

Vad är oral hälsa – och går den att mäta?

SAMMANFATTAT Finns det en oral hälsa eller enbart hälsa relaterad till orala förhållanden? Och vad gör tandvården med begreppet oral hälsa om det är en anomali och ändå så centralt för vår forskning och verksamhet? Artikeln belyser vad oral hälsa är och hur den kan mätas.

Referentgranskad Accepterad för publicering 8 maj 2006

Oral hälsa kan med utgångspunkt i holistisk hälsoteori betraktas som något av en begreppslig anomali [1]. I holistisk hälsoteori är hälsa respektive ohälsa en upplevelse och därmed personrelaterad. En sjukdom, däremot, är en process knuten till ett organ eller en anatomisk struktur som tenderar att orsaka ohälsa hos personen [2]. Munhålan kan som anatomisk struktur med denna utgångspunkt ha sjukdom eller vara frisk men inte ha hälsa eller ohälsa. Hälsa

eller ohälsa kan endast upplevas av den person till vilken munnen tillhör. Därmed blir begreppet oral hälsa en begreppslig anomali på samma sätt som nashälsa, benhälsa eller ögonhälsa skulle vara om vi valde att använda dessa begrepp.

Uppdelningen mellan generell hälsa och oral hälsa har ingen underliggande biologisk eller teoretisk logik utan kan snarare ses som en organisatorisk distinktion [1]. Med denna utgångspunkt finns det följaktligen bara en hälsa som bland mycket annat kan vara relaterad till orala förhållanden. Det språk och de begrepp vi använder och de frågor vi ställer visar dock på det motsatta; det vill säga att oral och generell hälsa faktiskt utgör separata och åtskilda domäner.

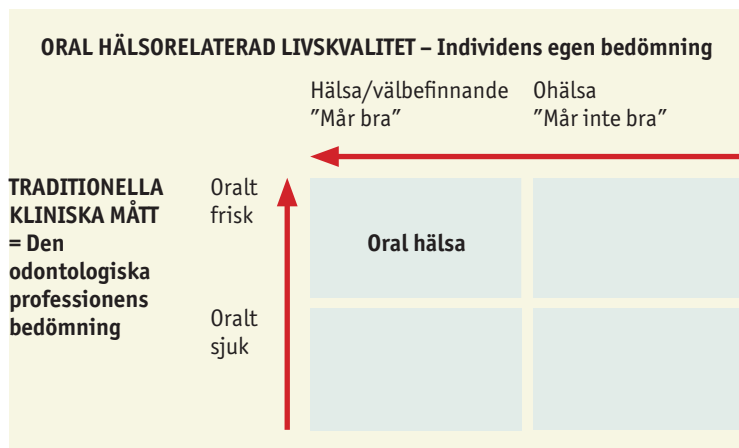
Hälsa och sjukdom definieras och beskrivs annorlunda med andra teoretiska utgångspunkter. Med ett biomedicinskt synsätt – ett biostatistiskt organperspektiv – definieras hälsa som frånvaro av sjukdom. En person har hälsa när kropp och psyke inte avviker från det arctypiska [3].

I social sjukdomsteori framhålls lekmannens uppfattningar om sjukdom och sjukdomsbehandling, vilket innebär att sjukdom får en vidgad betydelse. Sjukdom beskrivs här som ett samspel mellan en person och en situation och utgångspunkten är i stället för en medicinskt diagnostiserad sjukdom de symtom som påverkar vardagslivet [4].

Flertalet förklaringsmodeller för oral hälsa har sin utgångspunkt i negativa konsekvenser av sjukdom. Ett undantag från detta är den existentiella modellen som utgår från den orala hälsans positiva betydelse för människors liv, personligt och socialt. Modellen har sin begreppsliga bas i Världshälsoorganisationen who:s "International Classification of Functioning, Disability and Health" och syftar till att förklara sambanden mellan hälsans komponenter [5].

I det dominerande sättet att definiera oral hälsa kombineras dock det holistiska perspektivet som fokuserar på människan som helhet med det biostatistiska organperspektivet. Oral hälsa blir därmed både frånvaro av oral sjukdom och hur detta bidrar till upplevelsen av hälsa, välbefinnande och livskvalitet. Definitionerna går många gånger att härleda till who:s klassiska beskriv-

Elisabeth Wärnberg Gerdin, filosofie doktor, tandläkare, Folkhälsovetenskapligt centrum, Universitetssjukhuset, Linköping
E-post: elisabeth.warnberg-gerdin@lio.se



Figur 1. Den orala hälsans båda dimensioner (Modifierad modell efter Statens folkhälsoinstitut, 2004) [8].

ning av hälsa från 1946: *Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity* [6]. Den beskrivning av oral hälsa som konsensuskonferensen "Oral hälsa" (arrangerad av odontologiska institutionen i Jönköping och Sveriges Tandläkarförbund år 2002) kunde enas om är ett exempel på detta: *Oral hälsa är en del av den allmänna hälsan och bidrar till fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande med upplevda och fullgoda orala funktioner satta i relation till individens förutsättningar samt frånvaro av sjukdom* [7].

