanden. Vid kliniken för tandvårdsrädda i Göteborg har vi funnit att cirka 15% av patienterna aldrig startar behandling på kliniken och således oftast aldrig ens kommer till det första samtalet. Av patienterna som kom till det första samtalet, fullföljde i sin tur 87% sin behandling. Problem av psykologisk natur, som uppstår under dessa första besök hänger oftast intimt samman med graden av och kvaliteten på den relation som skapas med patienten. Ofta får tandläkaren under det första samtalet vara beredd att fungera som "container" för alla de känslor och uppfattningar, som patienten har om tandvården genom sina tidigare erfarenheter. Det är alltså inte ovanligt att aggressiva eller regredierande beteenden förekommer. Speciella svårigheter är då att vända på denna inställning och att under sådana omständigheter lämna besked om nödvändig behandling, som ibland står i kontrast med patientens förväntningar. Fas 2 är en förbehandling eller träningsfas, vilken innefattar sådana moment som narkosbehandlingar, fortsatt utredning och behandling hos psykolog enligt vad som

Av patienterna som kom till det första samtalet fullföljde 87% sin behandling

beskrivs nedan, eller eventuellt klinisk träning direkt hos tandläkaren med eller utan tillägg i form av sederande medicinering. Premedicineringar med tabletter, suppositorier eller intravenöst, förekommer om än i ringa omfattning. Behandlingar under lustgas utförs vid behov och samtlig personal har den speciella tilläggsutbildning som krävs. Av de psykologiska behandlingsmetoderna är naturligtvis en anpassad och försiktigt initierad konventionell tandbehandling grundläggande och kan dessutom sägas ingå som del i samtliga andra behandlingsmetoder.

Anpassad tandvård direkt hos tandläkare

Denna kliniska träningsbehandling har stora fördelar genom att den är enkel och att alla patienter kan omfattas av denna behandlingsmetod. Särskild betydelsefull kan metoden bli när patienter av skilda anledningar ej önskar behandling hos psykolog. Den saknar dock inte nackdelar. En är att patienten kanske över huvudtaget inte klarar eller ens vågar pröva på behandling. Detta kan i en del fall avhjälpas med premedicinering eller lustgas, dock inte alltid. En annan nackdel är, att metoden kan ta lång tid och vara jobbig både för patient och tandvårdsteam. Ett särskilt problem kan dessutom uppstå just på grund av vissa patienters motivation och ambition att lyckas snabbt. En uppenbar risk finns att patienten anstränger sig att "stå ut med" den jobbiga tandvården och då har i grunden inte situationen förändrats särskilt påtagligt jämfört med tidigare. En tredje, och kanske den allvarligaste nackdelen är, att metoden ofta innebär en stark bindning mellan patienten och tandläkaren, vilket kan skapa problem i framtiden. Patienten är kanske i själva verket behandlingsbar hos en speciell tandläkare. Risken är uppenbar att patienten då är oerhört sårbar när denna speciellt betydelsefulla behandlingsrelation ibland bryts.

I denna fas samverkar psykolog och tandläkare ibland med "in vivo-träning" direkt i tandläkarstolen, något som många patienter upplever som mest relevant. Denna behandlingsform är möjlig att utnyttja när patienten är starkt motiverade att ta itu med sina problem och har mindre problem med tilltron till sin egen och/eller tandläkarens förmåga. För många är detta dock ett för stort steg att ta initialt varför behandlingen måste ske mera successivt, utan det direkta "hotet" av att befinna sig i tandläkarstolen. Mot denna bakgrund är behandling hos psykologen ofta just en sådan "simulerad" situation där patienten kan bearbeta sina aggraverade

känsloupplevelser under full kontroll och dessutom med en kompetent vägvisare.

Narkostandvård

Patienter med grav tandvårdsrädsla, som inte kan påverkas till annan behandling, behandlas under narkos. Narkosbehandlingar, som huvudsakligt alternativ till klinisk träning eller psykologbehandling vid kliniken i Göteborg har flera bakgrundsskäl. Ett är tradition, men ett viktigare skäl är den stora grupp patienter, som kommer till kliniken med mycket raserade bitt och långvarigt undvikande av tandvård. Det kan således finnas rent rationella och humanitära grunder för narkosbehandling av patienten. Det kan i många fall vara avgörande för patientens personliga situation och interna resurser att undanröja ett stort behandlingsbehov för att patienten därefter skall vara tillgänglig för en fortsatt behandling inriktad mot tandvårdsräddslan. För en fobisk individ kan en framgångsrik terapi äventyras av upprepade omfattande behandlingar och traumatiska akuta tillstånd och ingrepp. Vinsterna med denna vårdform är således en snabb rehabilitering av oralt svårt invaliderade patienter som oftast har multipla akuta tandproblem och som pga sitt handikapp fungerar dåligt i samhället och i familjesituationen, sjukskriver sig ofta, isolerar sig osv. Inte sällan är narkostandvård dessutom enda framkomliga vägen när tilläggsproblematik finns i form av missbruk av alkohol och smärtstillande tabletter etc.

