

Behandlingsplanlægning i oral rehabilitering, som inkluderer livskvalitetsaspekter. En metodevurdering

Esben Boeskov Özhatay, Kaj Stoltze, Beth Elverdam og Bengt Öwall

Beslutningsprocesserne i forbindelse med oral rehabilitering bygger ofte på »bløde« værdier, hvilket gør diagnostikken usikker. Ved at bruge en mere strukturel og individuel indgangsvinkel skulle det være muligt at afdække den enkelte patients ønsker og dermed optimere behandlingsvalget. »Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life - Direct Weighting« (SEIQoL-DW) er en metode, der bruger et kvalitativt interview samt en vurdering og prioritering af oralt relaterede områder, som patienten angiver som vigtige til at give struktur i samtalen omkring den individuelle behandlingsplan. Metoden blev afprøvet på en gruppe med partielle proteser og en gruppe partielt tandløse uden aftagelig erstatning. Det antages, at metoden kan give klinikerne et værdifuldt indblik i den enkelte patients tanker og ønsker angående behandlingen. Den kan dermed bruges i den individuelle behandlingsplanlægning. Yderligere undersøgelser skal klarlægge validiteten af metodens enkelte komponenter samt vurdere metodens anvendelighed i undervisning og almindelig praksis.

I klinisk odontologi anvendes diagnostik med varierende specificitet. Ved fund af fx caries, apikale forandringer eller slimhindelidelser stilles diagnoserne ud fra strikte kriterier. I modsætning hertil anvendes, især ved oral rehabilitering, ikke diagnoser med samme grad af præcision. Det er derfor behandlerens professionelle erfaring og fortolkning af patientsamtalen, som udgør baggrunden for behandlingsvalget.

Allerede i slutningen af tresserne begyndte diskussionen om enkeltpersoners og befolkningsgruppers behov for og krav til tandbehandling. Begrebet oral helse kom frem på dette tidspunkt. Smith & Sheiham (1980) angav, at der i forbindelse med behandling var flere typer af behov: Det normative behov, som fastlægges af behandleren, det oplevede behov, som er det samme som patientens ønske, og udtrykt behov, som er patientens egen opfattelse af behov for og krav til behandlingen. De i dag så vigtige »blødere« vurderinger af typen æstetik, komfort, ønske om at være sund og social tilpasning hører til under det oplevede behov.

Ved protetisk behandling har de normative, professionelle vurderinger for, hvad der skal behandles i lang tid, været vægtet højt. Det drejer sig bl.a. om risikoen for elongering, kipning af tænder samt kæbeleds- og muskelproblemer. I dag har disse forholdsvis klare diagnoser og retningslinjer for protetisk erstatning fået en mindre fremtrædende rolle for behandlingsvalget. Årsagen er, at flere af de ovennævnte fysiske forhold udvikler sig langsomt, og den negative effekt af en restaurativ behandling kan på længere sigt være mere skadende end følgerne af de forhold, som man behandler. Yderligere har epidemiologiske undersøgelser vist, at personer med få tænder og små okklusionsfelter kan klare sig godt. »Shortened dental arch concept« er veletableret (2,3). Dette betyder, at tandlægen nu skal finde ud af patientens reelle behov og individuelle ønsker og krav til behandlingen.

Dabelsteen (2007) skriver i 2. udgave af bogen »Sund eller syg«: »Selvom det orale sundhedsbegreb kan være dif- fust, er der dog almindelig enighed om, at det ikke alene dækker den traditionelle beskrivelse af tandstatus, men inddrager tandstatus' betydning for individet både fysisk, følelsesmæssigt og socialt.«

Tandlæger har formodentlig altid vurderet patienternes ønsker og forsøgt at finde de behandlinger, som bedst opfylder behovene. Dette er imidlertid oftest sket på en ustruktureret måde, og livskvalitetsaspekter har hverken i praksis eller i undervisningen været tydeligt inddraget i behandlingsplanlægningen. Man kan mene, at det er et simpelt problem, for det er da kun at spørge patienten, og

