



Del av den nordiska artikelserien Diagnostik och terapiplanering.
Översiktsartikel, accepterad för publicering 25 november 2014.
Artikeln är översatt från danska av Nordisk Översättergrupp, Köpenhamn.

Psykologiska observationer och diagnoser

Tandläkaryrket innefattar många psykologiska aspekter, bland annat att registrera och observera patienters rädsla, smärta och orala välbefinnande. Härtill kommer tandläkarens ansvar för arbetsmiljön och för att förebygga och hantera stress i tandvårdsteamet. För detta syfte har en rad frågeformulär tagits fram som är avsedda att användas vid den diagnostiska intervjun, som utgör en kombination av kvalitativa och kvantitativa observationer och i dag betraktas som den registrering av psykologiska data som har högst validitet.

Tandvården utgör en väsentlig del av den moderna hälso- och sjukvården. Befolkningens behov av och önskemål om friska tänder handlar om optimal funktion, välbefinnande, skönhet och attraktion, eftersom tänderna är nära kopplade till varje enskild människas kroppsuppfattning och känsla av livskvalitet.

Förutsättningen för alla tandvårdsåtgärder är att tandläkaren kan etablera en optimal kommunikation med sin patient. Ansvaret för att kommunikationen blir så bra som möjligt vilar på tandläkaren. Tandläkaren måste därför kunna se och förstå patientens känslor, tankar och handlingar vad gäller behandlingen, och kunna anpassa kommunikationen därefter. Språket (det skriftliga/muntliga) är inte bara ett redskap för informationsöverföring utan också en förmedlare av värderingar och människosyn. Därför är det viktigt att tandläkaren behärskar sitt fackspråk korrekt (*Value-Based Dentistry, VBD*).

Utifrån sina akademiska (*Academic-Based Dentistry, ABD*) och tekniska/hantverksmässiga fackkunskaper gör tandläkaren upp en professionell



Författare

Erik Friis-Hasché (bild), lektor emeritus, dr odont et cand art psych, Sektion for Cariologi, Endodonti og Pædodonti, Odontologisk Institut, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Köpenhamns Universitet, Danmark. E-post: friis@sund.ku.dk

Esben Boeskov Øzhayat, lektor, PhD, Sektion for Oral Rehabilitering, Dentalmaterialer og Oral Diagnostik, Odontologisk Institut, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Köpenhamns Universitet, Danmark.

handlingsplan (*Professional-Based Dentistry, PBD*) i form av diagnos, behandling, förebyggande eller rehabilitering. Innan planen realiseras ska den värderas utifrån etiska överväganden och med hänsyn till patientens sociala, ekonomiska, kulturella och psykologiska förhållanden (*VBD*). Personliga och individuella uppfattningar hos tandläkaren i sökandet efter orsaker och principer för den professionella handlingsplanen kallas i denna modell "filosofi" (figur 1).

Utöver detta finns kravet på att tandvård och tandläkarbehandling ska ske utan rädsla och smärta. Trots det känner många patienter rädsla inför behandlingen och oroar sig för att de har marginal parodontit eller karies. Det kan vara svårt för tandläkaren att avgöra hur djup rädslan är, och i vilken grad den är relaterad till patientens personlighet, är uttryck för en onormal reaktion eller beror på sociala eller kulturella faktorer. Tandbehandlingar är i sig en stor psykologisk utmaning eftersom de utförs i områden där man uttrycker sina starkaste och mest känsliga psykiska och somatiska reaktioner. Tandläkarens kontakt med patienten är alltså både intensiv och intim [1].

Syftet med denna artikel är att presentera några enkla och grundläggande psykologiska observationer, diagnoser och metoder som underlättar kommunikationen och gynnar tand- och munhälsan hos våra patienter, och därmed också leder till ett bättre samarbete (*adherence*).

PSYKOLOGI I KLINIKEN

All patientkommunikation och tandläkarbehandling innehåller ett psykologiskt element i form av empati, känslor, attityder eller livskvalitet. Alltså

måste tandläkaren ha förståelse för patientens besvär (empatisk kommunikation), och att patienten går till tandläkaren på grund av smärta eller undviker att gå till tandläkaren på grund av fobi (känslor). Inom den förebyggande tandvården är patienternas tandvårdsvanor (attityder) och värderingen av den egna munhälsan (livskvalitet) viktiga punkter. Hela den estetiska delen av tandbehandlingen omfattar såväl känslor och tankar som funktion. Slutligen ska etiska överväganden vid beslut om en behandlingsplan också betraktas som ett känslomässigt beslut, även om tandläkaren kan ge rationella argument för sina etiska överväganden.

Psykologi och psykologiska problemställningar kan betraktas på tre vitt skilda sätt.

