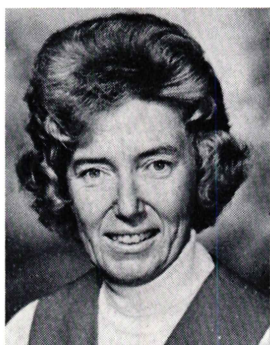


En vårdplaneringsmodell med ortodontisk tillämpning



Bengt Lindegård



Lillemor Lindegård

I nedanstående artikel redovisas en teoretisk vårdplaneringsmodell som försöker ta hänsyn till den betydelsefulla växelverkan som kan ske mellan å ena sidan sjukvårdskonsumtion/sjukvårdsproduktion och å andra sidan sjukdoms-panorama, individernas subjektiva värderingar av vårdbehovet respektive sjukvårdens omhändertagandemönster. Denna teoretiska modell har varit föremål för en experimentell studie där tandställningsfel (malocclusioner) utnyttjas som objekt i undersökningen. Föräldrar och makar i 113 familjer respektive 10 ortodontister har under experimentella förhållanden intervjuats för att få ett mått på den subjektiva värderingen av vårdbehovet (som kan antas ligga bakom vårdefterfrågan) respektive den "objektiva värderingen" (som kan ligga bakom omhändertagandemönstret).

I undersökningen har man också studerat sambandet mellan vissa sociala och ekonomiska variabler och individernas subjektiva uppfattning om vårdbehovet.

Professor Bengt Lindegård är överläkare vid socialmedicinska kliniken, Sahlgrenska sjukhuset och Lillemor Lindegård är bitr övertandläkare vid tandregleringsverksamheten, Folk tandvården, Göteborg.

Vårdbehovet uttrycker en värdering

"Om en stenhuggare i Bohuslän under sitt arbete råkar slå av ytterfalangen på ett finger så går han ifrån arbetet en stund, lindar isoleringsband runt fingerstumpen och återgår därefter till arbetet. Skulle något liknande inträffa i Göteborg eller annan storstad så är väl frågan om man inte skulle kalla på ambulans." Detta drastiska, medvetet karikerade inlägg i en vårdpolitisk diskussion härstammar från framlidne länsläkaren Tage Lindö. Vad han åsyftade med sitt inlägg var att understryka relativiteten och de subjektiva värderingarna bakom vad vi brukar kalla vårdbehov.

En annan karikatyr förtjänar också nämnas. Det

är en situationsbild från det Skandinaviska sjukhuset i Korea, förmedlad av en läkare som tjänstgjorde där för ett tiotal år sedan. På tal om tillgängliga sjukvårdsresurser yttrade han ungefär så här. "Där var massor av människor som sökte hjälp, men vi var nödsakade att låta nästan alla återgå dit varifrån de kom. Och ändock var detta människor som, om man överflyttat situationen till Sverige, praktiskt taget alla skulle ha bedömts som högprioriterade fall för inläggning på sjukhus."

Även detta exempel understryker i sin dramatik att vårdbehov är någonting relativt, något som är beroende av olika omständigheter hos människorna

»Om en stenhuggare i Bohuslän under sitt arbete råkar slå av ytterfalangen på ett finger går han ifrån arbetet en stund, lindar isoleringsband runt fingerstumpen och återgår därefter till arbetet. Skulle något liknande inträffa i Göteborg eller annan storstad så är väl frågan om man inte skulle kalla på ambulans».

själva och i deras sociala omgivning. Det har en fundamental betydelse för sjukvårdspolitik och sjukvårdsplanering att man inser att vårdbehov är uttryck för en värdering och inte något fixt objekt som låter sig beskrivas och mätas i objektiva termer och något som våra vårdambitioner självklart skall anpassas till.

Vad döljer sig bakom ett "vårdbehov"?