Valet av narkos som behandlingsform medför med nödvändighet begränsningar i terapival och fordrar stora resursinsatser, varför denna behandlingsform trots allt ofta får bli en slags sista utväg. Patienter för vilka träning hos psykolog planeras, men som på grund av värk eller stort behandlingsbehov primärt ej kan tillgodogöra sig denna typ av behandling, kan dock få vissa delar av den planerade terapin (framför allt tanduttagningar) utförda under narkos.

Behandling hos psykolog

Psykologbehandlingarna grundar sig på principer som angavs i inledningen. De innebär ett aktivt arbete från

För en fobisk individ kan en framgångsrik terapi äventyras av upprepade omfattande behandlingar och traumatiska akuta tillstånd och ingrepp

patienten och kräver ofta ett initialt motiveringsarbete av tandvårdsteam och psykolog. Viktiga fundament i vår fobibehandling är att 1) behandlingen/träningen genomförs i ett tandbehandlingsrum, d v s i den situation som patientens försöker undvika på grund av sin tandvårdsrädsla. Psykologen finns därför på tandkliniken där behandlingen/träningen genomförs i nära samarbete med tandläkare; 2) patienten lär sig att handskas med sin rädsla genom att aktivt möta den och lära sig styra sina kroppsliga reaktioner, känslor och tankar istället för att försöka kontrollera sin omgivning. Detta innebär bl a att patienten lär sig betrakta rädslan och smärta som signaler som kräver ett aktivt handlande och ej som något som ska undvikas till varje pris; 3) patienten får en kompetens att handskas med sin rädsla och blir då mindre personbunden till en specifik tandläkare, vilket medför att han/hon kan söka tandvård hos andra tandläkare.

Vår metod för behandling av tandvårdsrädsla är en utvecklad form av systematisk desensibilisering som också inkluderar biofeedback-träning, kognitiv omstrukturering och klinisk tillvänjning. Behandlingsmodellen kan jämföras med simulatorträning, som t ex när en blivande pilot först tränar i flygsimulator, innan han får flyga ett riktigt flygplan. Den tandvårdsrädda får på liknande sätt först träna sig i en simulerad tandbehandlingssituation, innan han/hon sätter sig i behandlingsstolen hos tandläkaren där träningen övergår till anpassad tandbehandling.

Behandlingen är systematiskt strukturerad och inleds efter samtal och anamnesintervju med fysiologisk registrering och avslappnings-/biofeedbackträning. Med hjälp av simuleringssystemet som kombinerar biofeedbackregistrering med ett datorstyrt videopresentationsprogram, genomförs dels en kartläggning av patientens reaktioner på olika situationer och stimuli i tandvården, dels genomförs videoträningen (systematisk desensibilisering och kognitiv omstrukturering). Med hjälp av informationen från kartläggningen byggs sk ängesthierarkier upp och lagras i datorn. Dessa används sedan av patienten i träningssessionerna. Information om tandvårdsinstrumentens funktion och användning (video och muntligt) kombineras med detta. Vid de avslutande behandlingsmomenten får patienten

hantera och träna med tandvårdsinstrument och information ges om den fortsatta behandlingen hos tandläkaren.

Vid sidan av den fysiologiskt inriktade avslappnings- och biofeedbackträningen är de kognitiva behandlingsinslagen tydliga och viktiga. Såväl de inspelade, strukturerade tandvårdsscenerna som diskussionerna med terapeuten (och sedermera tandvårdsteamet) leder till förändringar som har en kognitiv bas. Tandvårdsrädda patienter har ofta felaktiga förväntningar och föreställningar kring tandbehandling. Förändring av dessa medför en reattribution av olika moment i tandbehandlingssituationen och är viktiga inslag i behandlingen. Kognitiv inriktad behandling kan dessutom med fördel användas vid behandling av de patienter som uppvisar allvarliga reaktioner i form av ångestattacker eller depressiva genombrott när de lyckas reducera sin spänning. Dessa patienter kan ha svårt att genomgå en strukturerad systematisk desensibilisering.