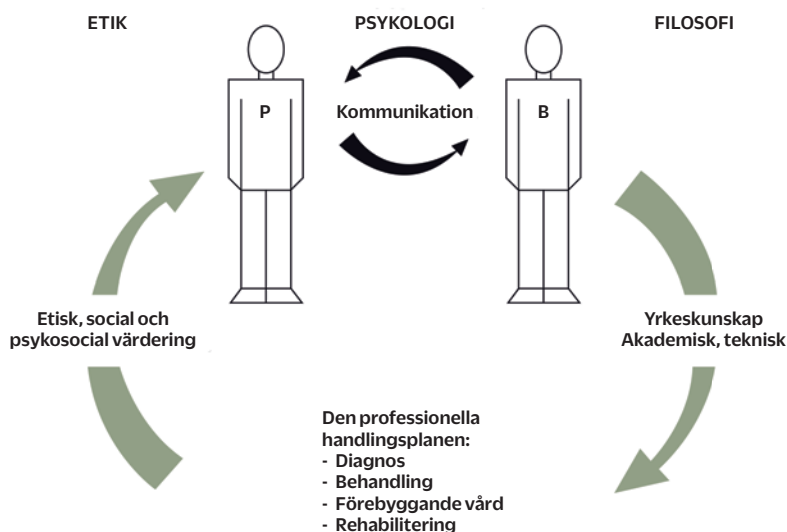
De egna positiva eller negativa upplevelserna och erfarenheterna i umgänget med andra är en väsentlig del. Detta är en subjektiv utgångspunkt som skapar ett starkt känslomässigt engagemang och för en del människor blir till den ”sanna” psykologiska observationen och uppfattningen.

En annan viktig utgångspunkt är den kulturella, där ens värderingar stämmer överens med eller starkt påverkas av den kultur eller det sociala sammanhang man tillhör (press, media och yrke). Tillammans är det dessa två utgångspunkter som ger oss en ”vardagspsykologi” så att vi kan umgås, förstå och hjälpa varandra inom ganska små psykologiska variationer, och där vi får feedback från omgivningen – och våra patienter – som ger oss uppfattningen att vi besitter god psykologisk kompetens. Språkbruket och den använda terminologin är emellertid oprecis och icke-facklig.

Den sista utgångspunkten är den yrkesmässiga (akademiska) där observationer, tolkningar och (be)handlingar kopplas till väl beskrivna psykologiska teorier och skolor. Det är i detta perspektiv hälso- och sjukvårdspersonalen ska använda sina yrkeskunskaper så att även patienter som utgör större psykologiska utmaningar kan få en optimal behandling. Den forsknings- och utbildningsdisciplin som kallas *sundhedspsykologi* (hälsopsykologi) går vid Köpenhamns universitets odontologiska institution som en röd tråd genom hela studietiden, kallad *sundhedspsykologi, kommunikation og etik* (SKE) [2].

KVALITATIVA OCH KVANTITATIVA OBSERVATIONER

Registrering av psykologiska observationer och diagnoser kan antingen ske kvalitativt genom observation eller dialog (samtal och intervju) eller kvantitativt genom frågeformulär med en rating-skala, som antingen kan vara en självrapportering eller ske via observatör. Om uppgifterna ska användas för generella uttalanden till exempel epidemiologiska sammanställningar, sammanställning av hypoteser och förklaringsmodeller eller för ekonomiska eller sjukvårdspolitiska beslut, alltså som data



Figur 1. Kompetenscirkeln inom vården. (P = patient, B = behandlare)

för hela populationer, är de kvantitativa registreringsmetoderna bäst och enklast att använda. Om de däremot ska användas på individnivå för att beskriva diagnos, behandlingsförlopp eller prognos, är de kvalitativa metoderna bäst.

DEN DIAGNOSTISKA INTERVJUN

En kombination av kvalitativa och kvantitativa observationer kallas för en diagnostisk intervju och betraktas i dag som den registrering av psykologiska data som har störst validitet, eftersom behandlaren ställer fördjupande frågor baserade på ett av patienten ifyllt frågeformulär, eller använder sig av en checklista.

Utveckling och validering av psykologiska och psykiatriska mätningar via frågeformulär har grundlagt en egen vetenskaplig disciplin som kallas *klinisk psykometri* och som väsentligt har bidragit till säkrare diagnos och behandling av psykologiska tester och psykiska sjukdomar [3, 4].

KOMMUNIKATION

– EMPATI OCH AKTIVT LYSSNANDE

Det finns två mycket centrala begrepp som alltid ingår i beskrivningen av optimal kommunikation, och det är empatisk kommunikation och aktivt lyssnande. Båda kan omvandlas till en typ av diagnos – dock inte på patienten utan på behandlaren. Empati, så som ordet används i dag inom hälso- och sjukvården, är yrkesutövarens

- emotionella sensitivitet vad gäller att registrera patientens känslor
- kognitiva förmåga att förstå patientens behov
- beteendemässiga förmåga att visa denna sensitivitet och förmåga för patienten.

