

Om behov av tandvård

Birger Rickardsson

Det professionellt bedömda vårdbehovet har använts som grund för att dimensionera och organisera barn- och ungdomstandvården i vårt land. Detta har varit möjligt eftersom detta vårdbehov i stort sett resulterat i den faktiska vårdkonsumtionen inom denna sektor. Möjligheterna att på motsvarande sätt översätta uppmätta vårdbehov i konsumtionstermer inom vuxenpopulationen medför stora felkällor. Birger Rickardsson har velat fokusera intresset kring det mångtydiga begreppet "vårdbehov" som i sig rymmer så många olika facetter.

Birger Rickardsson är universitetslektor vid avdelningen för samhällsodontologi vid Tandläkarhögskolan i Malmö.

Inledning

Samhällets engagemang i tandvården har ökat betydligt de senaste decennierna. Den offentliga tandvårdssektorn har successivt expanderat och en allmän tandvårdsförsäkring infördes 1974. Det ökade intresset från samhällets sida har initierat diskussioner om bl a tandvårdens mål, begreppen tandhälsa och tandvårdsbehov (Barenthin 1977a, DsS 1979, Virtanen 1979, Granath 1980).

Att mäta tandvårdsbehov är svårt men angeläget. Uppgifter om tandvårdsbehov skall tjäna som underlag för vårdplanering så att rätt dimensionerade och ändamålsenliga resurser tilldelas och fördelas så att de kommer varje medborgare tillgodo.

Nedanstående synpunkter har sammanställts för att belysa några problem då det gäller att fastställa och tolka uppgifter om tandvårdsbehov och för att stimulera en fortsatt diskussion i ämnet.

Vårdbehov

Ett behov kan sägas existera om det finns en skillnad mellan ett faktiskt tillstånd, "sakläge", och ett "önskvärt tillstånd" (Liss 1985). Analogt med detta kan sägas att vårdbehov är den vård som krävs för att förändra ett faktiskt hälsotillstånd till ett önskvärt hälsotillstånd.

Någon allmänt vedertagen definition av begreppet vårdbehov finns dock inte. Begreppet är komplext och hur man ser på det är beroende av värderingar och traditioner (Mägi 1983, Söderfeldt 1985). Det är oftast en avgörande skillnad om man ser behovet från patientens synvinkel, sk subjektivt eller upplevt behov, eller från vårdgivarens, sk objektivt eller professionellt definierat behov.

Mål för tandvården

I olika mål för tandvården anges vad man strävar efter att uppnå dvs vad som är det "önskvärda tillståndet". Som övergripande mål för tandvården i Sverige har föreslagits:

"Att tillgängliga resurser användes på ett sådant sätt att hela befolkningen hjälptes till en acceptabel oral hälsa för att bidra till individens fysiska, psykiska och sociala välbefinnande". (DsS 1979).

Tandvårdsbehov kan då definieras som de åtgärder som krävs för att förändra den faktiska tandhälsan (oral hälsa) till acceptabel. Målformuleringen antyder också att åtgärderna skall prioriteras och fördelas i befolkningen.

.....

Vårdbehov ett svårtolkat begrepp

.....

.....
"Den teknokratiska ideologin" har hitintills i
allt för stor omfattning styrt bedömningen av
det odontologiska vårdbehovet
.....

Hälsa – tandhälsa

Vid bedömning av vårdbehov är det följaktligen av
central betydelse att:

- fastställa "sakläget", den faktiska tandhälsan
- klargöra vad det "önskvärda tillståndet", accep-
tabel tandhälsa, innebär.

När man diskuterar vad som är acceptabel tand-
hälsa måste man beakta att tandhälsa är en av kom-
ponenterna i den totala hälsan, som i sin tur är en
viktig dimension i begreppen välfärd, levnadsnivå
och livskvalitet (Allardt 1975, Söderfeldt 1985). Ett
behov av tandvård kan anses föreligga endast om
vården kan åstadkomma en förändring som främjar
livskvaliteten hos patienten ifråga.

Hälsa kan definieras på många sätt (för översikt
se Goldsmith 1973, Svensson 1978). Det ensidigt
biomedicinskt definierade hälsobegreppet har på se-
nare tid utsatts för mycket kritik (tex Lalonde 1974,
Illich 1976, Lagergren mfl 1978, Eriksson 1983).
Man menar bl a att hälsans utveckling påverkas för-
utom av biologiska, framför allt av sociala och psy-
kologiska faktorer.

