

Några begreppsdefinitioner inom den vårdadministrativa epidemiologin

Elof Pettersson

Tandtillståndet i vårt land beskrivs och dokumenteras med hjälp av epidemiologiska data inom samtliga landstingsområden. För närvarande planeras dessutom en insamling på riksnivå av sådana uppgifter såväl inom barn- och ungdomsklientelet som för den vuxna befolkningen. Motivet för dessa insatser är inte enbart att följa hälsoläget utan också att skapa underlag för vårdadministrativa ställningstaganden.

Tandsjukdomarnas livslånga dokumentation i munhålan medför att tolkningen av epidemiologiska data är komplicerad och kräver insikter om sjukdomarnas varierande manifestationsnivåer. De epidemiologiska begreppen måste därför vara klart definierade och informationen anpassad till den aktuella beslutsnivån för att kunna utnyttjas på ett tillförlitligt sätt.

Elof Pettersson som är sekreterare i Socialstyrelsens arbetsgrupp med uppdrag att lämna förslag till ett enhetligt epidemiologiskt informationssystem har gjort en sammanställning av några aktuella begreppsdefinitioner. Elof Pettersson, docent i socialodontologi, är tandvårdschef i Gotlands kommun.

tingsrområde, hävdade vikten av mätningar enligt ackumulerade skador på tandfästet. Bristen på begreppsmässig klarhet beträffande den vårdadministrativa epidemiologins nyansering gjorde att diskussionen blev antagoniserande i stället för att en problemlösande karaktär. I stället för att argumentera mot varandra skulle de ha kunnat inse att mätning av en sjukdom på olika manifestationsnivåer (tex aktuell sjukdomsförekomst vs ackumulerade skador) kan ha olika prioritet på olika administrativa beslutsnivåer.

Syftet med denna artikel är att söka definiera vissa vägledande begrepp inom den vårdadministrativa epidemiologin, nämligen begreppen *beslutsnivå*, *beslutsstyp* och *sjukdoms manifestationsnivå*. Artikeln vill också sätta dessa begrepp i relation till varandra. Förhoppningsvis kan redovisningen bidra till att göra diskussionerna om epidemiologiska mätningar inom vårdadministrativt arbete mer produktiva i framtiden.

Vårdadministrativa beslutsnivåer

Med administrativ *beslutsnivå* avses den styρνivå/förvaltningsnivå där beslut fattas om utformning av vårdpolicy, vårdplan och vårdprogram. I Sverige kan vi för tandvården identifiera åtminstone tre vårdadministrativa beslutsnivåer:

- Riksnivå
- Landstingsnivå

.....
Ett gemensamt språk är en av förutsättningarna för fruktbara diskussioner
.....

Fruktbara diskussioner förutsätter gemensamt språk. I diskussioner om epidemiologiska mätningar inom vårdadministrativt arbete (1, 2) är det viktigt att vi använder en gemensam begreppsapparat. Annars kan det bli som vid en avlyssnad diskussion mellan två tandläkare: Den ene, chef för en specialistklinik, hävdade vikten av epidemiologiska mätningar enligt ett index baserat på parodontala sjukdomsdiagnoser; den andre, samhällsodontologiskt orienterad mot förebyggande vård för ett helt lands-

– Klinik- resp praktikinivå
Inom WHO (3) talar man om motsvarande tre nivåer:

- National health policy formulation
- Regional health program planning
- Health project formulation

På den nationella nivån kan besluten bli röra sig om vårdsyn och vårdpolicy. I Sverige ses sådana beslut manifesterade i exempelvis ny tandvårdslag, tandvårdens motsvarighet till HSL, och inte minst i utredningsdokument och propositioner som föregår lagtexterna. I dessa dokument, tex proposition om särskild tandvårdslag, TU 78, TPU-rapporterna, anges allmän vårdsyn och övergripande mål.