Bedömningen av yrkesutövarens empatiska kommunikation kan beskrivas på sex nivåer, från att vara

”I det lugnande eller ångstdämpande samtalet är både empati och aktivt lyssnande viktiga komponenter ...”



helt avvisande (nivå 0) till att ha medkänsla och kunna leva sig in i patientens känslor (nivå 5) [5]. Skillnaden mellan aktivt lyssnande och empatisk kommunikation är att det vid aktivt lyssnande sker en återkoppling, feedback, med patientens egna ord, och denna feedback innehåller inga värderingar, analyser eller frågor. Om det inte ges någon feedback på det budskap som tas emot kallas lyssnandet *passivt*. Om behandlaren endast väntar på att få förmedla sina egna åsikter kallas det *strategiskt lyssnande*. Båda beskriver en typ av kommunikation som förekommer ofta i kliniken. I det lugnande eller ångestdämpande samtalet är både empati och aktivt lyssnande viktiga komponenter, och det förväntas i dag att tandläkaren har de nödvändiga kunskaperna för att kunna använda dem [6].

ORAL LIVSKVALITET

Begreppet oral livskvalitet omfattar den påverkan som oral status har på en persons liv, vilket gör det till något som tandläkaren dagligen måste förhålla

sig till. För att diagnostisera patienternas problem korrekt och därmed optimera möjligheten att fatta beslut som leder till den mest effektiva behandlingen, måste både patienterna och deras upplevelse av munnens och tändernas funktion i en social kontext tas med i beräkningen, alltså den orala livskvaliteten.

Den orala livskvaliteten kan utvärderas eller mätas på olika sätt. En vanlig metod är att använda standardiserade frågeformulär. Det mest använda och bäst testade är frågeformuläret *Oral Health Impact Profile (OHIP)* (tabell 1). OHIP är uppbyggt i sju dimensioner efter en dynamisk modell, där den första dimensionen handlar om frågor som rör upplevd funktionsnedsättning vid tuggning, tal, utseende, smak, matsmältning med mera, och den andra dimensionen handlar om smärtor och obehag från tänder, munhåla och käkar. Den tredje dimensionen handlar om psykiska besvär som rör den orofaciala regionen. Därefter följer fjärde, femte och sjätte dimensionen, som handlar om upplevd kompetensnedsättning på grund av orofaciala problem. Detta är en självskattning av förmågan att klara sig i vardagslivet, fysiskt, psykiskt och socialt. Den sjunde dimensionen handlar om upplevd grad av handikapp orsakade av problem i den orofaciala regionen [7].

Det föreligger inte någon direkt proportionell korrelation mellan oral status och oral livskvalitet. Personer med behov av mer omfattande rehabiliterande behandlingar känner inte nödvändigtvis att deras liv påverkas särskilt mycket av detta, medan små tandproblem för andra kan ta en stor del av den mentala kapaciteten i anspråk. Ett ifyllt OHIP-formulär ska därför inte ses som en slutgiltig produkt av en färdig tankegång, men som nämnts tidigare kan en diagnostisk intervju som utgår från till exempel OHIP avgöra vilka specifika problem som är viktiga för den enskilde patienten och vilken behandling som har bäst effekt.

ÅNGEST OCH RÄDSLÅ

I moderna psykologiska ångestteorier betonas att rädsla är kopplat till vårt varningssystem, genom att konkreta (perciperade) faror ska mobilisera organismen till kamp eller flykt. Ångest däremot är kopplat till förväntningar om förestående och framtida (anteciperade) faror, som individen har möjlighet att förbereda sig på [9]. Skillnaden mellan ångest och rädsla kan också ses som en skillnad i graden av kontroll och handlingsfrihet. Kamp eller flykt är reella handlingsmöjligheter till exempel vid akut smärta och är därmed förbundna med rädsla, medan föreställningen om att inte kunna undkomma (eller kontrollera) obehaget mer är förbundet med ångest och bekymmer [10]. Förutom dessa beskrivningar av ångest och rädsla visar biopsykologiska undersökningar att fruktan är förbundet med mer intensiv fysiologisk aktivitet än ång-

● Beskrivning av oral livskvalitet i sju dimensioner genom exempel på frågor enligt Oral Health Impact Profile (OHIP), som omfattar 14 (OHIP-14) eller 49 (OHIP-49) frågor [7].