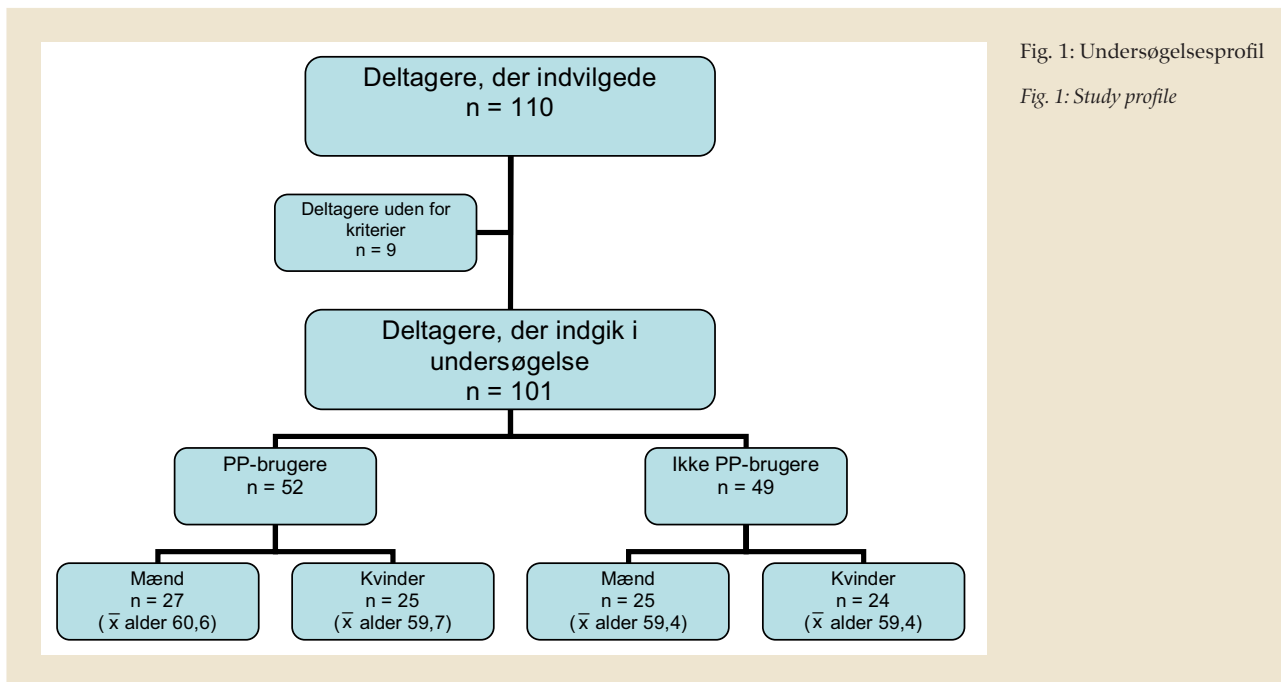


Fig. 1: Undersøgelingsprofil

Fig. 1: Study profile

så vil oplysningerne komme frem. I adskillige situationer er det dog vanskeligt for patienten at beskrive sine egne problemer, især da det ofte er kombinationer af mange aspekter. En metode, der i højere grad inddrager patienten i behandlingsplanlægningen, ville derfor være ønskværdig, ikke blot for tandlægen, men også for patienten.

Den patientcentrerede konsultationsmetode beskrives og diskuteres bl.a. af Engberg (2005). Det siges i indledningen, at traditionelt er der, både i tandlæge- og lægepraksis, blevet anvendt en »biomedicinsk og paternalistisk orienteret behandlingsmodel, hvor symptomer og undersøgelsesresultater har resulteret i en given behandlingsadfærd fra behandlerens side, uden at patientens individualitet – og deraf følgende forskellige behov i behandlingssituationen – er taget i betragtning.«

Det er i dette perspektiv, det foreliggende arbejde skal betragtes.

Et litteraturstudie har ledt frem til en metode, der kan bruges til at vurdere, hvad en person egentlig ønsker og har behov for i den komplekse situation, der optræder i forbindelse med en større rehabilitering. Metoden er brugt til livskvalitetsvurdering hos bl.a. patienter med HIV/AIDS (6) og medfødte hjertefejl (7). Den sigter på at finde frem til problemsituationen for den enkelte patient, at sortere de forskellige problemområder, vurdere disses påvirkning af patienten samt at vægte problemernes relative betydning.