Vad är det då för omständigheter som ligger bakom en värderande utsaga att ett vårdbehov föreligger? Det vet vi ännu inte helt, men vi känner till en del. Det blir enklare att resonera om vi först gör en distinktion mellan den värdering som göres av den person som blir föremål för vården och den som göres av omhändertagande personer. Vi kan kalla patientens — eller dennes anhörigas etc. — värdering av vårdbehovet för subjektets värdering resp. för ett *subjektivt vårdbehov*. Mot detta ställer vi en värdering av utomstående, till patienten icke närstående personer, vilket vi kan kalla för en objektiv värdering resp. ett *objektivt vårdbehov*. Sistnämnda term uttrycker sålunda *icke* att vårdbehovet låter sig objektivt bestämmas, utan endast att värderingen har skett av någon annan än subjektet — patienten — eller denne närstående personer.

Det subjektiva vårdbehovet kan övergå i en *efterfrågan av vård*: patienten hänvänder sig till en vårdinstans och begär att bli omhändertagen för vård med allt vad det innebär av utredningar, diagnosticerande, behandlingar och inte sällan hospitalisering. På analogt vis kan ett objektivt vård-

behov leda till ett *omhändertagande för vård*. I ett genomsnittsärende är väl gången sådan att patienten eller dennes närmaste noterar vissa symtom, upplever ett subjektivt vårdbehov som övergår i en efterfrågan av vård varvid representanten för den kontaktade vårdinrättningen bekräftar bedömningen, dvs upplever ett objektivt vårdbehov, och föranstaltar om ett häremot svarande vårdmässigt omhändertagande. Denna harmoni mellan de båda slagen av värderingar, mellan det subjektiva och det objektiva vårdbehovet, är långtifrån alltid för handen. Det subjektiva vårdbehovet kanske inte bekräftas med ett konstaterande av att objektivt vårdbehov föreligger: patienten eller dennes närstående övervärderar vårdbehovet, söker kanske för någon bagatellåkomma eller för ifrågasatta symtom som icke kan verifieras vid undersökningen av läkaren, tandläkaren, sjuksköterskan etc. En viss ängslan eller oro för sjukdom kan ligga bakom en sådan övervärdering av vårdbehovet, något som delvis bestyrkes av att i viss mening psykiskt sköra personer uppvisar en överkonsumtion av sjukvård (*Lindegård, 1972*). Ibland kan den subjektiva värderingen av vårdbehovet vara sjukligt överdriven och i sådana fall är det denna "sjukdomsskräck" som från objektiv synpunkt kan bilda vårdanledning, icke de symtom som patienten upplever som grund för ett vårdbehov. Det finns emellertid också exempel på motsatta förhållanden, nämligen att patienten inte tillbörligt noterar och/eller värderar symtom som från objektiv synpunkt motiverar omhändertagande för vård. Tanken bakom olika slags hälsoundersökningar är givetvis till en del att upptäcka symtom som den undersökte själv inte har förutsättningar att registrera, men till en del även att fånga in tillstånd där patienten icke kommit sig för att söka vård helt enkelt därför att han eller hon icke värderat fenomenen tillräckligt allvarligt, dvs icke upplevt ett subjektivt vårdbehov. Från vitt skilda områden för hälsoundersökningar tycks det kunna bekräftas att man bland dem som uteblir från sådana undersökningar återfinner personer som bättre än flertalet skulle behöva undersökas, få ett objektivt vårdbehov konstaterat och adekvata vårdåtgärder vidtagna.

Sjukdomspanoramat

Även om således vårdbehovet inte är något fixt och mätbart objekt har det ändå en substantiell kärna kring vilken värderingarna kretsar. Denna kärna utgöres av de olika sjukdoms- och skadetillstånd liksom abnormiteter i övrigt som förekommer eller dyker upp bland människorna i en viss befolkningsgrupp. Med uttrycket sjukdomspanorama avses det faktiska hälsoläget i vederbörande befolkning, förefintligheten av sjukdoms-, skade- etc. tillstånd från kvalitativ och kvantitativ aspekt.

Ju sämre hälsoläget är i en befolkning, dvs ju flera sjukdomstillstånd m. m. som förekommer desto större är det objektiva vårdbehovet. Ju fler benbrott och skelettsjukdomar som uppträder i en befolkningsgrupp, desto större blir — objektivt sett, jfr ovan — behovet av ortopediskt omhändertagande. Ju fler aborter som efterfrågas, desto större krav på gynekologisk-obstetrisk expertis, assistens, lokaliteter etc.