Tabell 1. Dimensioner av oral livskvalitet

| |
|--|
| Under den senaste månaden, hur ofta: |
| Funktionsnedsättning |
| ● har du känt att ditt smaksinne försämrats på grund av problem med tänder/munhåla/proteser? |
| Smärtor |
| ● har du haft ont i munnen? |
| Psykiska besvär |
| ● har du mått dåligt på grund av hur dina tänder/din mun/ dina proteser ser ut? |
| Fysisk inkompetens |
| ● har du inte kunnat borsta tänderna ordentligt på grund av problem med tänder/munhåla/proteser? |
| Psykisk inkompetens |
| ● har du haft svårt att slappna av på grund av problem med tänder/munhåla/proteser? |
| Social inkompetens |
| ● har du haft svårt att sköta ditt arbete på grund av problem med tänder/munhåla/proteser? |
| Handikapp |
| ● har du varit helt ur stånd att fungera på grund av problem med tänder/munhåla/proteser? |
| Poäng och svarsalternativ: 0 = Aldrig; 1 = Ganska sällan; 2 = Ibland; 3 = Ganska ofta; 4 = Mycket ofta. |

”Personer med behov av mer omfattande rehabiliterande behandlingar känner inte nödvändigtvis att deras liv påverkas särskilt mycket av detta, medan små tandproblem för andra kan ta en stor del av den mentala kapaciteten i anspråk.”

Tabell 2. Beskrivning av ångest och rädsla

| Komponenter | Ångest | Rädsla |
|---------------------------|------------------------------------|-------------------|
| Objekt/situation | Diffus/ohanterbar | Konkret/avgränsad |
| Perception | Anteciperande | Percipierande |
| Reaktionsstimuli | Utan egenkontroll | Specifik |
| Fysiologisk reaktion | Mindre intensiv | Intensiv |
| Kognitiv reaktion | Intensiv | Mindre intensiv |
| Graden av handlingsfrihet | Låg | Hög |
| Tidsrelation | Framtida (förväntade, förestående) | Ögonblicklig |

● Beskrivning av komponenter och reaktioner vid ångest och rädsla.

est, som i sin tur är förbundet med mer uttalade kognitiva aktiviteter i form av ångslan över möjliga faror och som inte kan kontrolleras [11]. I tabell 2 jämförs de psykologiska och somatiska reaktionerna vid ångest och rädsla.

När man kommunicerar med en rädd patient kan man omedelbart notera både kognitiva, språkliga och beteendemässiga reaktioner. I tabell 3 redovisas en rad sådana reaktioner som kan vara mer eller mindre uttalade och som hos den uppmärksamme behandlaren direkt ingår i en behandlingsstrategi för att dämpa rädslan.

En av de mest använda rating-skalorna för att registrera ångest är *Spielbergers State and Trait Anxiety Inventory (STAI)*, som mäter ångesten både kvalitativt (intensitet i detta ögonblick, *State-anxiety*) och kvantitativt (mängden symtom över tid, *Trait-anxiety*). Punkterna på skalan illustrerar komplexiteten i begreppet ångest, som delas upp i 29 olika tillstånd inom fem domäner (tabell 4). Det är dessa tillstånd man ska fråga om, om man i kliniken vill en kvalitativ registrering (diagnostisk intervju) vill bedöma intensiteten av patientens ångest. Användning av observationsscheman och kunskaper om den kliniska ångestnivån kan förutom diagnosen också vara en del av det ångestdämpande samtalet på kliniken.

I den psyko-odontologiska litteraturen betraktas det starka emotionella obehaget vid tandbehandling ofta som en verklig fara och termen rädsla ("tandvårdsrädsla") används, medan de obehagliga "imaginära" föreställningarna och diffusa upplevelserna benämns ångest.

I den internationella klassificeringen av psykiska besvär [14] har rädsla ingen självständig placering utan ingår i beskrivningen av ångesttillstånd och fobier, och i den folkliga terminologin täcker ordet oro både ångest och rädsla.

Det ska betonas att beskrivningar och diagnoser av rädsla, stress och depressiva tillstånd alltid ska bedömas med hänsyn till den sociala och kulturella kontexten. Skillnaderna i hur man värderar och beskriver symtomen på rädsla är särskilt stora mellan professionella och lekmän, mellan olika

Tabell 3. Kvalitativa ångestreaktioner

Kognitiva reaktioner:

- Överdrifter, katastroftankar och katastrofförväntningar, övergeneralisering och selektivt/fragmenterat eller dikotomt tänkande.

Språkliga reaktioner:

- Tydliga tecken: Mängden och hastigheten av ord och meningar.
- Mindre tydliga tecken (språkliga fel): satsbyte, upprepning, stamning, utelämnanden, ofullständiga meningar, ofrivilliga felsägningar eller obegripliga ljud.
- Otydliga tecken: lexikalt läckage.

Beteendemässiga reaktioner:

- Undvikande, flykt, kamp, icke-verbala uttryck, somatisering.

● Kvalitativa ångestreaktioner indelade i kognitiva, språkliga och beteendemässiga reaktioner [12].