Den vidgade synen på hälsobegreppet har haft
konsekvenser för utformningen av sjukvårdens mål
och medel (SOU 1979) och har även vunnit ett visst
gehor inom tandvården (Barenthin 1975, Hamp
1977, UHÄ 1977).

Den biomedicinska traditionen är dock den helt
förhärskande inom tandvården. Grogrunden för
"den teknokratiska ideologin" (Söderfeldt 1981),
har varit särskilt gynnsam inom odontologin. Detta
är förklarligt men också olyckligt. Förklarligt, där-
för att tandsjukdomarna manifesterar sig oftast i
biologiska avvikelser som är lätta att diagnostisera
och tekniskt korrigera till något som liknar "det
normala". Olyckligt därför att såväl förekomsten av
tandsjukdomar som hur effekten av deras härjning-
ar upplevs, beror endast i ringa grad av biologiska
och tekniska faktorer och till övervägande del av
sociala och psykologiska variabler (Sheiham et al
1982).

Att mäta tandhälsa och tandvårdsbehov

Som regel utgår man från ett biologiskt-tekniskt
perspektiv då man mäter tandhälsa och tandvårds-
behov. Det fullt betandade bettet utan defekter an-
vänds som norm ("önskvärt tillstånd") och man
räknar med att avvikelser från detta skall behand-
las. Detta synsätt har tillämpats såväl på den enskil-
de patienten som i epidemiologiska undersökningar
avsedda att mäta tandhälsa och vårdbehov i en po-
pulation. Defekter i bettet har översatts till åtgär-
der. Tandvårdsbehovet har specificerats genom en
åtgärdslista som med hjälp av tandvårdsförsäkring-
ens prislista översatts till tid och kostnader (Lav-
stedt mfl 1982, Schmidt mfl 1982). På detta sätt har
tex det genomsnittliga tandvårdsbehovet för vuxna
i Skövde beräknats till 5,6 tim (Schmidt mfl 1982)
och i Stockholms län till 5,8 tim (Lavstedt mfl
1982).

Dessa och liknande undersökningar är mycket
värdefulla som beskrivning av tandtillståndet i be-
folkningen men det finns flera risker med att använ-
da som enda underlag vid bedömning av tandvårds-
behov.

Behov – efterfrågan

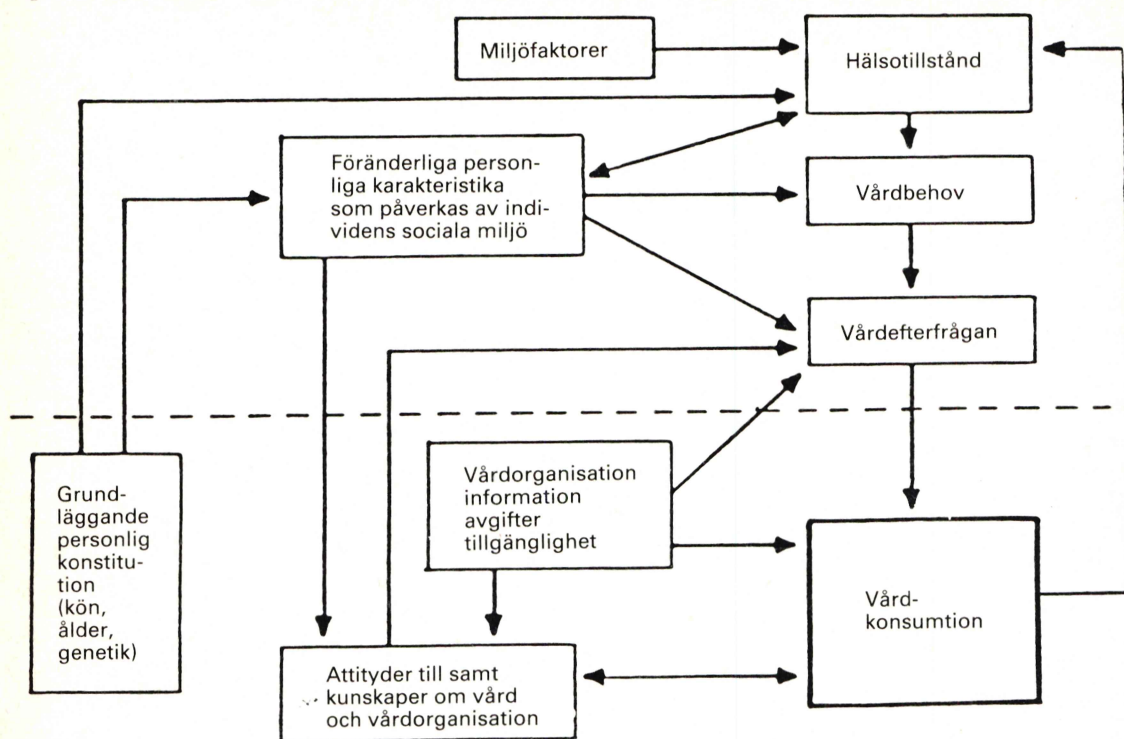
Det av tandläkaren definierade vårdbehovet visar i
många fall dålig överensstämmelse med det upplev-
da behovet (Bulman et al 1968, Nordenram och
Böhlin 1981) och är därför av begränsat värde för
vårdplaneringen. Vårdbehovet skall upplevas av
patienten och därefter skall han ta steget att söka
vård. Detta förlopp påverkas av många faktorer
(figur 1), som förmodligen har sammanlagt större
betydelse för vårdefterfrågan än tandtillståndet.