I ett socialt och ekonomiskt utvecklat samhälle råder en hygglig balans mellan sjukdomspanorama och sjukvårdskonsumtion/sjukvårdsproduktion. Men det är viktigt i sammanhanget att notera att det inte finns något enkelt matematiskt samband mellan sjukdomspanorama och sjukvårdsproduktion eftersom relationen modifieras av värderingar rörande behovet av vårdåtgärder: å ena sidan de subjektiva, å andra sidan de objektiva värderingarna (jfr ovan). De olika fenomen som bildar sjukdomspanoramat säger i sig inget om i vad mån de påfordrar åtgärder utan detta förutsätter en värdering från funktionell, samhällsekonomisk, teknisk-medicinsk och framförallt humanitär aspekt. Den objektiva värdering som representanten för en vårdinstans företar återspeglar i viss mån samhällets officiella värdering av vårdbehovet, dvs av hur pass angeläget det kan anses vara att ta itu med olika sjukdoms- eller andra abnormfenomen.

Sjukdomspanoramat i en befolkning är ingalunda statiskt, utan ändras med exempelvis olika sociala betingelser för den enskilde: en skärpt konkurrenssituation i samhället följs av ökande inslag av s. k. stresssjukdomar osv. I sammanhanget skall påpekas att även sjukvårdsproduktionen påverkar

sjukdomspanoramat både genom att man *reducerar* förefintligheten av vissa sjukdomar eller abnormtillstånd och genom att man *ökar* förekomsten av olika symtom. Tag som exempel sockersjuka, diabetes mellitus. Sedan insulinets upptäckt i början av 1920-talet har vi betydligt effektivare än dittills kunnat behandla diabetiker, förlänga deras liv och förhjälpa dem till en aktiv social tillvaro. Samtidigt har detta påverkat sjukdomspanoramat. Under det femtiotal år som gått har andelen personer i befolkningen med manifest diabetes ökat, liksom fallet är med antalet personer som bär arvsanlag för sjukdomen. För de insulinbehandlade patienterna själva har efter ett decennium eller mera tillstött komplikationer till grundsjukdomen i form av blindhet, njurskada, perifer nervskador m. m.

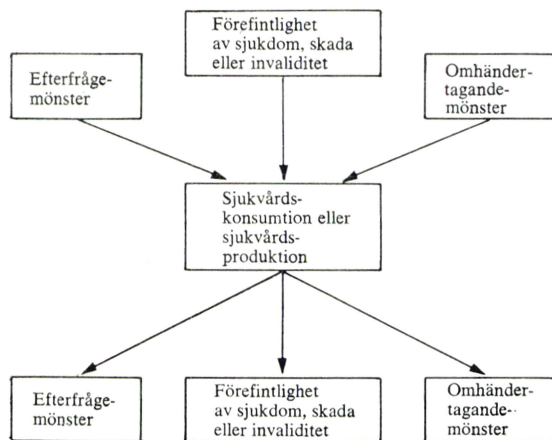
Sambandet mellan faktisk sjuklighet och vårdbehovsvärderingarna

Om nu sjukdomspanoramat, dvs förefintlighet av sjukdom, skada, invaliditet m. m., påverkar sjukvårdskonsumtion/sjukvårdsproduktion inom en befolkning så sker även det motsatta, dvs nyssnämnda återverkar på sjukdomspanoramat. Förändringarna härvidlag påverkar i nästa moment sjukvårdskonsumtion/sjukvårdsproduktion osv.

Denna kretsgång modifieras av patienternas subjektiva vårdbehov och häremot svarande *efterfrågemönster*, liksom av vårdgivarnas bedömning, det objektiva vårdbehovet, och häremot svarande *omhändertagandemönster*. En jämförelsevis stark efterfrågan tenderar att öka sjukvårdskonsumtionen/sjukvårdsproduktionen. Detsamma gör ett aktivt och ambitiöst omhändertagandemönster — och vice versa. Den faktiska sjukvårdsproduktionen bildar betingelser i nästa moment för såväl subjektiv som objektiv bedömning av vårdbehovet och därmed för såväl efterfråge- som omhändertagandemönster.