Tabell 4. Beskrivning av ångest

- Positiva känslor (8 alternativ)
Jag känner mig lugn (lugn, bra, trevlig, trygg, glad, tillfreds, stabil och lycklig)

- Negativa känslor (8 alternativ)
Jag känner mig nervös (nervös, upphetsad, utom sig, bekymrad, ängslig, överspänd, ledsen och gråtfärdig)

- Självkänsla (3 alternativ)
Jag har självtillit (självttillit, skuldmedvetenhet och känslighet)

- Tankemässiga reaktioner (5 alternativ)
Jag tar allvarligt på saker och ting (tar allvarligt på saker, problem, tankar, kriser och svårigheter)

- Kroppsliga reaktioner (5 alternativ)
Jag känner mig utvilad (utvilad, avslappnad, rastlös, spänd och trött)

Poäng och svarsalternativ: 1 = Inte alls; 2 = I någon mån; 3 = Ganska mycket; 4 = Våldigt uttalat.
Skala: 20–80. Femtio poäng eller mer visar på ett kliniskt orostillstånd.

● Fördelning av 2 x 20 alternativ på 29 tillstånd i 5 domäner i enlighet med State and Trait Anxiety Inventory (STAI). Med kursiv stil anges exempel på ett alternativ i varje domän, och med fet stil anges de alternativ som ingår i State Anxiety Inventory (STAI-1) [13].

”En av de mest använda rating-skalorna för att registrera ångest är Spielbergers State and Trait Anxiety Inventory ...”



● Beskrivning av barns reaktion på tandbehandling angivet i acceptansgrader enligt Rud [16]. Bedömningen sker genom observation av verbal kontakt, muskelspänningar och ögonuttryck.

Tabell 5. Reaktion på tandbehandling

Acceptansgrad 3 (kooperativ acceptans):

- Villig till att samtala och svara på frågor, visar intresse.
- Avslappnad position i stolen, armarna vilar på armstöden.
- Ögonen är klara och lugna, eventuellt spelande, inte flackande.

Acceptansgrad 2 (likgiltig acceptans):

- Dröjande svar på tilltal eller talar snabbt och nervöst.
- Långsamma rörelser, något likgiltig men avslappnad position.
- Likgiltigt uttryck i ögonen.

Acceptansgrad 1 (motvillig acceptans):

- Inget samtal, inga svar. Inget intresse, eventuellt vaga protester.
- Ej avslappnad position.
- Flackande eller blängande ögonkast.

Acceptansgrad 0 (ingen acceptans):

- Högljud verbal protest, fysisk protest eller gråt.

● Diagnostiska kriterier för specifik fobi – fobisk rädsla i vissa situationer i enlighet med WHO ICD-10 [14].

Tabell 6. Fobi

A: Fruktan inför eller undvikande av specifika situationer/objekt.

B: > 2 ångestsymtom samtidigt, varav minst ett autonomt.

C: Betydande problem på grund av ångest eller undvikande beteende.

D: Individens inser att ångesten/det undvikande beteendet är överdrivet/orimligt.

E: Symtomen är begränsade till de fruktade situationerna eller tankar på dessa.

F: Psykotiska sjukdomar och organisk etiologi utesluts.

Fysiologiska reaktioner:

Autonoma: (1) hjärtklappning, (2) svettningar, (3) skakningar, (4) muntorrhet.

Övriga: (5) andningsproblem, (6) kvävningsskänsla, (7) tryck över bröstet, (8) illamående, orolig mage, (9) yrsel, (13) värmevallningar eller köldrysningar, (14) domningar eller parestesier.

Emotionella reaktioner:

(10) känsla av överklighet, (11) rädsla för att mista självkontrollen, (12) rädsla för att dö.

Tabell 7. Frågeformulär om rädsla för tandbehandling

1. Hur känner du dig när du vet att du ska till tandläkaren i morgon?

2. Hur känner du dig när du sitter i tandläkarens väntrum och väntar på din tur?

3. Hur känner du dig när du sitter i tandläkarstolen och väntar på att tandläkaren ska börja borra i dina tänder?

4. Hur känner du dig när tandläkaren tar fram instrumenten för att rengöra och putsa dina tänder?

5. Hur känner du dig när du ska få bedövning i överkänen?

Poäng och svarsalternativ: 1 = Ingen rädsla; 2 = Lätt rädsla; 3 = Någon rädsla; 4 = Stark rädsla; 5 = Extrem rädsla.

Skala: 5–9 = Ingen eller nästan ingen rädsla. 10–14 = Lätt rädsla. 15–20 = Måttlig till stark rädsla. 21–25 = Fobisk reaktion.

● Beskrivning och fördelning av frågor, poäng, svarsalternativ och skala i enlighet med Modified Dental Anxiety Scale (MDAS) [17].

befolkningsgrupper och mellan olika språk och nationer [15].