Psykologbehandlingen har som målsättning att hjälpa patienten att successivt bygga upp en kompetens att handskas med sin rädsla (coping-träning) och därigenom känna att det är de egna insatserna och eget agerande som ger effekt vilket ökar självförtroendet. Under behandlingen/träningen uppmuntras patienten att uttrycka känslor och tankar öppet, att fatta egna beslut och ställa krav på tandläkaren i tandbehandlingssituationen.

Fas 3 innebär en mindre mängd konventionell tandvård efter respektive förbehandlingar i enlighet med vad som satsas under tillvänjningsbehandling ovan. Denna fas i behandlingen på kliniken skall ses som en bekräftelse för patienten av hans eller hennes nya kompetens, men är naturligtvis också avsedd som en fortsatt träning av patienten till konventionell tandvård. I allmänhet upplever patienterna som behandlats av psykolog en omedelbar och som de själva rapporterar dramatisk ny förmåga att hantera behandlingssituationen. Dessa patienter kan oftast redan i samband med andra eller tredje besöket efter psykologbehandlingens avslutning gå vidare till allmäntandläkare. Detta är också fallet för en del narkosbehandlade patienter, där man då kan se att deras rädsla kraftfullt styrs av ett stort ackumulerat behandlingsbehov.

Tandvårdsrädda patienter har ofta felaktiga förväntningar och föreställningar kring tandbehandling

Feedback från uppföljande allmäntandvård utgör en viktig länk i utvecklingsarbetet vid kliniken och är en förutsättning för att kvaliteten i omhändertagandet skall kunna utvärderas och förbättras

För flertalet narkospatienter som ej påbörjar psykologbehandling i detta skede blir dock den kliniska träningen hos tandläkaren jämförbar med den ovan angivna anpassade tandvården direkt hos tandläklare. I allmänhet krävs då ett större antal besök (i genomsnitt 7-8) innan patienterna bedöms kunna klara de krav som ställs på dem inom allmäntandvården. Förutom vanlig tandbehandling (lokalbedövning + fyllningsterapi) måste patienter med rädsla för specifika behandlingsmoment (vanliga exempel är underkäksbedövning, rotbehandling och tanduttagning) få pröva detta och uppleva en ökad kompetens innan de lämnar kliniken och får fortsatt tandvård hos en allmäntandläkare.

Fas 4 innebär att behandlingen övertas av ny tandläkare. Det är viktigt att detta sker i samråd med patienten, och att patienten inser att bytet av tandläkare är en del i behandlingen. Ett viktigt inslag i omhändertagandemodellen utgörs av kontakter och den information om patienternas behandlingar som förs tillbaka till specialkliniken i remissvar och telefonkontakter från de tandläkare, som tar över behandlingen av patienterna. Denna feedback har utgjort en viktig länk i utvecklingsarbetet vid kliniken och är en förutsättning för att kvaliteten i omhändertagandet skall kunna utvärderas och förbättras. Vi har därför ett relativt ambitiöst remiss- och remissvarssystem, som också periodvis ingår i verksamhetens kliniska forskningsrapportering.

Egna behandlingsresultat och erfarenheter

Vid verksamhetens start som försöksprojekt år 1975 ålades vi att fortlöpande redovisa projektets resultat för folk tandvårdens ledning. Detta ledde till att det redan från starten infördes rutiner för att kontinuerligt dokumentera och följa utvecklingen och resultaten. Detta har möjliggjort den vårduppföljning och kliniska forskning som idag utgör en integrerad del av verksamheten. Därför har vi också haft möjlighet att presentera ett flertal sammanställningar och analyser av verksamheten både som klinisk vårduppföljning och på en vetenskaplig nivå.

En vårduppföljningstudie av de patienter som behandlades under de 10 första åren presenterades i Tandläkartidningen 1992. I sammanfattning kan konstateras att cirka 1600 patienter/remisser mottogs under dessa 10 första år. Sedermera har en ökning av antalet nya patienter skett till upp emot 350/år idag. Under perioden hördes drygt 15% inte av ens för ett första samtal och denna siffra är ungefär densamma idag trots att vi arbetat bort vår från början 2-åriga kö och att ett flertal olika insatser gjorts för att minska gruppen som initialt uteblir. Ur ett socialmedicinskt och fobiteoretiskt perspektiv utgör dock denna problematik och att minska det "totala" undvikandet fortfarande vår främsta utmaning inför framtiden.