Det är tex inte rimligt att med skillnader i tandtill-
ståndet förklara varför vissa län i Sverige, per indi-
vid, konsumerar dubbelt så stora resurser för vux-
entandvården som andra län (SOU 1982).

I epidemiologiska undersökningar där man har
kunnat korrelera professionellt uppmätt tandvårds-
behov med efterföljande vårdkonsumtion har sam-

.....
*Stora risker med att översätta epidemiologiskt
konstaterade defekter i vårdbehovstermer*
.....

Figur 1. Individens vårdkonsumtion – modell över orsakssamband mellan betydelsefulla faktorer (Ejlertsson 1981)



banden visat sig vara svaga (Lavstedt mfl 1982, Nuttall 1983). En förklaring till att det ofta är stor skillnad mellan det professionellt definierade tandvårdsbehovet och det upplevda är att man vid den professionella bedömningen använt sig huvudsakligen av biologiska kriterier och undervärderat sociala och psykologiska faktorer. Givetvis beror också skillnaden på att patienten har begränsade möjligheter att bedöma sitt eget tandtillstånd och ibland saknar vetskap om att förbättring kan åstadkommas. Dock är det inte sällsynt att "bristtillståndet" är uppenbart även för patienten men att han ändå är nöjd med sitt tandstatus (Barenthin 1977b).

Indikationer för tandvård

Tandhälsa kan ses som en av de resurser som behövs för att tillfredsställa centrala behov och därmed främja livskvalitén. (Allardt 1975.) Enligt Maslow har människan i hierarkisk ordning följande centrala behov (Eskola 1971):

1. Fysiologiska
2. Trygghetsbehov

3. Samhörighets- och kärleksbehov
4. Behov av social uppskattning
5. Behov av självförverkligande

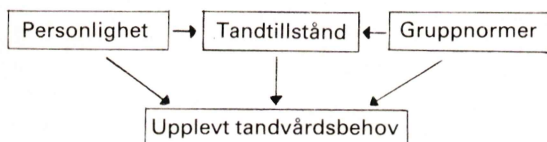
Tandsjukdomarna är inte livshotande och det finns inga belägg för att tandtillståndet direkt påverkar den somatiska hälsan. De fysiologiska behoven beträffande näringsintag kan tillfredsställas oberoende av tandstatus (Farrel 1956, Bates et al 1976). Över 90 % av den svenska befolkningen (20–60 år) har uppgivit att de kan tugga bra (Håkansson 1978) trots att en stor andel av dessa säkerligen av tandläkare skulle bedömts ha bristfällig tuggfunktion. Ersättning av förlorade tänder i käkarnas sidopartier utföres ofta med hänvisning till funktionella skäl. Indikationerna för dessa åtgärder kan ofta ifrågasättas då antalet tänder som behövs för att tillfredsstäl-