Det krävs en viss kognitiv utveckling och mognad för att kunna registrera ångest, och därför registreras barns reaktioner på tandbehandling endast utifrån beteendemässiga observationer och man använder sig inte av termen ångest i skalorna (tabell 5).

ODONTOFOBI

Både i den psykologiska och psykiatriska litteraturen finns det validerade och väl beskrivna kriterier på fobi. Odontofobi kan definieras och registreras antingen kvalitativt enligt WHO:s kriterier (tabell 6) eller kvantitativt med hjälp av *Corah Dental Anxiety Scale (CDAS)* (tabell 7).

Utän att behöva definiera obehaget av att gå till tandläkaren som ångest, rädsla eller fobi kan intensiteten hos obehaget registreras med hjälp av en visuell analog skala (VAS) (figur II).

ATTITYDER

Attityder är fackmässigt och forskningsmässigt ett komplicerat begrepp som omfattar både kognitiva, emotionella och beteendemässiga parametrar. När en individs attityd ska bedömas och registreras ingår både dess riktning, intensitet, stabilitet, inflytande på personen, påtaglighet, integration, verifierbarhet och så vidare. Detta kräver ett omfattande frågeformulär som bygger på sofistikerade statistiska och matematiska analyser. Ofta är utgångspunkten 60–80 frågor som minskas ned till 20–30 frågor – kallat ett ”frågebatteri” med motsvarande Likert-skala. Å andra sidan har vi den vardagliga användningen av begreppet, där vi omedelbart registrerar varandras attityder till olika individer, objekt, begrepp eller situationer, utan att det behövs några djupare reflektioner eller något stort antal observationer.

Om de metodologiska kraven inte uppfylls för att ett frågebatteri om attityder ska kunna konstrueras kallas undersökningen endast för en bedömning, som till exempel utförs av tandläkare.

Ett ofta använt mätinstrument för att undersöka attityden till tandläkare är *Dental Belief Survey* (tabell 8), som särskilt används till patienter med tandvårdsrädsla eftersom en stor grupp av dessa patienter hyser misstro till eller inte litar på tandläkare [19].

SMÄRTA

Det oftast använda frågeformuläret för mätning av smärtans kvalitet är *McGill Pain Questionnaire (MPQ)* [20, 21], medan kvantiteten eller intensiteten oftast endast mäts med en VAS-skala, i journalen noterat som: ”Smärta VAS-80” (figur II). Denna registrering används till exempel vid muskelsmärter i tuggapparaten, medan MPQ används för att beskriva akuta orala smärtor relaterade till rädsla. Patienter med låg ångestnivå använder alltså främst sensoriska ord för att beskriva smärtan (till exem-

pel dunkande, ilande, molande), medan patienter med hög nivå främst använder affektiva ord (till exempel plågsam, hemsk eller fruktansvärd) [22].

STRESS

Begreppet stress används och beskrivs på många sätt. För samhället utgör det ett stort behandlingsmässigt och ekonomiskt problem. I den odontologiska litteraturen beskrivs stress för hela tandvårdsteamet [23] och specifika stressmodeller med kvantitativa och kvalitativa mätningar har tagits fram [24]. I kliniken möter tandläkaren stress på tre olika nivåer; hos patienten, hos tandvårdsteamet och hos sig själv. Tandläkaren bör därför vara väl förtrogen med att mäta och hantera stress, både som behandlare, teamledare och privatperson. Instanser eller institutioner som mäter folkhälsan, utövar arbetsmiljötillsyn, behandlar stresstillstånd eller forskar i stress, har alla utvecklat sina egna frågeformulär, vilket visar på den skiftande uppfattningen av stress.

I tabell 9 visas ett validerat och ofta använt frågeformulär, där enbart fråga 3 ofta används, och som är det enklaste sättet att mäta stress eftersom de enda svarsalternativen är ”ja” eller ”nej”.

DISKUSSION OCH SLUTSATS

För att rätt kunna förstå och utnyttja mätningen av känslor och kognitioner måste man känna till felkällorna. Dessa kan grovt delas in i sex inre och yttre felkällor.

De inre felkällorna är:

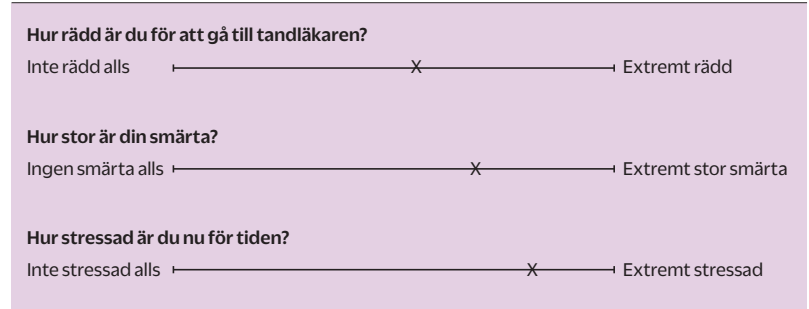
- Man känner inte sig själv tillräckligt väl för att kunna ge fullständiga svar.
- Man vacklar ständigt i sina känslor och kognitioner.
- Man har svårt att ”komma ihåg” sina känslor och kognitioner i detalj om man inte gör omedelbara ”noteringar”.