De olika komponenterna åstadkommer påverkan och återkoppling i en i tiden fortlöpande process, där varje moment eller "kedjelänk" kan beskrivas så som i *figur 1*. Figuren illustrerar samtidigt en modell som förefaller kunna vara ändamålsenlig för vårdplaneringssyften sedan man genom empi-

Figur 1. Sjukvårdskonsumtionen influeras av tre huvudfaktorer, nämligen a) förefintlighet av sjukdom, skada eller invaliditet i befolkningen, b) befolkningens efterfrågan av sjukvård samt c) sjukvårdsapparatsens kvantitativa och kvalitativa struktur liksom attityden hos sjukvårdspersonalen. Sjukvårdsproduktionen påverkar samma tre faktorer dels genom bl. a. ökat medicinskt kunnande och ökad medicinsk observans hos vårdtagare och vårdgivare, dels genom en anpassning hos bådaddera till vårdapparatsens kvantitativa och kvalitativa kapacitet.



riska studier sökt illustrera resp. verifiera de hypoteser som modellen uttrycker.

Lämpligt objekt för konkret prövning av vårdplaneringsmodellen: malocclusion (tandställningsfel)

För att pröva den modell som grafiskt återges i figur 1 krävs att man laborerar med ett sjukdoms- eller skadetillstånd som uppfyller krav på konstans och närmast oändlig reproducerbarhet, som låter sig värderas på gemensamma grunder av lekmän och experter beträffande behandlingsindikation och som på sannolika skäl kan påstås vara behandlingsbara fram till visst, konkret preciserat behandlingsmål. Ett sjukdoms- eller abnormtillstånd som, låt vara med vissa mindre inskränkningar, tillgodoser dessa krav hos det studerade objektet utgör malocclusionerna (tandställningsfelen) om man undantar s. k. funktionella malocclusioner.

Abnormtillståndet tillåter här oändlig reprodu-

cerbarhet genom att man kan framställa gipsav- gjutningar av bettet och fotografera av bettet *in situ*. Ortodontisten och lekmannen kan vid dessa tillstånd sägas vara relativt jämnställda ifråga om förutsättningarna för värderingen av behandlingsindikation — förutsatt att prognosen för behandlingen är god och helt förutsebar — eftersom estetiska och patientpsykologiska skäl är helt dominerande.

I det följande redovisas en studie av detta slag. För information på större detaljnivå hänvisas till originalpublikationen (Lindegård och medarb., 1971).

Undersökningsobjekt: åtta malocclusionsfall

Till grund för undersökningen lades åtta malocclusionsfall, alla demonstrerbara genom gipsmodeller av bettet tillsammans med färgfotografier en face, halvprofil och profil av vederbörande patient. Figur 2 återger de åtta bettmodellerna, som kan karakteriseras som följer.

Fall 1. Flicka, 10 år. Distalbett, horisontell överbitning 8 mm, vertikal d:o — 4 mm. Frontalöppet bett.

Fall 2. Pojke, 13 år. Distalbett, horisontell överbitning $2+ = 3$ mm, $1+ = 7$ mm, $+1 = 4$ mm, $+2 = 3$ mm. Vertikalt överbett 5 mm. Trångställning $2+1+1+2+3$, $2-$, $1-$, -4 . $1+1$ mesiolabialroterade $1+ : 45^\circ$, $+1 : 25^\circ$.

Fall 3. Flicka, 16 år. Neutral occlusion, horisontellt överbett 2 mm, vertikalt överbett 3 mm, korsbitning $+7/-7$. Aplasi $2+2$, $5-$. Diast. $3+1+ = 2$ mm, $1+1 = 3$ mm, $+1+3 = 1,5$ mm.