Formålet med foreliggende undersøgelse er at vurdere denne metodes brugbarhed til fastlæggelse af det individuelle protetiske behandlingsbehov. På længere sigt kan metoden måske anvendes i almindelig praksis.

Præsentationen her er forkortet i forhold til den originale publikation »A method for assessment of quality of life in relation to prosthodontics. Partial edentulism and removable partial dentures« (8).

Materiale og metode

Materiale

Deltagerne, der blev rekrutteret på Tandlægeskolen i København, skulle være mellem 48 og 68 år og kunne tale dansk. De skulle maksimalt have 24 naturlige tænder. Helprotese måtte ikke forekomme, hvorimod personer med aftagelige partielle proteser blev inkluderet. 110 personer blev indvisiteret, hvoraf ni senere blev ekskluderet: to havde helprotese, to havde mere end 24 tænder, og fem havde faste erstatninger for manglende tænder. Det endelige deltagerantal blev således 101. Deltagerne blev delt i to grupper. En gruppe, der brugte aftagelig partiel protese (PP-brugere), som bestod af 52 deltagere, 27 mænd og 25 kvinder med en gennemsnitsalder på 60,2 år. En anden gruppe, der ikke brugte partiel protese (ikke-PP-brugere), som bestod af 49 deltagere, 25 mænd og 24 kvinder med en gennemsnitsalder på 59,4 år.

Tabel 1: SEIQoL-DW-proceduren

Trin	SEIQoL-DW
1.	Nominering af de fem vigtigste orofacialt relaterede områder ud fra interview.
2.	Vurdering af nuværende påvirkning af hvert af de fem områder vha. VAS.
3.	Vurdering af den indbyrdes vigtighed af områderne vha. DW-instrumentet.
4.	Udregning af den overordnede SEIQoL-score.

Metode

Metoden, der blev brugt, var »Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life-Direct Weighting« (SEIQoL-DW) (6).

Den består af fire trin (Tabel 1).

Første trin er et kvalitativt interview. Under dette interview nævner og beskriver deltagerne alle tanker og emner, der dukker op vedrørende deres orofaciale tilstand. Der bliver lagt vægt på, at det også omfatter den orofaciale tilstand i et socialt perspektiv. Intervieweren noterer alle emneområder, der nævnes, og spørger uddybende til patientens udsagn. Ved afslutningen af interviewet bliver deltageren bedt om at nominere de fem vigtigste af de nævnte områder.

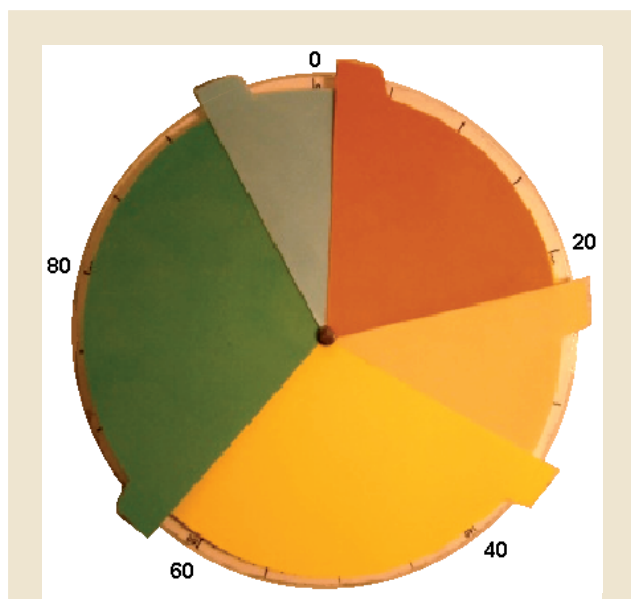


Fig. 2: Direct Weighting- (DW) instrumentet.

Fig. 2: The Direct Weighting (DW) instrument

Næste trin er en fastlæggelse af den aktuelle status af hvert af de fem nominerede områder. Dette gøres vha. VAS (Visual Analogue Scale), en vandret streg, der går fra 0 (dårligst muligt) til 100 (bedst muligt), hvorpå deltageren markerer sin vurdering. Jo højere score, jo bedre står det til inden for området.