Av samtliga nya patienter kunde drygt 10% direkt överföras till allmäntandvård efter endast ett konsultsamtal. Här gjordes bedömningen - främst av patienten själv - att om man var försäkrad om en förstående tandläkare kunde man troligen klara konventionell och regelbunden tandvård. Dessa patienter remitterades vidare i medvetande om att de kunde återkomma till tandvårdsrådsleenheten vid behov. Följaktligen startade behandling av drygt 1100 patienter. Bland dessa fullföljdes hela det individuella behandlingsprogrammet av närmare 900 individer och cirka 800 kunde remitteras vidare till allmäntandvården medan ett 100-tal primärt stannade kvar på specialmottagningen. I dessa fall gjordes en förnyad bedömning av remissmöjlighet i samband med deras årliga återbesök.

Patienterna behandlades enligt våra tre huvudmetoder psykologbehandling (31%), klinisk träning hos tandläkare (25%) och narkostandvård (44%). Fullständig behandling i distriktstandvården genomfördes därefter av respektive 83, 73 och 74%. Att märka är att vi då inte räknat in den grupp av "kategoriska" narkospatienter, som endast önskade narkostandvård och som inte ville ställa upp på någon egentlig behandling riktad mot rädslan. Andra uppföljningar som vi gjort visar att knappt hälften av dessa patienter fullföljer en fortsatt behandling och mindre än 30% finns kvar i regelbunden tandvård på längre sikt.

Det är viktigt att inse att den kliniska vårduppföljningen bygger på speciella förutsättningar framför allt genom att behandlingsformerna valts med utgångspunkt från patientens önskemål, motivation och odontologiska förutsättningar samt baserats på bedömningar som gjorts i det enskilda fallet. Dessutom är inslagen av modifierad metodik och "kombinations-

terapierna" tämligen stora. Således blir jämförelsen mellan olika terapiformer inte i alla delar rättvisande. Därför har vi även gjort undersökningar som tillämpat vetenskapliga principer och urval för att objektivisera resultaten. En jämförande undersökning har genomförts av patienter, som randomiserat utvalts för narkostandvård följt av konventionell behandling vid två tillfällen eller med psykofysiologisk träning och två standardiserade behandlingar. Båda grupperna fick således lika många besök hos tandläkaren på specialkliniken. Till detta kommer i psykologbehandlingsgruppen genomsnittligt sex träningssessioner hos terapeuten och narkosgruppens två besök för narkos och efterkontroll. Den visade att 92% av de patienter, som fått psykologbehandling blev så bra att de kunde fortsätta ut till annan tandläkare jämfört med 69% i narkosgruppen. Behandlingen fullföljdes på distriktskliniker av 78% i psykologbehandlingsgruppen jämfört med 53% i narkosgruppen. I allmäntandvården behövde båda grupperna i genomsnitt tio besök för att avsluta sin behandling. Detta visar en klar skillnad mellan grupperna i behandlingsbarhet i efterförloppet. Eftersom narkosgruppen fått i princip all tandvård utförd under narkos förutom ett fåtal smärre kaviteter och eventuell plattprotetik och enstaka kronor, hade de en liten kvarstående mängd konventionell tandvård, som dock krävde ett stort antal besök för att avslutas. Detta skall jämföras med psykologbehandlingsgruppen, som på specialkliniken genomsnittligt endast fått två lagningar och alltså hade kvar hela sitt behandlingsbehov i form av tanduttagningar, rotbehandlingar, fyllningsterapi och protetik när de kom till distrikstandvården. Det betyder alltså att det varit möjligt att på psykologpatienterna utföra betydligt mera tandvård per besök. Skillnaden mellan grupperna indikeras också av att frekvensen återbud och uteblivanden är klart lägre i psykologbehandlingsgruppen och att dessa patienter avslutade sin behandling under en signifikant kortare tidsperiod (7 jämfört med 12 månader). Båda grupperna visade en klar reduktion i tandvårdsångest mätt med psykometriska mätmetoder. Minskningen var dock signifikant större i psykologbehandlingsgruppen. Samtliga dessa skillnader speglades också i allmäntandläkarnas skattning av patientens behandlingsbarhet. De psykologbehandlade patienterna bedömdes inte svårare att behandla än tandläkarnas genomsnittliga patienter, medan narkosgruppen var avsevärt svårare även om de trots allt kom till tandkliniken för behandling.

