
Barntandvård möter klinisk barnpsykologi

GUNILLA KLINGBERG OCH KRISTINA ARNRUP

Per, 6 år, är hos tandläkaren för att laga en tand för första gången. Vid de tidigare besöken har han varit lite tillbakadragen, men ändå villigt gått med på att undersökas, ta röntgenbilder och polera sina tänder. Idag är det dock stopp. Per vägrar öppna munnen. Han vill inte gå med på behandling. Pers historia är inte ovanlig. Ofta reder situationen ut sig ganska snabbt, men ibland är den bara början på en lång historia av problematiska tandvårdsbesök. En historia som borde gå att förändra.

Vanligt med tandvårdsproblem av psykologisk art

Många barn upplever en viss osäkerhet och rädsla i tandvårdssituationen. Rädsla är en skyddsmekanism som ska skydda från faror och är därmed en naturlig reaktion i situationer där barnet inte vet vad som skall hända. En rädsla som är så kraftig att barnet upplever starkt obehag, ångest eller oro i samband med tandvårdsbesöken benämns tandvårdsrädsla (TVR). Begreppet TVR är ett uttryck för barnets subjektiva upplevelse. Ibland visar barnet tydliga tecken på rädsla (gråt, anspänning, avskärmning), men i andra fall behåller barnet sin upplevelse inom sig. Man måste alltså beakta att även den „duktiga patienten“ kan uppleva rädsla.

Om tandvårdsrädslan blivit så stark och ohanterlig att barnet

eller ungdomen helt undviker att besöka tandvården kan man tala om en tandvårdsfobi. Fobibegreppet används mest för äldre ungdomar och vuxna.

Behandlingsmässiga problem (BMP) innebär att barnet vägrar behandling, inte samarbetar, eller betar sig så att behandlingen tar mycket längre tid att genomföra. Begreppet BMP utgår således från vårdgivarens perspektiv. Barn med BMP kan samtidigt vara tandvårdsrädda, men det är långt ifrån alltid så^{1,2}.

De delvis överlappande fenomenen, TVR och BMP, kan sammanfattas som tandvårdsproblem av psykologisk art (TPPA). Det finns flera epidemiologiska studier, bland annat från de nordiska länderna, som visar att problemen är vanliga (Tabell 1). Trots förfinade odontologiska behandlingstekniker och bättre tandhälsa i befolkningen tycks förekomsten av TPPA inte ha reducerats. TPPA, ofta i kombination med ett omfattande odontologiskt behandlingsbehov, är också den vanligaste remissanledningen till specialist i pedodonti i Sverige.

Många orsaker

Tandvårdsrädsla och/eller behandlingsmässiga problem kan ha många olika orsaker. Man kan sällan urskilja någon enskild faktor, utan brukar tala om en multifaktoriell bakgrund av personbundna (hos barnet), situationsbundna (vid tandbehandlingen) eller omgivningsrelaterade (hos familjen) faktorer.

Barn kan vara sårbara, och därmed löpa större risk för problem, på grund av låg ålder, en benägenhet att ängslas, ökad smärtekänslighet, en upplevelse av otrygghet samt vid vissa temperamentsdrag (bland annat blyghet)^{1,2,5,8,9}. Funktionshinder i form av begåvningshandikapp eller neuropsykiatriska problem är andra riskfaktorer.

Tandvårdsrädsla inom familjen innebär en risk för TPPA. Inverkan av socioekonomiska faktorer har diskuterats, men visats ha olika genomslag i olika studier. I en svensk barnpopulation

Tabell 1. Förekomst av tandvårdsrädsla (TVR) och behandlingsmässiga problem (BMP) i de nordiska länderna

Land	Författare (år)	Ålder (år)	%TVR	%BMP
Danmark	Andersen (2002) ³	12-13	9,2	
	Wogelius et al. (2003) ⁴	6-8	5,7	37,2*
Finland	Tuutti (1986) ⁵	7-10	6	17
	Alvesalo et al. (1993) ⁶	12-13	21	
Norge	Neverlien (1991) ⁷	10-13	3,8	3
	Skaret (2000) ⁸	18	19	
Sverige	Holst (1988) ⁹	3-16		3-8
	Klingberg (1995) ¹	4-11	6,7	10,5

* kumulativ frekvens; all rapporterad BMP

sågs inget samband mellan socioekonomi och TPPA, vilket antogs vara en utjämningsseffekt av den regelbundna och avgiftsfria tandvården som erbjuds barn och ungdomar i Norden¹. Bland barn som remitterats med anledning av behandlingsmässiga problem har lägre socioekonomisk status och högre andel ensamföräldrar rapporterats². Det är dock inte socioekonomiska förhållanden i sig som antas ha betydelse, utan snarare hur dessa omständigheter påverkar föräldrarnas kraft och förmåga att vägleda och stödja sina barn. Otillräckligt föräldrastöd eller andra problem i relationen mellan barn och förälder kan försvåra för barnet att handskas med nya situationer, krav och förväntningar. Föräldern kan ha svårt att släppa ifrån sig barnet, vilket blir speciellt ogynnsamt för de „sköra“ barn som verkligen behöver sin förälders aktiva stöd.