Tredje trin er en prioritering af områderne i forhold til hinanden. Dette gøres med »Direct Weighing«-instrumentet (DW-instrumentet) (Fig.2). Instrumentet består af fem forskelligt farvede skiver. Hver farve svarer til et af de fem nominerede områder. Ved at dreje på skiverne kan arealet for hver farve ændres i størrelse. På denne måde fastlægges de enkelte områders score. Scoren, der repræsenterer størrelsen af de nominerede emneområders areal, kan aflæses på en skala, der sidder i DW-instrumentets periferi. Jo højere score, desto større betydning har området.

Sidste trin er en udregning af en overordnet individuel score (SEIQoL-DW score). Jo højere SEIQoL-DW score, jo bedre opfatter personen sin orofaciale tilstand.

Et eksempel på scorerne fra en enkelt patient i det foreliggende studie er vist i Tabel 2.

Deltageres erfaringer

Sidst i interviewet blev deltagerne spurgt:

1. Om samtalen havde medført nye tanker angående orofacialt relaterede forhold.
2. Om de mente, at metoden kunne bruges i en planlægning af hans/hendes behandling.
3. Om de fandt, at metoden var nem at bruge.

Statistik

Data er beskrevet med de variables parametre og fordeling i frekvenstabeller. Forskelle mellem grupper blev analyseret ved chi²-test samt non-parametriske test (Mann-Whitney U-test og Friedman's test). Signifikansniveau: 5 %.

Tabel 2: Eksempel på registreringer fra SEIQoL-DW fra en patient.

Områder	VAS	DW	SEIQoL-DW-score
Smerte	100	28	$(100 \times 28) / 100 = 28,00$
Udseende	47	21	$(47 \times 21) / 100 = 9,87$
Protesen sidder fast	46	20	$(46 \times 20) / 100 = 9,20$
Tale	83	19	$(83 \times 19) / 100 = 15,77$
Tygge	100	12	$(100 \times 12) / 100 = 12,00$
	(100)	Samlet score	74,84

Tabel 3: Inddeling af de hyppigst nominerede enkeltområder og antal nomineringer af de seks overordnede kategorier.

Inddeling og antal nomineringer af overordnede kategorier	
	Antal nomineringer
Æstetik og fremtoning	113
– udseende	
– dårlig ånde	
Funktion	116
– tyggeevne	
– retention af protese	
– tale	
Ubekvemme forhold	54
– føderetention	
– løse tænder	
Psykologisk aspekt	131
– beholde egne tænder	
– tænke over, hvad andre synes	
– tænke over, hvad der spises	
Bekymring for naturlige tænder	66
– rene tænder	
Smerte	25
– smerte	
Total	505

Resultater

Inddeling af områderne

De 101 deltagere nominerede hver fem områder. De i alt 505 områdeangivelser blev fordelt i seks overordnede kategorier. Tabel 3 viser områdernes gruppering i kategorierne. Som det fremgår, er psykologiske aspekter, æstetik og fremtoning samt funktion de kategorier, der hyppigst er repræsenteret.

Overordnet SEIQoL-DW score

Den overordnede score for PP-brugere var 54,1, og for ik-

Tabel 4: Gennemsnitlige VAS-scoringer for kategorierne fordelt på protese og ikke-protesebærere.

* – signifikant forskel

Kategori	Gennemsnitlige VAS-scoringer	
	PP-brugere	Ikke-PP-brugere
Æstetik og fremtoning*	67,2	45
Funktion	51,1	48,5
Ubekvemme forhold	47,7	58,2
Psykologisk aspekt	63,8	53,3
Bekymring for naturlige tænder	75	70,7
Smerte*	84,6	58,6

ke-PP-brugere var den 59,2. Denne forskel var ikke signifikant.

Aktuel status og prioritering

VAS-scoringerne viste, at det gik bedre for PP-brugerne end ikke-PP-brugerne i alle kategorier undtagen ubekvemme forhold. Forskellen var imidlertid kun signifikant i kategorierne æstetik og fremtoning samt smerte (Tabel 4).