Den dominerande tvådimensionella beskrivningen av oral hälsa kan illustreras av modellen i figur 1 [8]. Här visas att begreppsparen frisk-sjuk och hälsa-ohälsa kan betraktas som separata dimensioner. Att ha fullständig oral hälsa innebär således både att må bra och att vara oralt frisk. Modellen illustrerar också att sjukdomar kan påverka välbefinnandet, men inte nödvändigtvis behöver göra det. En person kan ha en kronisk sjukdom som karies men ändå uppleva sig må bra. En person kan också vara helt fri från sjukdom i munhålan, men ändå uppleva ohälsa.

Hälsa, välbefinnande och livskvalitet är något subjektivt och en individuell upplevelse som dessutom är föränderlig över tid och beroende av kontext. Att med denna utgångspunkt mäta oral hälsa innebär att båda dimensionerna behöver beaktas. Om en individ är oralt frisk eller oralt sjuk avgörs huvudsakligen av den odontologiska professionen och mäts med traditionella kliniska mått. Om individen upplever hälsa, välbefinnande och livskvalitet kan endast bedömas av honom eller henne själv och kräver andra instrument för mätning, där upplevelsen efterfrågas. Det forskningsområde som vuxit fram under de senaste decennierna om samband mellan oralstatus och upplevelse av hälsa, välbefinnande och livskvalitet har internationellt fått den något svårhanterliga benämningen "Oral Health-Related Quality of Life" (OHRQOL) [9]. Fortfarande saknas en vedertagen svensk beteckning men man använder allt mer "Oral hälsorelaterad livskvalitet".

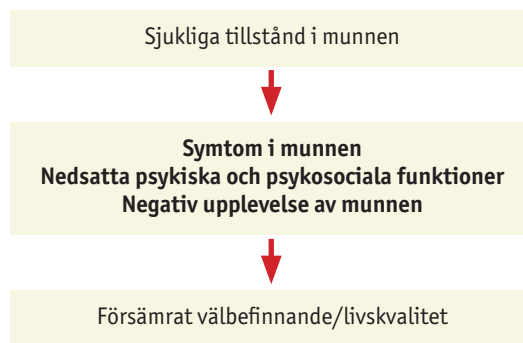
ATT MÄTA ORAL HÄLSORELATERAD LIVSKVALITET

Vad är det som mäts?

Data om orala sjukdomars psykosociala effekter började systematiskt samlas in på 1980-talet [10] sedan Cohen och Jago [11] identifierat och beskrivit bristerna med att enbart använda ett biomedicinskt epidemiologiskt perspektiv vid studier av orala förhållanden. De använde termen *sociodentala indikatorer* och menade att indikatorer för oralstatus bör baseras på funktionella, sociala, psykologiska, kulturella och ekonomiska effekter av orala hälsoproblem och inte enbart på närvaro eller frånvaro av sjukdom. Detta var början på en systematisk utveckling av mätning av oral



ILLUSTRATION: ROBERT HILMERSSON

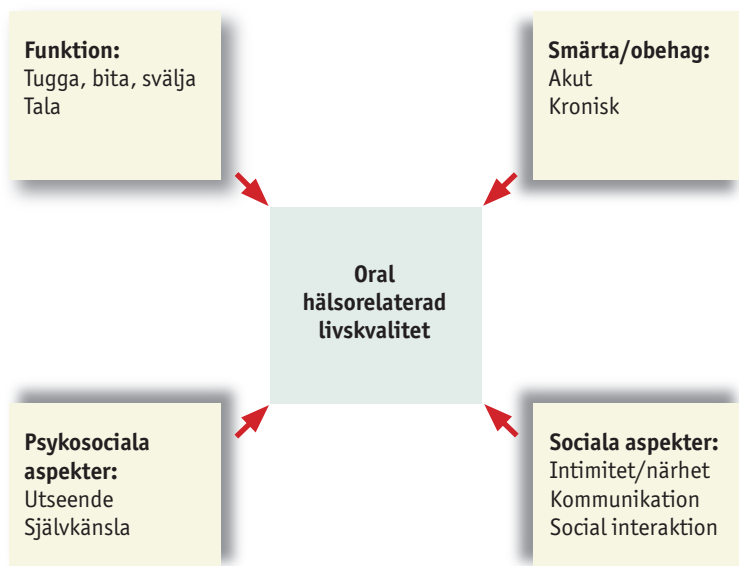


Figur 2. Oral hälsorelaterad livskvalitet. (Modell enligt Locker, 2003 [12].)

hälsorelaterad livskvalitet som enligt Locker kan beskrivas som i figur 2 [12] och enligt Inglehart och Bagramian enligt modellen i figur 3 [13].