Smärtsamma eller obehagliga behandlingar medför en ökad risk att barnet reagerar med behandlingsmässiga problem eller att det utvecklar tandvårdsrädsla^{1,8}. Särskilt stor torde risken vara om det är ett yngre barn eller om barnet är ängsligt eller blygt. Smärta och obehag kommer ofta plötsligt och oförklarligt för barnen och ger en upplevelse av bristande kontroll, något

många vuxna patienter med allvarlig tandvårdsrädsla beskriver som sin bakgrund.

Vad kan då ha varit orsaken till Pers reaktioner vid tandläkarbesöket? Utifrån Pers beteende kan man inte helt säkert säga om det enbart är ett behandlingsmässigt problem eller om Per också är tandvårdsrädd. Kanske har tandläkaren gått för fort fram med behandlingen. Per har ju tidigare samarbetat väl och det är lätt att tro att han är redo för nästa steg. Dock har Per varit försiktig och tillbakadragen, vilket är ett varningstecken som borde ge anledning till eftertanke. Att för första gången få en tand lagad utgör ett stressmoment.

Gruppen är heterogen

Svårigheterna med att få fram entydiga svar på frågan om varför vissa barn är rädda och/eller uppvisar behandlingsmässiga problem kan delvis förklaras av att det är så många olika faktorer som inverkar. Ett ökat samarbete mellan odontologi och psykologi torde på sikt ge större möjligheter att prediktera och diagnostisera olika typer av behandlingsproblem och därmed förutsättningar att i högre grad skraddarsy bemötande och behandling utifrån den enskilda patientens behov.

För många barn kan ett bristande samarbete i tandvårdssituationen vara ett uttryck för rädsla eller ängslan, medan det för andra barn snarare handlar om generella beteendemönster. Vissa patienter agerar ut, protesterar och gör aktivt motstånd, medan andra förhåller sig tysta och reserverade och kanske till och med avskärmar sig från kontakt. Barnets beteende behöver inte grunda sig på rädsla eller ängslan, men kan ändå ha stor betydelse för förutsättningarna till samarbete.

Bland barn som remitterats till specialistklinik med anledning av behandlingsmässiga problem har nyligen olika subgrupper kunnat urskiljas med hänsyn till rädsla, temperamentsdrag, beteendemönster och begåvning². En liten, men tydlig grupp karakte-

riserades av måttlig rädsla, impulsivt temperament, utagerande beteende samt uppmärksamhetsproblem (utagerande, impulsiva barn). En grupp formades av blyga barn med ett inåtvänt beteende (ofta bekymrad, nedslagen, ont i magen) och höga värden på rädsla (rädda, hämmade barn). En tredje grupp hade mycket höga värden på rädsla (både tandvård och generellt), men inga avvikelser i temperament eller beteende (utåtriktade, rädda barn). Slutligen fanns även de med relativt låga/normala värden på såväl tandvårdsrädsla som generell rädsla och inga avvikelser i temperament, beteende eller begåvning (utåtriktade, ej rädda barn). Sannolikt bör förklaringar till dessa barns tandvårdsproblematik i större utsträckning sökas i upplevelser i tandvårdssituationen eller bland omgivningsrelaterade faktorer.

Konsekvenser

Mot bakgrund av att behandlingsmässiga problem definieras just som ett beteende som försvårar, försenar eller omöjliggör behandling, är risken för att dessa barn går miste om adekvat vård påtaglig. Bland yngre barn ses inget tydligt samband mellan tandvårdsrädsla och antalet kariesskador eller fyllningar¹. Det beror antagligen på att tandhälsan hos de flesta är god och att barnen ännu inte hunnit få karies. Vad som händer med tandvårdsrädsla och/eller behandlingsmässiga problem under tonårstiden, dvs. i övergången från barndom till vuxen ålder är ännu relativt outforskat. En hög förekomst av återbud och uteblivanden bland ungdomar har relaterats till såväl tandvårdsrädsla som ett tveksamt intresse/engagemang för tandvård⁸. Vuxna med tandvårdsfobi, och ett ibland mångårigt undvikande av tandvård, har befunnits ha en kraftigt ökad risk för dålig munhälsa, fler kariesskador och värkepisoder, vilket dessutom är förknippat med mycket skamkänslor och ofta blir ett socialt stigma. Tandvårdsrädsla och/eller behandlingsmässiga problem hos unga individer bör ses som en risk för utveckling av oral ohälsa och, i för-

längningen, försämrad livskvalitet. Det är därför viktigt att identifiera, beakta, förebygga och behandla tandvårdsproblem av psykologisk art.