De yttre felkällorna är:

- Man har svårt att uttrycka känslor och kognitioner, vare sig det är muntligt eller, vilket är ännu svårare, skriftligt.
- Analys och tolkning av mätningen är förbundet med mycket stora semantiska problem.
- Tidsfaktorn är en väsentlig felkälla. I kliniken är det därför viktigt att man lyssnar och frågar efter relevanta emotioner och kognitioner, vilket är precis vad den diagnostiska intervjun går ut på.

För patienten används frågeformuläret för att ge någon form av struktur till dennes upplevda ”kaos” av känslor och tankar, och för behandlaren ger frågeformuläret struktur till kommunikation och behandling. I förhållandet mellan patient och behandlare ska frågeformuläret vara en förmedlare av professionell närvaro, tillit och kompetens.

Endimensionell subjektiv registrering



Figur II. Registrering av rädsla, smärta och stress med Visual Analogue Scale (VAS, 0–100 mm). I figuren illustreras rädsla VAS-70, smärta VAS-80 och stress VAS-90 [22].

Tabell 8. Attityd till tandläkare

Etik och yrkeskunskaper

- Jag oroar mig för att tandläkare rekommenderar behandlingar som inte är nödvändiga.
- Tandläkare bryr sig inte om att patienten behöver en paus.
- Jag oroar mig för att tandläkare inte är tillräckligt tekniskt skickliga för att kunna utföra ett gott arbete.

Kommunikation

- Tandläkare kan inte ge lättbegripliga förklaringar.
- Tandläkare säger ofta sådant som ger mig skuldskänslor för hur jag sköter mina tänder.
- Tandläkare tar inte min oro och rädsla på allvar.

Ingen kontroll

- Tandläkare har ofta så bråttom att jag känner mig stressad.
- Tandläkare tror inte på mig när jag säger att det gör ont.
- Tandläkare gör vad de vill, oavsett vad jag säger.

● Exempel på påståenden i ett batteri med 28 alternativ, med motsvarande Likertskala, för mätning av attityden till tandläkare i enlighet med Getz Dental Beliefs Survey (DBS) [18].

Tabell 9. Frågeformulär om stress

Under de senaste 14 dagarna, hur ofta:

1. har du tappat jämvikten på grund av att något hände helt oväntat?
2. har du känt att du inte hade någon kontroll över viktiga saker i ditt liv?
3. har du känt dig nervös eller stressad?
4. har du känt dig säker på att du kan reda ut dina personliga problem?
5. har du känt att tillvaron blev som du har tänkt?
6. har du upplevt att du inte hann med allt du skulle göra?
7. har du kunnat hantera vardagliga irritationsmoment?
8. har du känt att du hade koll på saker och ting?
9. blev du arg på grund av något du inte kunde styra över?
10. har du känt att svårigheterna tornade upp sig så högt att du inte kunde klara av dem?

Poäng och svarsalternativ: 0 = Aldrig; 1 = Nästan aldrig; 2 = Någon gång då och då; 3 = Ofta; 4 = Mycket ofta. (Fråga 4, 5, 7 och 8 poängsätts omvänt.)
Skala: 0–10 = Ingen stress. 11–17 = Lätt stress. 18–40 = Klinisk stress.

● Beskrivning och fördelning av frågor, poäng, svarsalternativ och skala i enlighet med Perceived Stress Scale (PSS-10) enligt Cohen [25].



”En snabb enkel mätning och journalføring av rädsla, smärta och stress är VAS (figur II), som lätt kan besvaras både i väntrummet och i tandläkarstolen.”

Det rekommenderas att MDAS (tabell 7) finns på kliniken för screening av orosreaktioner inför tandbehandling hos nyinskrivna patienter och PSS-10 (tabell 9) för screening av stress hos tandvårdsteamet. Efter mätning av acceptansen hos ett barn (tabell 5) och kriterierna för specifik fobi (tabell 6) måste man förvänta sig en omedelbar klinisk respons från tandläkarens sida. Tandläkaren ska vara van vid att ställa frågor om oral livskvalitet (tabell 1) och oro (tabell 4) och kunna avläsa och observera kvalitativa ångestreaktioner (tabell 3) i kliniken, bland annat kunna tolka patientens misstro eller bristande förtroende för tandläkaren (tabell 8). I kommunikationen med patienten ska empati och aktivt lyssnande alltid bedömas kritiskt. En snabb enkel mätning och journalføring av rädsla, smärta

och stress är VAS (figur II), som lätt kan besvaras både i väntrummet och i tandläkarstolen.