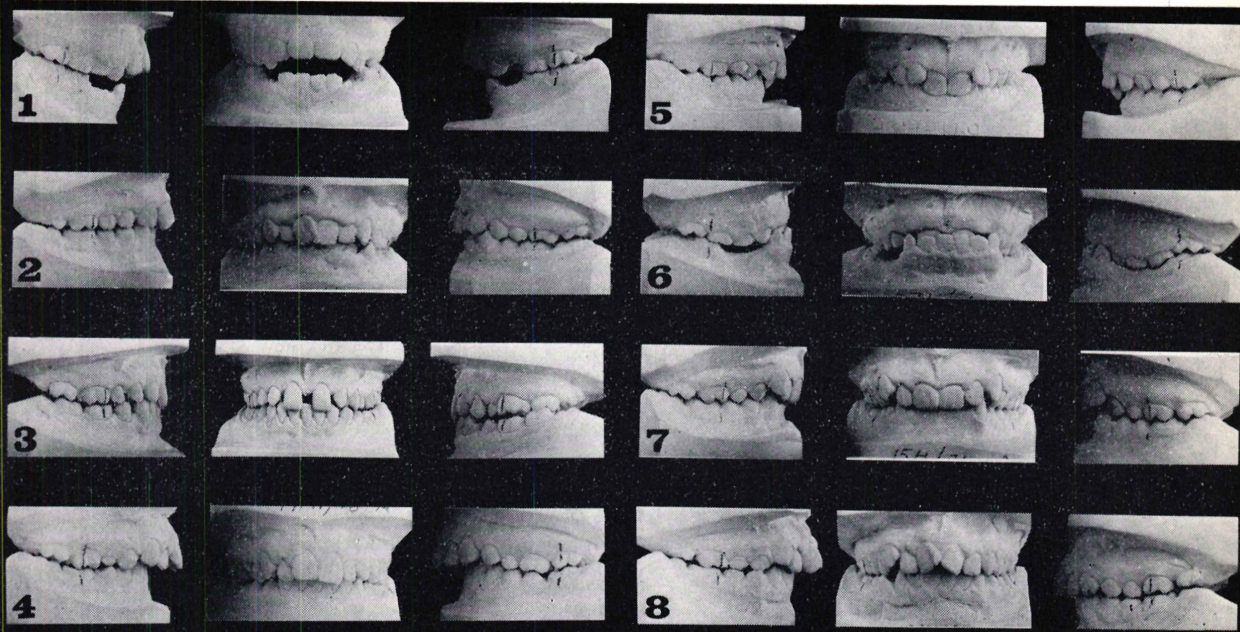
Fall 4. Pojke, 13 år. Distalbett, horisontell överbitning $2+ = 7$ mm, $1+ = 12$ mm, $+1 = 11$ mm, $+2 = 9$ mm. Vertikalt överbett 6 mm. —6 tidigt extraherad. Trångställning $5+$, $2+$, $5-$. Saxbitning $4+/4-$, $+4/-3$. Korsbitning $5+/5-$.

Fall 5. Flicka, 10 år. Distalbett, horisontell överbitning $1+1 = 1$ mm, $2+2 = 7$ mm. $1+1$ retruderade. $2+2$ proklinerade. Trångställning $5+$, $2+2$. Saxbitning $5+/5-$.

Fall 6. Pojke, 8 år. Mesialbett med frontal tvångsföring. $1+1+03$ inverterade. Horisontell överbitning — 1 mm, vertikal överbitning 5 mm.

Fall 7. Pojke, 13 år. Distalbett, horisontell överbitning $2+1+1 = 3$ mm, $+2 = 5$ mm. $2+1+1+2$ retruderade. Trångställning $3+$, $+2+3$; $3-$, $1-$, -3 .

Figur 2.



Fall 8. Flicka, 11 år. Distalbett, horisontell överbitning 1+1 = 8,5 mm, 2+2 = 3 mm. 1+1 mesiolabialroterade. Vertikal överbitning 2 mm. Trångställning 3+, 1+1, 4—.

Intervju rörande vårdbehovsvärdering

De åtta malocclusionsmodellerna tillsammans med en gipsmodell föreställande ett normalbett, arrangerades i en väska, lämplig att transportera vid hembesök. Intervjuaren besökte ett drygt hundratal familjer och sedermera ett 10-tal ortodontister. Familjerna hade utvalts tidigare för en annan undersökning och kännetecknades av att i varje familj fanns minst ett barn i 13-årsåldern. Telefonledes bestämdes tidpunkt för hemintervjun och som regel träffade intervjuaren hustrun/mamman i familjen.