I vårdpolicyn ingår överväganden om inriktning på hälsa och/eller sjukdom, om tonvikten skall ligga på förebyggande eller reparativ vård. Inom den förebyggande vården får man vidare fatta beslut om balansen mellan offensiva/miljöinriktade insatser och kliniska/patientrelaterade insatser. De vårdpolitiska besluten på riksnivå kan även omfatta frågor som rör tandvårdens relation till övrig hälso- och sjukvård och relationen offentlig/privat tandvård. De vårdpolitiska besluten kan även omfatta målgruppsprioriteringar, tex barn och ungdom kontra institutionaliserade, handikappade, åldringar osv.

På den nationella beslutsnivån finns ofta uttalade värderingar med vårdpolitisk innebörd. I statens offentliga utredningar finner man sällan explicita uttalanden om olika etiologiska förklaringsnivåer och till dessa relaterade profylaxmöjligheter, tex om karies beror på bakterier (mun), kostvanor (individer) eller på tillgänglighet av kariesframkallande produkter (samhälle). Likväl finns synsättet på etiologi och profylax indirekt uttryckt i rikspolitiska överväganden om tex fördelning av kostnadsansvar mellan individ och samhälle: Sjukdom orsakad av samhällets närmiljö bör samhället kanske ta ansvar för; sjukdom orsakad av individens livsstil bör individen kanske själv ta ansvar för.

Vårdpolitiska beslut på riksnivå kan även omfatta frågor som rör balansen mellan vård och forskning och frågor som rör arbets- och ansvarsfördelningen mellan olika personalkategorier och relaterad utbildning.

På landstingsnivå gäller besluten också vårdsyn

formulerad i tandvårdsplan. Om målen på riksnivå är generella, tex "god hälsa" så blir de som regel mer preciserade på landstingsnivå. Genom möjligheten att i hög grad förebygga de stora tandsjukdomarna karies och gingivit/parodontit, har landstingens mål för tandvården alltmer kommit att uttryckas i reducerad sjukdomsförekomst. Under tidigare perioder då man uppfattade dessa sjukdomar som relativt oåtkomliga för primär prevention, föll det sig naturligt att tala om mål i vård- och prestationstermer, tex täckningsprocent (andelen "färdigbehandlade" per år). Numera uppfattas det som rimligt att också formulera målen i effekt, dvs vårdens resultat uttryckt i bevarad hälsa. Automatiskt blir det naturligt och nödvändigt att ta fram epidemiologiska beskrivningar av hälsoläget inom befolkningen.

Beslutstyper

Vid övergripande nationella beslut om inriktning av landets tandvård och vid beslut om landstingskommunala tandvårdsplaner gäller besluten *omvärderingar* av tidigare vård, vårdinriktning och ambitionsnivå. Man väljer nya, reviderade eller oförändrade mål. Vilka människor skall vi bry oss om? Vad betraktar vi som lidande? Vid dessa "politiska" beslut på riksnivå kan det gälla att vid val av inriktning både ta hänsyn till kulturella traditioner och skapa kontinuitet, men också att identifiera "kulturella tabun" och vid behov bryta mot dessa. De "politiska" besluten svarar på frågan: Åt vilket håll skall vi? Ibland omfattar de omvärderande besluten även frågan: Hur långt?

På den tredje beslutsnivån, kliniken, kan de vårdadministrativa besluten också vara "politiska" men som regel är dessa omvärderande beslut formulerade i en landstingsövergripande handlingsplan. På kliniknivå kommer besluten att vara mer "tekniska" och gälla styrning mot uppsatta mål: Är vi på rätt väg? Hur långt har vi kommit? Finns det genvägar? Håller vi rätt hastighet? Klarar vi oss fram till

.....

Politikern frågar: Åt vilket håll skall vi? Hur långt?

.....

Kinikern frågar: Är vi på rätt väg? Hur långt har vi kommit? När vi ända fram?

mål? Håller fordonet/kliniken? Räcker tilldelade drivmedel/resurser?