Individens grupptillhörighet har avgörande betydelse för det upplevda vårdbehovets omfattning

la funktionella och sociala krav ofta är färre än vad som anses i praxis (för översikt se Käyser 1984). Tandhälsans betydelse för tillfredställelsen av de Maslowska behoven 3, 4 och 5 varierar starkt med den sociala miljön och psykologiska faktorer i personligheten. I den grupp människor som man bl a på grund av sin sociala position känner tillhörighet med (sk referensgrupp) utbildas gemensamma normer och värderingar (Eskola 1971). Riktvärden för vad som är acceptabelt tandtillstånd finns outtalat i referensgruppen. Den personliga anspråksnivån ger variationer kring riktvärdet. Individen kan oftast ge ett klart besked om vad som för henne är acceptabelt ur social och psykologisk synpunkt.

Sambandet mellan upplevt tandvårdsbehov och biologiska, sociala samt psykologiska faktorer kan illustreras med en enkel figur (2).

Figur 2. Faktorer av betydelse för upplevt tandvårdsbehov.



Sannolikt beaktas intuitivt den här modellen vid bedömning av vårdbehovet hos den enskilde patienten. Risken är dock att tandläkaren genom sin ensidigt naturvetenskapliga skolning överskattar betydelsen av behandling av biologiska avvikelser i bettet. Tandläkarens egen referensgrupp tillhörighet och professionella intresse kan också verka för att vården blir ett mål i sig (Berglind och Pettersson 1980). Aldrig så idogt arbete har dålig verkningsgrad om man inte har målet klart för sig. "Den bristande medvetenheten om vårdens egentliga mål leder till att sjukvården i dag spiller stora resurser på sådant som patienterna inte har någon nytta av, samtidigt som många inte får hjälp med det som de mest behöver." (Berglund 1980.)

Behov av tandreglering

En kort diskussion om behovet av tandreglering kan tjäna som exempel för att belysa den tidigare argu-

mentationen. Tandreglering, ortodonti, är en specialitet inom specialiteten odontologi. Inom ortodontin har man klara mallar för hur ett "idealt" eller " normalt" bett skall vara beskaffat vad gäller tändernas ställning och käkarnas relationer. Avvikelse från normerna betraktas som ett potentiellt behandlingsbehov.

Flera studier har visat att det "objektiva" behovet av tandreglering är stort medan motsvarande "subjektiva" behov är betydligt mindre (för översikt se Mohlin 1982). I en undersökning (Ingervall och Hedegård 1974) rapporterades 60 % av en grupp 18-åriga män ha behov av tandreglering. Hos hälften av dessa bedömdes behovet som påtagligt. Endast 4 % av de undersökta ansåg dock själva att de var i behov av behandling.

Genom uppsökande verksamhet i samhällets regi undersöks alla barn i Sverige med avseende på behov av tandreglering. Ungefär en tredjedel av barnen erhåller sådan behandling. Bland dessa finns många angelägna fall med patologiska tillstånd och svåra anomalier. Merparten av barnen behandlas dock på estetiska indikationer för smärre avvikelser i bettet. Tidigare hänvisningar till förebyggande av funktionella störningar som skäl för tandreglering har visat sig vara dåligt grundade (Malmgren 1980, Mohlin 1982, Helm mfl 1984). Förmodligen skulle de flesta avvikelser som behandlas inte ge större funktionella besvär än vad utstående öron gör.

Genom den massiva tandregleringsinsatsen ändras gränserna för vad som är normalt beträffande bett- och tandställningsvarianter i befolkningen. Spektrum av variationer minskar för varje barn som behandlas. De med avvikelser som inte behandlas blir relativt mer avvikande. Behandlingsbehovet trappas på detta sätt automatiskt upp och den enskilde specialisten har liten möjlighet att påverka denna utveckling.

Behov av åtgärder på samhällsnivå

En nackdel med att uttrycka tandvårdsbehov i omedelbara åtgärder på individnivå är dessutom att man i planeringen riskerar att försumma preventiva och långsiktiga åtgärder på samhällsnivå. Dessa kan tex var hälsoupplýsning, vårdpolitiska åtgärder för

styrning av tandvården mot prevention med hjälp av tandvårdstaxan eller införande av sockerskatt.