Efter en inledande presentation av undersökningen, kompletterande den skriftliga information som inlagts i annonseringen per brev till berörda familjer, visade intervjuaren upp sin samling bettmodeller. Hon visade upp modellen av ett normalbett och preciserade dettas särställning. Hon förutskickade att hon hade åtta andra modeller av bett som, efter ortodontisk behandling, kunde justeras

till nära nog normalbett. Syftet med intervjun angavs vara att utröna vederbörandes uppfattning om betydelsen av tandregleringsvård.

Därefter gick man systematiskt igenom de åtta malocclusionsfallen, varvid intervjuaren demonstrerade fotografier och bettmodell och samtidigt ställde frågan: "Om er son/dotter hade ett bett som detta, skulle ni då anse det angeläget att han/hon finge undergå tandregleringsvård?" Den intervjuades svar anpassades till och registrerades efter en sjugradig skattningsskala, som verbalt kan anges som följer:

- 1 poäng — Nej, absolut inte
- 2 „ — Högst tveksamt
- 3 „ — Något tveksamt
- 4 „ — Ja, utan tvekan
- 5 „ — Ja, det vore angeläget
- 6 „ — Ja, det vore nödvändigt
- 7 „ — Ja, till varje pris

Ibland deltog båda makarna/föräldrarna i intervjun, och i sådana fall sökte intervjuaren väga samman bådars svar till ett enda.

När intervjuaren besökte de berörda ortodontisterna presenterades den intervjuade frågeställ-

ningen: "Om doktorn hade en patient med ett bett som detta, skulle ni då anse det angeläget med ortodontisk behandling?" Den intervjuade informerades om att svaret avsågs att placeras in på en sjugradig skattningsskala och vederbörande fick avge sitt svar i siffer- eller poängform relaterad till denna skala.

Materialbearbetning av intervjudata

Den teknik som här redovisats är trubbig, men får accepteras när man i pioniärsammanhang går ut i sådant här ärende. Från beteendevetenskaplig synpunkt kan anföras att metoden är grov, att skalans intervaller är okända och kanske icke komparabla osv. Här skall blott anföras att skalan först prövades på ett 30-tal intervjupersoner bland den socialmedicinska klinikens personal, varvid framkom att skalan differentierade tillräckligt för syftet och att summapoängen för de åtta modellerna icke signifikant avvek från normalfördelningsformen.

I bearbetningen av intervjudata användes stundom vårdbehovspoäng för envar av de åtta modellerna, stundom summapoäng för de åtta värderingarna.

De intervjuades bakgrund

De intervjuade familjerna (föräldrarna) tillhörde ett sample på 172 familjer från ett bostadsområde i Göteborg med varierande bostadsbebyggelse, omfattande såväl villabebyggelse som mindre och större hyresfastigheter. Materialet hade primärt insamlats för en metodologisk studie rörande multi-problemfamiljer. Av denna anledning hade man samlat in en rad sociala data rörande familjerna och deras enskilda medlemmar. Från försäkringskassan kände man familjens ekonomiska status, uttryckt i sjukpenningklass. Vidare hade man därifrån uppgifter på om, när och hur ofta föräldrarna varit sjukskrivna m. m. Från socialregistret erhöles uppgifter om någon av föräldrarna varit föremål för nykterhetsvårdande åtgärd, om socialhjälp utgått till familjen/föräldrarna resp. om man varit aktuell som barnavårdsärende.

Dessa uppgifter kompletterades av intervjuaren vid hembesöket med förfrågning huruvida hustrun

/mamman eller mannen/pappan själva, resp. något av familjens barn, hade undergått tandregleringsbehandling.

Av de ursprungligen studerade 172 familjerna hade 12 flyttat från bostadsområdet. Ytterligare 47 kunde man icke nå kontakt med eller av annan anledning erhålla intervju med under den jämförelsevis korta period under vilken intervjuerna genomfördes (april—juni 1971). Antalet deltagande familjer uppgick till 113.