DW-scoringerne viste ingen signifikante forskelle mellem PP- og ikke-PP-brugerne.

Deltagernes erfaringer

Deltagerne angav langt overvejende, at deltagelsen i undersøgelsen havde givet nye tanker omkring egne orale forhold, og at metoden var brugbar i behandlingsplanlægningen. Yderligere angav de fleste, at metoden havde været nem at bruge (Tabel 5).

Diskussion

Holmstrup & Rossel (2000) udtrykker i en diskussion om tandlægeetik om valg af behandlingsmetoder, at »en væsentlig opgave for professionen bliver »... at præcisere og afgrænse,

Tabel 5: Respons (procent) på spørgsmål omhandlende brugbarhed og værdsættelse af metoden

	Ja	Nej	Ved ikke
»Nye tanker om egne oralt relaterede forhold?«	70,3	17,8	11,9
»Brugbarhed i behandlingsplanlægning?«	60,4	9,9	29,7
»Var metoden nem at bruge?«	73,2	10,9	15,8

hvilke diagnostiske test behandlingsmuligheder med videre patienten skal have mulighed for at kunne vælge imellem ...», og at det kan ...» være vanskeligt som praktiserende tandlæge at opnå tilstrækkelig objektivt grundlag for at vælge i den skov af nye behandlinger og diagnostiske metoder, der tilbydes.« Disse synspunkter passer godt på området oral rehabilitering, da der som påpeget i indledningen mangler velegnede metoder til at fastlægge behandling for den enkelte patient ud fra dennes subjektive ønsker. Desuden mangler metoder, der giver struktur i patient-behandler-samtalen, som skal ligge til grund for behandlingsvalget.

Resultaterne fra nærværende analyse tyder på, at SEIQoL-DW-metoden er brugbar til en struktureret samtale. Den giver således klinikerne bedre mulighed for at identificere, hvilke behandlingsmetoder der bør tilbydes patienten.

Den overordnede SEIQoL-DW-score, der udtrykker, hvordan patienten i øjeblikket klarer sig med sin mund og sine tænder, viste ingen forskel mellem PP- og ikke-PP-brugere, hvilket umiddelbart kan undre. Man ved dog, at nyfremstillede aftagelige partielle proteser hyppigt ikke anvendes af patienterne i det omfang, der var hensigten med behandlingen. Dette kan være et udtryk for utilfredshed med denne behandlingstype (10). Det kan i den foreliggende undersøgelse imidlertid antages, at PP-brugerne alle havde vænnet sig til proteserne og derfor stadig brugte dem.

Kuboki et al. (1999) sammenlignede ligeledes ved brug af et spørgeskema livskvaliteten hos to grupper partielt tandløse patienter, med og uden partiel protese. Resultaterne viste i overensstemmelse med nærværende undersøgelse ingen forskel i livskvaliteten mellem de to grupper. McGrath & Bedi (2001) undersøgte, om livskvaliteten hos partielt tandløse patienter var afhængig af, om partiel protese blev brugt eller ej. Resultaterne viste, at patienter med under 20 tænder uden brug af protese gav udtryk for reduceret livskvalitet sammenlignet med patienter med mere end 20 tænder og patienter, der brugte protese. I undersøgelsen blev den orale status dog angivet af deltagerne selv, og det vides ikke, hvorledes de manglende tænder var fordelt i tandbuerne.

Det kan derfor antages, at den reelle forskel mellem PP- og ikke-PP-brugerne ikke er så stor, når det drejer sig om overordnede subjektive vurderinger af den orale livskvalitet, hvis man har vænnet sig til at bruge den aftagelige protese. Dette ses også i foreliggende undersøgelse, hvor der ikke var forskel på de gennemsnitlige DW-scorer i de to grupper. I en undersøgelse af den mastikatoriske kapacitet hos personer med partielle proteser svarede tyggekapa-citeten til den, man fandt hos personer med 16-25 naturlige tænder uden protese. I denne undersøgelse havde protese-bærerne ligeledes vænnet sig til at bruge proteserne (13).