De olika beslutsnivåerna (nation, region, område) omfattar såväl "politiska" beslut om mål som "tekniska" beslut om genomförande för att nå uppsatta mål. På riksnivå dominerar de "politiska" målbesluten, tex i val av vårdinriktning. På landstingsnivå sker dessa omvärderingar i reviderade tandvårdsplaner, tex vid val av vårdinriktning och vid val av mer eller mindre precisa mål. Medelbeslut förekommer också, tydligast i landstingens årliga budgetrevisioner. På klinikinivå dominerar medelbesluten men "politiska" målbeslut förekommer också i så måtto att man på kliniken kan styra resurserna mot olika målgrupper inom den övergripande tandvårdsplanens ram.

Administrativ beslutsnivå
Riksnivå

Dominerande beslutstyp

- Politiska beslut om nationell vårdpolicy och vårdinriktning;
- "tekniska" beslut om medel och genomförande, tex inriktning och dimensionering av utbildning.

Landstingsnivå

- Politiska beslut om vårdinriktning och vårdmål i exempelvis ny tandvårdsplan;
- "tekniska" beslut om medel och resurser för att nå uppsatta mål.

Klinikinivå

- "Politiska" beslut i form av lokal anpassning av landstingsövergripande mål;
- medelbeslut för att uppnå angivna vårdmål.

Som underlag för de "politiska" besluten, speciellt på nationell nivå men även i viss mån på landstingsnivå, är det klokt att ha tillgång till bred information: Ekonomiska trender, socialpolitiska ten-

denser, teknologisk nivå och utveckling, socialpsykologiska utvecklingslinjer som tex förskjutningar i synen på tandvård (från att vara smärteliminering till bevarandet av tänder och vidare till önskemål om "estetisk" tandvård). Den viktigaste informationen torde dock vara epidemiologisk, dvs omfatta uppgifter om sjukdomarnas/skadornas/handikappens utveckling geografiskt och tidsmässigt inom olika befolkningsgrupper.

Sjukdomars manifestationsnivåer

Till informationsunderlaget bör således foga sig den professionella beskrivningen i epidemiologiska termer av skador, sjukdomar och sjukdomsrisker. Men hur beskrivs dessa? Ibland uppstår diskussionsmotsättningar inte enbart därför att den ene talar utifrån ett informationsbehov på riksnivå, medan den andre talar om informationsbehov på klinikinivå. Ibland uppstår också missförstånd och motsättningar därför att man talar om skilda *manifestationsnivåer* för en och samma sjukdom.

De flesta sjukdomar kan betraktas på fyra nivåer:

1. Bestående defekter och "ärrbildningar".

Dessa kan mätas i *skadeprevalens*.

För karies kan det tex röra sig om kaviteter och fyllningar, för parodontiten om olika grader av benfästeförlust. I båda fallen rör det sig om ackumulerade, irreversibla skador oavsett aktuell sjukdom eller ej.

2. Aktuell, pågående sjukdom

Detta kan mätas i *sjukdomsprevalens*.

För karies kan det röra sig om olika indikationer på progressiv karies; för parodontiten om olika tecken på aktuell infektion.

3. Skadeutveckling i ett fastställt tidsperspektiv.

Detta kan mätas som *sjukdomsincidens*.

Sjukdomsincidens (antalet insjuknade under viss tid) kan också uttryckas som sjukdomsaktivitet resp sjukdomsprogression. Kariesaktivitet innebär traditionsenligt antalet nya kariesangrepp under viss tidsperiod. Kariesprogression å andra sidan bedöms inte enbart som antalet nya angrepp utan omfattar även fortsatt skadeutveckling på redan angripna ytor. Mätningar av kariesprogression kan dessutom ytterligare fingeraderas genom viktning av olika förändringssteg. För parodontitens del kan det beträff-

fande sjukdomsprogression tex röra sig om fästeförlust under viss tidsperiod. Sjukdomsaktivitet kan ses som en speciell form av sjukdomsprogression.