Varför är det viktigt att mäta?

Medan mätning av hälsorelaterad livskvalitet är väl etablerat inom allmänmedicinen har användandet inom odontologin varit begränsat [9]. Arbetet med att mäta oral hälsa i relation till både orala problem och som hälsoutfall efter odontologisk behandling har dock gjort framsteg [10]. En



Figur 3. Oral hälsorelaterad livskvalitet. (Modell enligt Inglehart & Bagramian, 2002 [13].)

förklaring till detta kan vara insikten att kliniska mätningar av oralstatus sällan speglar patienternas uppfattningar [9–14]. Genom att utveckla ett bredare begreppsligt angreppssätt på mätningar av oral status kan man öka förståelsen för hur individer uppfattar och värderar orala förhållanden. Denna kunskap kan bidra till förbättrade interventioner, baserade på de förhållanden som gör att individer faktiskt upplever behov och handlar och genomför insatser som leder till förbättrad hälsa.

En annan förklaring kan vara att senare års forskning har belyst det faktum att orala sjukdomars emotionella och psykosociala följder är lika allvarliga som för andra sjukdomar [9]. Detta är viktigt inte minst vid fördelning av offentliga resurser till tandvården [15]. För vårdplanering och prioriteringar krävs fullständiga data för att kunna göra jämförelser mellan olika sjukdomsgrupper och sjukdomstillstånd.

Hur mäts det?

Frågan om vilka mått på hälsorelaterad livskvalitet som kan användas i orala sammanhang har väckt stort intresse. En fråga är om det är möjligt att tillämpa redan existerande mått på generell hälsa, så kallade *generiska mått*, eller om nya oralspecifika mått ska utvecklas. Frågan representerar det motsägande begreppsliga problemet om oral hälsa ska betraktas som en del av den totala hälsan som bidrar till generellt välbefinnande eller om den ska betraktas som något begreppsligt skilt från generell hälsa.

Att använda generiska mått har fördelar. En

sådan är att deras psykometriska egenskaper är kända och jämförelser kan göras mellan olika hälsoproblem, mätta med samma skalor. Att använda generiska mått i samband med orala hälsoproblem ger också en möjlighet att undersöka oralstatus roll i det vidare området hälsorelaterad livskvalitet. Nackdelen med att använda generiska mått för hälsostatus eller metoder utvecklade för andra tillstånd, som cancer eller hjärt-kärlsjukdomar, är att de kanske inte är tillräckligt känsliga för att mäta mer subtila psykosociala effekter av orala problem [10].

Sjukdomsspecifika mått har den fördelen att de med större sannolikhet upptäcker små förändringar i särskilda tillstånd. Frågorna och påståendena är dessutom bara relevanta för det specifika området, vilket kan öka motivationen hos respondenterna att svara. Mer oralspecifika mätmetoder har fördelen att de specifikt kopplar orala symtom till psykosociala effekter [9].

Minst 19 oralspecifika instrument (huvudsakligen enkäter) för mätning av oral hälsorelaterad livskvalitet har publicerats åren 1986–2004 [16]. Gemensamt för flertalet instrument är att de utgår från orala problem och avser att mäta problemens betydelse för människors välbefinnande och livskvalitet [17]. Sammanfattningsvis försöker enkäterna i olika omfattning och på olika sätt besvara fyra frågeställningar. 1) Vilka orala problem upplever individerna? 2) Hur påverkar problemen människors välbefinnande och livskvalitet? 3) I vilken omfattning (vanligtvis hur ofta) upplevs problemen och deras påverkan? 4) Vilka problem har störst betydelse?

De mest använda instrumenten vars egenskaper har undersökts i ett stort antal studier är: Locker (2004) [17], Oral Health Impact Profile (OHIP) [15, 18, 19], Geriatric (General) Oral Health Assessment Index (GOHAI) [20], Oral Impacts on Daily Performance (OIDP) [21] och Child Oral Health Quality of Life Questionnaires (COHQOL) [22].

Trots att ett antal sofistikerade patientbaserade mått har utvecklats har användningen inte blivit särskild spridd. I stor utsträckning har de endast använts av de forskare som utvecklat dem. De flesta av metoderna tycks väl validerade och grundade på genomtänkta teoretiska referensramar men vissa praktiska svårigheter kvarstår. Till exempel är det svårt att avgöra vilket instrument som ska användas, bland annat därför att det inte har publicerats någon omfattande jämförelse [9].