VAS-scorerne, som giver en indikation af den aktuelle subjektive status, viste, at det gik bedre for PP-brugerne end for ikke-PP-brugerne i alle kategorier undtagen ubekvem-me forhold. Forskellen i æstetik og fremtoning hænger højst sandsynligt sammen med, at ikke-PP-brugerne havde flere ubehandlede tandmangler i de anteriore regioner. Riber & Öwall (1998) har vist, at hos patienter med partielle proteser fremstillet på Tandlægeskolerne i Århus og København var accepten eller konstant brug af proteserne betydeligt højere blandt dem, hvor protesen erstattede anteriore tænder. Er patienten tvunget til at bruge protesen, følger accept ofte. Det er imidlertid vigtigt at påpege, at det ikke på den baggrund kan konkluderes, at aftagelige partielle proteser er en optimal behandling. De artikler, som påviser dårlige klini-ske resultater med partielle proteser, undersøger andre for-hold end i den foreliggende undersøgelse.

SEIQoL-DW er blevet brugt i lægelig medicinsk sam-menhæng til vurdering af patienters livskvalitet. Mountain et al. (2004) skriver fx om metodens validitet: »a viable tool for eliciting information in selected groups of patients – perhaps those with complex rehabilitation needs.«

SEIQoL-DW giver gode resultater med hensyn til pålidelighed (reliability), deltagerens lydhørhed og interesse over for undersøgelsesformen (responsivness) samt reproducér-barhed (test-retest) (7). Det angives desuden, at interview-metoder af denne type er »selvvaliderende«, da der ikke bør være tvivl om, at personernes besvarelser er hæderlige (14).

Når metodens anvendelighed skal vurderes, er det natu-rligt, også at spørge deltagerne om deres mening. Svarene vi-ste, at ca. 60-70 % af deltagerne mente, at metoden ville være egnet til at give bedre forståelse for deres egne tandmæssige situation i relation til behandlingsdiskussionen.

I den aktuelle undersøgelse blev der brugt 25-50 minutter på interviewet. Andre har angivet det gennemsnitlige tids-forbrug til 37,7 minutter (15). Det kan umiddelbart virke som lang tid, men når større protetiske behandlinger skal udføres, bør et sådant tidsforbrug ikke være afgørende. Det er ofte vigtige beslutninger, såvel behandlingsmæssigt, menneskeligt som økonomisk. Engberg (2005) mener om den patientcentrerede konsultationsmetode: »... patienten får en mere aktiv rolle, medfører en øget tilfredshed, øget compliance og mindre sygelighed hos patienterne.« Hun skriver videre: »... brug af metoden kan øge tandlægens job-tilfredshed og patienternes compliance i forhold til behan-dlingen.« Det må naturligvis tydeligt påpeges, at en behan-dlingsplan bygger på en dialog mellem behandler og patient. Kravene til informeret samtykke er øget, og nødvendighe-den af en bedre afdækning af patienternes ønsker og for-ventninger vil blive yderligere aktuel i fremtiden.

Konklusion

- Litteraturgennemgangen viser, at der er brug for metoder, der giver struktur og individualitet i diagnostikken i forbindelse med vurdering af behandlingsbehov.
- SEIQoL-DW-metoden, eller komponenter heraf, viser sig i denne undersøgelse at kunne bruges til beskrivelse af patienters subjektive orale tilstand.
- Metoden har i denne undersøgelse givet strukturerede resultater, der kan bruges i den individuelle behandlingsplanlægning. Metoden bør testes og udvikles yderligere, før den kan bruges i undervisning og tandlægepraksis.

Tak

Tandlægeforeningen takkes for økonomisk støtte i forbindelse med udførelse af forskningsprojektet.

English Summary

Treatment planning in oral rehabilitation including quality of life aspects. An evaluation of a method.