De intervjuade ortodontisternas antal inskränkte sig till tio. Detta antal är för litet för att man skulle få fram relevant information om sambandet mellan behovsvärdering och bakgrundsfaktorer såsom antal år i tandläkaryrket, antal år som ortodontist, erfarenhet av vårdadministrativt arbete och liknande. Det hade varit önskvärt att ha betydligt fler tandläkare bland de intervjuade. Likaledes hade det varit av intresse att med varandra jämföra olika kategorier tandläkare, exempelvis allmänpraktiserande tandläkare, kommunalanställda tandläkare, högskoleanställda tandläkare, skoltandläkare, ortodontister m. fl. På så vis skulle man ha kunnat belysa väsentliga bakgrundsfaktorer till tandläkarens vårdbehovsbedömning — hypotetiskt svarande mot "omhändertagandemönstret" (jfr fig. 1).

Ortodontister och föräldrar värderar vårdbehovet ganska lika

Med ovannämnda reservation mot intervjustskalans mättekniska egenskaper genomfördes vissa enklare kalkyler utifrån antagandet att skalan är förhållandevis ekvidistant. I tabell 1 redovisas genomsnittsbedomning av vårdbehovet för vart och ett av de åtta fallen samt spridningsmått (standarddeviation och variationsvidd).

Man finner att spridningen i värderingarna i flertalet fall är högre för föräldragruppen än för ortodontisterna. I inte mindre än sex av de åtta fallen har föräldragruppen utnyttjat hela den sjugradiga skalan för sina behovsvärderingar, medan så icke någon gång är fallet för ortodontisterna.

Beträffande genomsnittspoäng för vårdbehovsvärdering följs de två kategorierna åt tämligen väl. Största differensen i värderingar finner man i

Tabell 1. Medelvärden, standarddeviation och variationsvidd för vårdbehovsvärderingen i åtta utvalda malocclusionsfall för 113 intervjuade familjer/föräldrar och 10 ortodontister. Jfr. fig. 2.

Fall nr.	Tio ortodontister			113 föräldrar/föräldrapar		
	M	SD	Range	M	SD	Range
1.	4.90	1.29	2—7	5.25	0.97	3—7
2.	4.90	1.20	3—7	4.93	1.09	1—7
3.	3.10	1.29	2—5	3.50	1.31	1—7
4.	5.70	1.06	4—7	5.38	1.23	1—7
5.	6.00	0.82	5—7	5.20	0.99	1—7
6.	6.20	1.03	4—7	5.89	1.18	1—7
7.	4.40	0.97	3—6	3.66	1.24	1—7
8.	4.30	1.06	3—6	5.74	1.06	2—7
Genomsnitt	4.94			4.94		

fall 8 (11-årig flicka med distalbett, horisontell överbitning med 8,5 mm och vertikal överbitning med 2 mm) där föräldrarna värderar vårdbehovet högt, medan ortodontisterna finner det mera måttligt.

Bakgrunden till den subjektiva vårdbehovsbedömningen och vårdefterfrågan

Familjens socioekonomiska status synes relaterad till den subjektiva vårdbehovsvärdering som här framtagits under experimentella former. Man finner nämligen att mannens/pappans sjukpenningklass är positivt och signifikant korrelerad till de vårdbehovspoäng som intervjun utvisat.

Vidare framkom som signifikant fynd att de familjer, där uppgift fanns om nykterhetsvårdande åtgärder gentemot någon av föräldrarna/makarna, uppvisade en lägre vårdbehovsvärdering.

Dessa båda resultat stämmer väl överens inbördes. Familjer med lägre socioekonomisk status och aktualitet för nykterhetsvårdsingripanden tenderar att uppvisa en attityd av lägre vårdbehovsgrad jämfört med övriga. Familjer med hög socioekonomisk status tenderar på motsvarande sätt mot en attityd som uttrycker en högre vårdbehovsvärdering i den experimentella situationen.

Det är rimligt att återföra båda dessa iakttagelser till denna gemensamma socioekonomiska as-

Familjer med lägre socioekonomisk status och aktualitet för nykterhetsvårdsingripanden tenderar att uppvisa en attityd av lägre vårdbehovsgrad jämfört med övriga.

pekt, även om alternativa tolkningsmöjligheter föreligger. Medan det i alla fall utom ett är fadern som varit föremål för nykterhetsvårdande åtgärder, är det med få undantag hustrun/mamman som besvarat intervjun. Det skulle också kunna utläsas att hustrun/mamman i familjen där mannen/pappan har alkoholproblem, finner problem som ortodontisk behandling väga ganska lätt jämfört med andra näraliggande problem, relaterade till makens/pappans alkoholvanor. Oberoende av vilken tolkning man vill hålla för mest sannolik, synes den ligga i linje med andra iakttagelser — bättre eller sämre dokumenterade — att personer/familjer med lägre socioekonomisk status företer en lägre vårdefterfrågan i vart fall då vårdanledningen inte är trängande så som oftast gäller i samband med hälsokontroller av skiftande slag.