ENGLISH SUMMARY

Psychological observations and diagnoses in clinical dentistry

*Erik Friis-Hasché and Esben Boeskov Øzhayat
Tandläkartidningen 2015; 107 (2): 58–64*

A prerequisite for optimal dental treatment is effective communication with the patient. The dental professional deals with many patient psychological aspects, including registration and observation of the patient's anxiety, pain and oral-well-being, as well as responsibility for the working environment including prevention and handling of stress in the dental team. For these purposes a number of questionnaires have been developed, to be used in the clinic as a part of the diagnostic interview. These are a combination of quantitative and qualitative observations, currently considered the most valid methods for registration of psychological data.

Referenser

1. Friis-Hasché E, Willumsen T, Jensen HH. Hvorfor giver tandpleje angst? *Tandlægebladet* 2003; 107: 22–32.
2. Friis-Hasché E, Frostholm L, Schröder A (eds.). *Klinisk sundhedspsykologi*. 2. udg. København: Munksgaard, 2013.
3. Bech P. *Klinisk psykometri*. København: Munksgaard, 2011. (Bech P. *Clinical psychometrics*. Oxford: Wiley-Blackwell, 2012).
4. Bech P. Rating scales for psychopathology, health status and quality of life: a compendium on documentation in accordance with the DSM-III-R and WHO systems. Berlin: Springer-Verlag, 1993.
5. Bylund CL, Makoul G. Empathic communication and gender in the physician-patient encounter. *Patient Educ Couns* 2002; 48: 207–16.
6. Friis-Hasché E, Witt K. Behandleren. In: Friis-Hasché E, Frostholm L, Schröder A (eds.). *Klinisk sundhedspsykologi*. 2. udg. København: Munksgaard, 2013: 237–59.
7. Slade GD, Spencer AJ. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. *Community Dent Health* 1994; 11: 3–11.
8. Locker D. Measuring oral health: a conceptual framework. *Community Dent Health* 1988; 5: 3–18.
9. Gray JA. The neuropsychology of anxiety: an inquiry into the functions of the septo-hippocampal system. Oxford: Clarendon Press, 1982.
10. Nielsen T. Depression: psykologiske og biologiske teorier. København: Dansk Psykologisk Forlag, 1990.
11. Durand VM, Barlow DH. *Abnormal psychology: an introduction*. 2nd ed. Belmont: Wadsworth / Thomson Learning, 2000.
12. Rosenberg N, Rosenberg R. *Angst – krise og stress: klinik, teori, diagnose og terapi*. København: Munksgaard, 1989.
13. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. *State-trait anxiety inventory (STAI)*. Palo Alto: Consulting Psychologist Press, 1970.
14. WHO (World Health Organisation). *WHO ICD-10 – psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser: klassifikation og diagnostiske kriterier*. København: Munksgaard, 1994.
15. Kleinnecht RA. *Mastering anxiety: the nature and treatment of anxious conditions*. New York: Plenum Press, 1999.
16. Rud B. *Den mentale udviklings indflydelse på børns accept af tandbehandling*. København: Københavns Tandlægehøjskole, 1971.
17. Humphris GM, Morrison T, Lindsay SJ. The modified dental anxiety scale: validation and United Kingdom norms. *Community Dent Health* 1995; 12: 143–50.
18. Milgrom P, Weinstein P, Heaton LJ. *Treating fearful dental patients: a patient management handbook*. 3rd ed. Seattle: University of Washington Press, 2009.
19. Friis-Hasché E, Engelbrecht M. *Tandlægeskræk: 10 gode råd*. *Tandlægebladet* 2007; 111: 1176–83.
20. Drewes AM, Helweg-Larsen S, Petersen P et al. McGill pain questionnaire translated into Danish: experimental and clinical findings. *Clin J Pain* 1993; 9: 80–7.
21. Melzack R. The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods. *Pain* 1975; 1: 277–99.
22. Friis-Hasché E. Patienters beskrivelse af akutte orale smerter i relation til angst. *Tandlægebladet* 2010; 114: 216–23.
23. George JM, Milone CL, Block MJ et al. *Stress management for the dental team*. Philadelphia: Lea & Febiger, 1986.
24. Hendrix WH. *Dental Stress Model and Assessment Questionnaire*. *Dent Clin North Am* 1986; 30 (Supp 4): S1–10.
25. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein RA. A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav* 1983; 24: 385–96.

Delta i debatten i Tandläkartidningen!

orjan.bjorklund@tandlakarforbundet.se

Tandläkar
tidningen