En ny uppföljningsundersökning drygt tre år efter pa-

Drygt tre år efter patienternas behandling på specialkliniken, visade det sig andelen att patienter som fortsatt i regelbunden tandvård var oförändrad

tienternas behandling på specialkliniken, visade att andelen patienter som fortsatt i regelbunden tandvård var oförändrad. Dessutom tycktes ingen förändring i övrigt ha skett av deras tandvårdsbeteende. Nivån på tandvårdsångesten var fortsatt låg. Uppföljningsintervjuer har också verifierat den kliniska erfarenheten vi har, att patienterna upplever positiva över-spridningseffekter av behandlingen. Detta visade sig bl a i att olika psykosomatiska symtom som var vanliga i samband med att patienterna startade behandlingen tre år tidigare nu var klart minskade och att effekter även nåtts på bruk av lugnande medel, missbruk av alkohol och på sjukskrivningstid. En kontroll av den uppgivna minskade sjukskrivningstiden före och efter behandling mot tandvårdsrädsla mot Försäkringskassans registrering bekräftade detta resultat. Något kausalt samband var naturligtvis inte möjligt att belägga. Tillsammans med skillnaden i frekvens av lyckade fall i de två grupperna, gör dock dessa resultat att vi räknar med att psykologbehandlingen även ekonomiskt är klart överlägsen narkostandvård.

Framtiden

Mot en bakgrund av 20 års erfarenhet av arbete med gravt tandvårdsrädda individer tycker jag man kan konkludera att tandvården under senare år blivit allt bättre på att ta hand om tandvårdsrädda patienter. Till del kan detta tillskrivas ändringar i vården som tillkom med den organiserade barntandvården från 3 års ålder och den likaledes förbättrade vuxentandvården. Men i tillägg till detta tror jag flertalet av tandvårdens anställda idag på ett helt annat sätt än tidigare ser omhändertagandeaspekterna inom patientvården som centrala och har en önskan om att utveckla även denna sida av sitt arbete. Detta är så mycket mera glädjande som förutsättningar för att bedriva detta professionella omhändertagande knappast har blivit bättre. Det är därför min övertygelse att allt färre vuxna individer kommer att behöva hjälp med de "enkla", specifika rädslor som fortfarande idag tycks utgöra basen för huvuddelen av de fobiska undvikandereaktioner vi ser. Kommer då

andelen vuxna tandvårdsfobiker att minska? I ett epidemiologiskt perspektiv tycks så redan vara fallet. Jämför man SIFO:s undersökning från 1962 med Magnus Hakebergs undersökning 30 år senare har andelen "icke-rädda" tveklöst ökat påtagligt. Å andra sidan tycks andelen individer med stark rädsla inte ha minskat (cirka 10%), men som inledningsvis påpekades går de flesta av dessa individer trots allt till tandläkaren. Stark tandvårdsrädsla kombinerat med undvikande av tandvård förekom hos cirka 3%. Dessa siffror kan tyda på att den positiva effekten av en förbättrad tandvård gott och väl uppvägs av en motriktad utveckling, där människor med existentiell ångestproblematik allt oftare kommer till tandvården. Man kan också förvänta sig att individer med fobiskt undvikande kommer att söka hjälp i ett tidigare skede och oftare än man gjorde tidigare. De problem tandvården då ställs inför och bör försöka hjälpa till att lösa kräver professionell kompetens som man bara undantagsvis kan räkna med att tandvården ensam kan stå för. Exemplet från Göteborg visar att man kan nå långt med ett utökat samarbete över disciplingränserna.

REFERENSER

- Berggren U*: Dental fear and avoidance. A study of etiology, consequences and treatment. Avhandling, Göteborgs universitet 1984.
- Berggren U*: Longterm effects of treatment for dental fear and avoidance. J Dent Res 1986, 65, 874-876.
- Berggren U*: Uppföljning av ett vårdprogram för gravt tandvårdsrädda patienter. Tandläkartidningen 1992, 84, 348-357.
- Berggren U*: Psychosocial effects associated with dental fear in adult dental patients with avoidance behaviors. Psychology and Health 1993, 8, 185-196.
- Hakeberg M*: Dental anxiety and health. A prevalence study and assessment of treatment outcomes. Avhandling, Göteborgs universitet 1992.
- Hakeberg M, Berggren U, Carlsson S G*: Prevalence of dental anxiety in an adult population in an urban area in Sweden. Community Dent Oral Epidemiol 1992, 20, 97-101.
- Hakeberg M, Berggren U*: Changes in sick-leave among Swedish dental patients after treatment for dental fear. Community Dental Health 1992, 10, 23-29. SIFO.
- Tandläkarbesök - intervjuundersökning för Tandvärnet. Stockholm 1962.