In oral rehabilitation the indication for treatment is often based on 'soft' values, such as the patients' needs and wishes. There is a distinct lack of structure in the evaluation of these individual patient's needs and expectations, thereby making it difficult to incorporate them in decision-making. By introducing structured analysis of individual planning wishes and incorporation of these in the planning, it might be possible to optimize the treatment. A method (SEIQoL-DW) which allows structure and maximum matching of treatment plans to individuals was used on a group of partially edentulous persons with removable dental prostheses and a group of partially edentulous persons without removable dental prostheses. The method consists of an interview and a measurement of the actual status as well as the priority given by the patient to the important areas of treatment. The method can give the clinician a valuable insight into the patients' thoughts, thereby giving optimal conditions for individualized treatment planning. More studies are needed to evaluate the method and its components before it can be recommended for use in general practice and teaching.

Litteratur

1. Smith JM, Sheiham A. Dental treatment needs and demands of an elderly population in England. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1980; 8: 360-4.
2. Aukes JN, Käyser AF, Felling AJ. The subjective experience of mastication in subjects with shortened dental arches. *J Oral Rehabil* 1988; 15: 321-4.
3. Käyser AF. Teeth, Tooth Loss and Prosthetic Appliance. In: Öwall B, Käyser AF, Carlsson GE, editors. *Prosthodontics. Principles and Management Strategies.* London: Mosby-Wolfe; 1996. p. 35-48.
4. Dabelsteen E. Sund eller syg? 2. udgave. 2007. Afd. for Oral Diagnostik, Odontologisk Institut, Københavns Universitet. p. 64.
5. Engberg M. Kan den patientcentrerede konsultationsmetode anvendes i tandlægepraksis? *Odontologi* 2005. Munksgaard Danmark. p. 201-12.
6. Hickey AM, Bury G, O'Boyle CA, Bradley F, O'Kelly FD, Shannon W. A new short form individual quality of life measure (SEIQoL-DW): application in a cohort of individuals with HIV/AIDS. *BMJ* 1996; 313: 29-33.
7. Moons P, Marquet K, Budts W, De GS. Validity, reliability and responsiveness of the »Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life-Direct Weighting« (SEIQoL-DW) in congenital heart disease. *Health Qual Life Outcomes* 2004; 2: 27.
8. Özhayat EB, Stoltze K, Elverdam B, Öwall B. A method for assessment of quality of life in relation to prosthodontics. Partial edentulism and removable partial dentures. *J Oral Rehabil* 2007; 5: 336-44.
9. Holmstrup P & Rossel P. Tandlægeetik i år 2000 - og fremover. *Odontologi* 2000. København: Munksgaard Danmark. p. 23-38.
10. Riber E, Öwall B. Patienters anvendelse af fremstillede delproteser. Resultat fra tandlægeskolerne i København og Århus. *Tandlægebladet* 1998; 102: 936-40.
11. Kuboki T, Okamoto S, Suzuki H, Kanyama M, Arakawa H, Sonoyama W, et al. Quality of life assessment of bone-anchored fixed partial denture patients with unilateral mandibular distal-extension edentulism. *J Prosthet Dent* 1999; 82: 182-7.
12. McGrath C & Bedi R. Can dentures improve the quality of life of those who have experienced considerable tooth loss? *J Dent* 2001; 29: 243-6.
13. Liedberg B, Stoltze K, Öwall B. The masticatory handicap of wearing removable dentures in elderly men. *Gerodontology* 2005; 22: 10-6.
14. Joyce CRB, Hickey A, McGee HM, O'Boyle CA. A theory-based method for the evaluation of individual quality of life: The SEIQoL. *Qual Life Res* 2003; 12: 275-80.
15. Mountain LA, Campbell SE, Seymour DG, Primrose WR, Whyte MI. Assessment of individual quality of life using the SEIQoL-DW in older medical patients. *QJM* 2004; 97: 519-24.

Forfatteroplysninger

Esben Boeskov Özhayat

Ph.d.-stipendiat. Afd. for Oral Rehabilitering, Odontologisk Institut, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Københavns Universitet

Kaj Stoltze

Lektor emer., ph.d. Afd. for Parodontologi, Odontologisk Institut, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Københavns Universitet

Beth Elverdam

Lektor, mag.scient. Almen medicin, Institut for Sundheds-tjenesteforskning, Syddansk Universitet

Bengt Öwall

Professor emer., odont.dr. Afd. for Oral Rehabilitering, Odontologisk Institut, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Københavns Universitet