REFLEKTIONER OCH FRAMTIDSFRÅGOR

Finns det en oral hälsa eller enbart en hälsa relaterad till orala förhållanden? Vad ska vi göra med begreppet oral hälsa om det är en anomali och ändå centralt för vår forskning och verksamhet? Ett omfattande arbete är nedlagt på att konstru-

Omnämnande

Ett varmt tack till professor Björn Söderfeldt och tandläkare Ann-Marie Olhede för värdefulla synpunkter och kommentarer i samband med seminariet "Hur kan ekonomiska analyser hjälpa oss att förbättra munhälsan", då detta manus presenterades.

era instrument. Hur ska man gå vidare så att de också börjar användas i en större omfattning? Är en sammanvägd bedömning av kliniska och självrapporterade mått möjlig? Flertalet instrument utgår från ett sjukdomsperspektiv och är

därmed konstruerade med utgångspunkt i orala sjukdomar och missförhållanden. Vad betyder en frisk munhåla för människors hälsa, välbefinnande och livskvalitet?

REFERENSER

- Locker D. Concepts of oral health, disease and the quality of life. I: Measuring oral health and quality of life. Slade GD, redaktör. University of North Carolina: Department of Dental Ecology, School of Dentistry, 1997.
- Nordenfelt L. Om generell hälsa och sjukdom – ett teoretiskt perspektiv. I: Konsensuskonferens Oral hälsa. Hugoson A, Koch G, Johansson S, redaktörer. Stockholm: Gothia, 2003.
- Boorse C. Health as a theoretical concept. *Philosophy of Science* 1977; 44: 542–73.
- Efferöe Gannik. Social sjukdomsteori. Frederiksberg, Forlaget Samfundslitteratur, 2005.
- MacEntee MI. An existential model of oral health from evolving views on health, function and disability. *Community Dent Health* 2006; 23: 5–14.
- Världshälsoorganisationen (WHO). Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19–22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948. <http://www.who.int/about/definition/en/Hugoson A, Koch G, Johansson S. Konsensusfrågor och uttalanden. I: Konsensuskonferens Oral hälsa. Hugoson A, Koch G, Johansson S, redaktörer. Stockholm: Gothia, 2003.>
- Statens Folkhälsoinstitut. På väg mot en mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård. Sammanfattning av utredningsunderlag, proposition, riksdagsbeslut, indikatorförslag och exempel på tillämpning. Stockholm, Statens Folkhälsoinstitut, 2004 (2004:33).
- Allen PF. Assessment of oral health related quality of life. *Health Qual Life Outcomes* 2003; 1: 40.
- Reisine S, Locker D. Social, psychological, and economic impacts of oral conditions and treatments. I: Disease prevention and oral health promotion. Sociodental sciences in action. Cohen LK, Gift HC, redaktörer. Köpenhamn: Munksgaard, 1995.
- Cohen L, Jago J. Toward the formulation of sociodental indicators. *Int J Health Serv* 1979; 6: 681–98.
- Locker D. Dental status, xerostomia and the oral health-related quality of life of an elderly institutionalised population. *Spec Care Dentist* 2003; 23 (3): 86–93.
- Inglehart MR, Bagramian RA. Oral health-related quality of life: An introduction. I: oral health-related quality of life. Inglehart MR, Bagramian, RA, redaktörer. Chicago: Quintessence Publishing Co, Inc, 2002.
- Locker D, Slade GD. Association between clinical and subjective indicators of oral health status in an older adult population. *Gerodontology* 1994; 11: 108–14.
- Slade GD, Spencer AJ. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. *Community Dent Health* 1994; 11: 3–11.
- Johansson G, Söderfeldt B, Wärnberg Gerdin E, Halling A, Axtelius, B, Östberg A-L. Measuring oral health from a New Public Health perspective – a critical analysis. Submitted, 2005.
- Locker D. Oral health and quality of life. *Oral Health and Preventive Dentistry* 2002; 2: 247–53.
- Slade GD. Derivation and validation of a short form oral health impact profile. *Community Dent Oral Epidemiol* 1997; 25: 284–90.
- Allen PF, Locker D. A modified short version of the Oral Health Impact Profile for assessing health-related quality of life in edentulous patients. *Int J Prosthodont* 2002; 15: 446–50.
- Atchinson K, Dolan T. Development of the geriatric oral health assessment index. *J Dent Educ* 1990; 54: 680–7.
- Adulyanon S, Vourapukjaru J, Sheiham A. Oral impacts affecting daily performance in a low dental disease Thai population. *Community Dent Oral Epidemiol* 1996; 24: 385–9.
- Jokovic A, Locker D, Stephens M, Kenny D, Tompson B, Gyatt G. Validity and reliability of a questionnaire for measuring child oral-health-related quality of life. *J Dent Res* 2002; 81: 459–63.

Vetenskap på nätet
www.tandlakartidningen.se



TANDLÄKAR
TIDNINGEN