Till sammanhanget hör också att de individuella kurativa åtgärder som tandvårdsbehoven definieras i ofta är ineffektiva då det gäller att långsiktigt främja tandhälsan i samhället. Flitig tandvårdskonsumtion har inte varit någon garanti för att bevara tandhälsan (Björn 1974, Rickardsson 1978). Att nå tandvårdens mål för befolkningen genom att behandla varje enskild defekt är dessutom orealistiskt ur ekonomisk synpunkt.

Slutsatser

Ovanstående synpunkter belyser att vid en bedömning av vårdbehov i såväl epidemiologiska studier som vid kliniska undersökningar av enskilda patienter, större avseende bör fästas vid det upplevda behovet. Detta ställer stora krav på en dialog som kan klarlägga patientens värderingar och önskemål (Hellström 1985). Vårdgivaren måste dessutom noggrant analysera hur hans/hennes egna värderingar och intressen påverkar bedömningen av vårdbehovet.

Mera konsekvent bör även kanske självklara frågor ställas, såsom: Kunde något ha gjorts för att förhindra detta? Vad är den långsiktiga effekten av den terapi man föreskriver? Finns alternativ? Vad händer om man ingenting gör?

I epidemiologiska undersökningar, som syftar till en bedömning av tandvårdsbehovet, är kanske inte data om tandtillståndet de mest utslagsgivande. Uppgifter om befolkningens och vårdgivarnas attityder till tandvård, vilka personer eller grupper som är missnöjda med sin tandhälsa samt vilka tandtillstånd som inte accepteras, kan vara väl så värdefulla. I vårdbehovsstudier bör dessutom ingå kartläggning av sjukdomsframkallande faktorer och bedömning av befolkningens potential att med egenvård bevara sin tandhälsa. En viktig uppgift är också att undersöka vårdens tillgänglighet och i vilken utsträckning befolkningen har kännedom om vilka vårdmöjligheter som står till buds. Detta skapar förutsättningar för att patienten adekvat skall kunna artikulera sina behov.

REFERENSER

1. Allardt E: Att Ha Att Älska Att Vara. Om välfärd i Norden. Argos, Lund, 1975.
2. Barenthin I: Samhällsmedicinska aspekter på tandvården. Akademisk avhandling, Uppsala, 1977a.
3. Bates J F, Stafford G D och Harrison A: Masticatory function — a review of the literature. *Journal of Oral Rehabilitation* 1976; 3:57.
4. Berglund H och Pettersson U: Omsorg som yrke eller omsorg om yrket. Sekretariatet för framtidsstudier, Liber, 1980.
5. Berglund K: Synen på patienten i sjukvården. I Berglund m fl: Omsorg och människosyn. Sekretariatet för framtidsstudier, Liber, 1980.
6. Björn A-L: Dental health in relation to age and dental care. *Odontologisk revy* 1974; 25 suppl 29.
7. Ejlerthsson G: Produktion och konsumtion av hälso- och sjukvård i en definierad befolkning. Akademisk avhandling, Lund, 1981.
8. Käyser A F: Minimum number of teeth needed to satisfy functional and social demands. In Frandsen A (ed) *Public Health Aspects of Periodontal Disease*, Quintessence, 1984.
9. Lagergren M m fl: Omsorgen i samhället — programskrift för en framtidsstudie om vård och vårdbehov. Sekretariatet för framtidsstudier, Liber, 1980.
10. Lavstedt S, Henriksson C-O, Bolin A och Jonsson B G: Tandtillstånd och behov av tandvård hos en normalpopulation. En longitudinell epidemiologisk studie. DSF, Rapport 1982:7.
11. Liss P-E: Vårdbehov. I Söderfeldt B (red) *Medicinsk vetenskapsteori i praktiken*. Studentlitteratur, Lund, 1985.
12. Mohlin B: Need for orthodontic treatment with special reference to mandibular dysfunction, Thesis, Göteborg, 1982.
13. Nuttall N M: Capability of a national epidemiological survey to predict general Dental Service treatment. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 1983; 11:296.
14. Sheiham A, Maizels J och Cushing A: The Concept of need in dental care. *International Dental Journal* 1982; 32:265.
15. Söderfeldt B: Den heliga tekniken — sjukvården som ideologi. I Lagergren M och Lund L (red) *Tankar om den framtida vården*. Sekretariatet för framtidsstudier, Liber, 1981.
16. Söderfeldt B: Medicinsk vetenskapsteori i praktiken. Studentlitteratur, Lund, 1985.

Fullständig referenslista kan fås av författaren.