4. Latent sjukdomsutveckling, befarad sjukdom som följd av svaga skyddsfaktorer och/eller starka angreppsfaktorer: *sjukdomsrisk*.

För kariessjukdomens del kan det tex röra sig om nedsatt salivsekretion och/eller ofördelaktiga kostvanor med eller utan förekomst av speciella "kariesbakterier". För gingiviten/parodontiten kan det röra sig om munandning, vissa speciella allmänsjukdomar med eller utan speciell medicinering (diabetes, epilepsi), dålig munhygien med eller utan speciella retensionfaktorer och speciella bakterier. Sjukdomsrisk kan i viss mån ses som potentiell sjukdom. Sjukdomen har egentligen inte manifesterat sig, men tecken på förestående, sannolik sjukdom föreligger.

En sjukdom kan således beskrivas på olika nivåer: (1) som gammal skada; (2) som pågående sjukdom; (3) som en destruktiv kraft av viss styrka under bestämd tidsperiod; (4) som ett mer eller mindre överhängande hot, en sannolik risk. Varje manifestationsnivå har sin speciella tidsrelation:

– Skadeprevalens

Dåtid: Förekomst av individer med skador (alt akkumulerade skador/individ) oavsett aktuell sjukdom. En beskrivning av vad individen *hittills* dragit på sig av bestående skador, ett livsresultat i form av irreversibla defekter eller handikapp.

– Sjukdomsprevalens

Nutid: Förekomst av individer med tecken på aktuell sjukdom (alt mängden sjukdom/individ) oavsett om bestående skador utvecklats eller ej. Vad som pågår/gäller *just nu*.

– Sjukdomsincidens

Nutid rel dåtid: Antalet individer som insjuknat under viss tid (incidens) alt antalet nyttillkomna skador eller nyttillkomna plus förvärrade skador under viss tid (aktivitet resp progression). Alla beräkningssätten innebär mått på sjukdomsintensitet utifrån tillslaget av sjukdom/skador *under bestämd tidsperiod*.

– Sjukdomsrisk

Framtid: Antalet individer med tecken på viss sannolik *framtida* sjukdomsutveckling.

Relation mellan beslutstyp och sjukdoms manifestationsnivå

Omvärderande policy-beslut söker svar på frågorna "Vart skall vi? Vilka mål skall vi välja?" Tekniska medelbeslut svarar på frågorna "Är vi på rätt väg? Med rätt hastighet?" "Politiska" beslut kommer att beröra skade- och sjukdomsprevalens. Syftet med vården måste vara att så få som möjligt är skadade och sjuka, att de som är skadade har så få skador som möjligt, att de som är sjuka har så få och lätta sjukdomstecken som möjligt. Beslut om genomförande behöver förutom uppgift om sjukdomsprevalens även uppgift om sjukdomsincidens och sjukdomsrisk.

Med insikt om dessa samband mellan sjukdomars manifestationsnivåer och olika typer av beslut kan man diskutera huruvida beslut på riksnivå skall omfatta mått på samtliga eller enbart vissa manifestationsnivåer. Likaså kan man diskutera till vilken grad den rikstäckande epidemiologiska datainsamlingen bör kompletteras på landstings- resp klinisknivå. Val av epidemiologiska index inom vårdadministrativt arbete måste styras av det informationsbehov som är relevant för den aktuella beslutsnivån. Detta informationsbehov bör i sin tur styras av de aktuella vårdmål som etablerats (4).

REFERENSER

1. Dever Alan G, E: Epidemiology in health services management. Rockville, Md, Aspen Publication, 1984.
2. Knox E. G (ed): Epidemiology in health care planning. Oxford, Oxford University Press, 1979.
3. Planning and evaluation of public dental health services. Technical Report Series 589. Geneva, WHO, 1976.
4. Petterson, E: Val av epidemiologiska index inom vårdadministrativt arbete. Promemoria. Stockholm, Socialstyrelsens tandvårdsbyrå, 1984.