Bland de omständigheter som relaterar till familjens/föräldrarnas subjektiva vårdbehovsbedömning är vederbörandes egna personliga erfarenhet av liknande vård. Det visade sig nämligen att de familjer där endera eller båda föräldrarna/makarna själv undergått ortodontisk behandling var vårdbehovspoängen i experimentsituationen signifikant högre än för övriga familjer. Anmärkningsvärt nog återfanns icke motsvarande samband när man i stället räknade med erfarenhet av ortodontisk behandling inom familjen via något av barnen; i sådana fall hade familjerna snarast en lägre vårdbehovspoäng än övriga familjer! Fyndet är dock inte statistiskt signifikant.

Sambandet mellan föräldrarnas egna erfarenhet

För de familjer, där endera eller båda föräldrarna/makarna själv undergått ortodontisk behandling var vårdbehovspoängen i experimentsituationen signifikant högre än för övriga familjer.

av ortodontisk vård och deras vårdbehovsvärdering kan tolkas som ett uttryck för att sjukvårdsproduktionen återverkar på den subjektiva vårdbehovsvärderingen och därmed på vårdefterfrågan (jfr. fig. 1). Undersökningen har icke material nog för att på motsvarande sätt kunna belysa det hypotetiska samband som skulle uttrycka en återverkan av vårdproduktionen på den objektiva vårdbehovsvärderingen och därmed på omhändertagandemönstret.

Sammanfattning

En teoretisk vårdplaneringsmodell presenteras (fig. 1) där man ser sjukdomspanoramat i befolkningen, den subjektiva vårdbehovsvärderingen och häremot svarande vårdefterfrågemönster liksom den objektiva vårdbehovsvärderingen — omhändertagandemönstret som bakgrundsfaktorer till den samlade volymen av sjukvårdskonsumtion i motsvarande geografiska region. Omfånget av sjukvårdskonsumtionen/sjukvårdsproduktionen återverkar på samma tre faktorer: sjukdomspanorama, efterfrågemönster och omhändertagande-

mönster, vilka således genom en "återkoppling" i nästa tidsfas påverkar sjukvårdskonsumtionen/sjukvårdsproduktionen.

Denna hypotetiska modell har gjorts till föremål för en experimentell studie varvid tandställningsfel (malocclusioner) nyttjats som objekt i undersökningen. Föräldrarna/makarna i 113 familjer resp. tio ortodontister har intervjuats för att under experimentella förhållanden ge en utsaga om den subjektiva resp. den objektiva vårdbehovsvärderingen, som antages ligga bakom efterfråge- resp. omhändertagandemönster. Vidare omfattar undersökningen vissa socioekonomiska variabler som analyseras med avseende på samvariation med subjektiv vårdbehovsvärdering. Undersökningen har tidigare publicerats i original (*Lindegård och medarb.*, 1971).

REFERENSER:

- Lindegård, B.*: Psykiskt sköra män som sjukvårdskonsumenter. *Läkartidningen* 69: 3912—3917, 1972.
Lindegård, B., Lindegård, L., Carlson, M. & Larsson, S.: Need and demand for orthodontic treatment. *Tandlägebladet* 75: 1198—1210, 1971.

Salus vet...



*Salus är det bolag, som har
den ojämförligt största erfarenheten
när det gäller att ordna
lökarnas försäkringsfrågor. Bolagets
nära relationer till läkarkåren
borgar dessutom för att dess råd
är objektiva och gagnar Er
på bästa sätt. Tala därför med Salus
om alla slag av försäkringar.
Salus vet... och delar gärna med
sig av sitt vetande.
Ring Salus — redan idag!*

08/22 47 40 (växel)



eller direkt telefon 08/63 63 91, 63 63 92