Behandlingsstrategier

En förtroendefull behandlingsrelation, byggd på ömsesidig respekt, är grunden för all tandbehandling. När det gäller barn och ungdomar med tandvårdsproblem av psykologisk art (TPPA) involveras, förutom patient och vårdgivare, oftast även patientens förälder. Med det lilla barnet som patient är det naturligt att i huvudsak söka förälderns delaktighet, medan tonåringen bör medverka med större eget ansvar i behandlingsplaneringen. Information och medbestämmande stärker patientens känsla av kontroll i tandvårdssituationen.

Insatser mot TPPA kan vara förebyggande eller behandlande, och sker som regel i form av en anpassad mix av beteendeinriktade och kognitiva tekniker¹⁰. Genom att tala om, visa och pröva (tell-show-do) åstadkommer man en gradvis exponering som syftar till en stegvis inläring av nya eller svåra moment. I denna beteendeinriktade metod finns också inslag av kognitiv förberedelse genom att språket anpassas i syfte att förmedla en så odramatisk men ändå ärlig bild som möjligt. Uppmuntran av önskat beteende (positiv förstärkning) är viktigt, och enklast blir det om vi alltid ligger steget före och vägleder patienten genom att tala om hur vi vill att han/hon ska bete sig, framför att tvingas korrigera ett mindre ändamålsenligt beteende. Vägledning och uppmuntran bidrar till upplevelsen av kontroll, av att situationen är förutsägbar och möjlig att hantera.

Ibland behöver de beteendeinriktade och kognitiva metoderna kompletteras med farmakologisk behandling. Farmakologiskt inducerad tillfällig ångestdämpning kan underlätta för patienten att våga pröva nya behandlingsmoment och få nya positiva erfarenheter. Vanliga farmakologiska metoder för ångestdämpning/

sedering inom barntandvård är att ge bensodiazepinpreparat (oralt eller rektalt) eller att erbjuda inhalation av lustgas/syrgas¹⁰.

Vid tandbehandling skall tandläkaren alltid sträva efter att minimera smärta och obehag. Lokalanestesi och en skonsam injektionsteknik är centralt, och kan vid behov kombineras med premedicinering med generella analgetika (tex paracetamol), som ges en timme före behandlingen. Även inhalation av lustgas/syrgas ger viss analgesieffekt.

Beteendeinriktad metodik, ibland kombinerad med farmakologisk behandling, kan vara mer eller mindre framgångsrik för olika barn. I såväl en holländsk studie¹¹ som i den refererade svenska studien² framkom att särskilt barnen med ett inåtvänt beteendemönster (rädda, hämmade barn), även efter specialistbehandling rapporterade relativt hög tandvårdsrädsla. I den svenska studien noterades även att de utagerande, impulsiva barnen i större utsträckning än övriga fortsatte att uppvisa behandlingsproblem².

Neuropsykiatriska diagnoser

Neuropsykiatriska diagnoser innefattar bland annat diagnoser som ADHD (attention deficit hyperactivity disorders) och autism. Epidemiologiska undersökningar tyder på att upp till 5% av en barn- och ungdomspopulation har en neuropsykiatrisk diagnos¹². Kommunikation med dessa patienter liksom behandling kräver ett individuellt anpassat och strukturerat förhållningssätt, något som ofta är till nytta även vid behandling av andra patienter.

Diagnosen ADHD baseras på symptom rörande koncentrationsproblematik och överaktivitet. Nya situationer skapar lätt oro och risken för problem i tandvårdssituationen, ofta med krav på att barnet ska sitta still och samverka, är uppenbar. Vid svårigheter med koncentration blir barnet lätt distraherat och har svårt

att sålla bland intryck. Därför bör omhändertagande och behandlingsrum planeras så att distraherande intryck minimeras. Det många barn upplever som en ombonad miljö (teckningar på väggarna, musik, leksaker och småprat) gör det ofta svårare för barn med neuropsykiatriska problem att koncentrera sig. En tydlig struktur där tandläkaren ger direktiv snarare än diskuterar vad som skall ske underlättar.

Det är viktigt att ha tillräckligt med tid så att mötet kan ske i en lugn och avslappnad atmosfär. Stegvis inskolning där stegen är små och målet för varje besök är tydligt och rimligt har kliniskt visat sig vara en framgångsrik strategi. Fotografier, schemata, eller skrivna berättelser om vad som kommer att ske kan vara goda hjälpmedel. Upprepning och övning är till god hjälp och inskolningen tar ofta betydligt längre tid än för andra barn. Inlärda färdigheter brukar dock bli stabila och många patienter blir duktiga i tandvårdssituationen. Naturligtvis kan även dessa patienter, förutom sin beteendeproblematik, också ha en tandvårdsrädsla.

Tandvård på barnets villkor

Barn är olika men har gemensamt behovet att få lära sig tandbehandling; vad som skall ske, hur det kan kännas, vem personen som behandlar är osv. Om barn inledningsvis får uppleva lyckade tandbehandlingar som inte gör ont, så minskar risken för tandvårdsrädsla och behandlingsmässiga problem. Det kan handla om en lugn och systematisk inskolning innan man skall laga en tand, eller enklare åtgärder som att polera eller fissurförsegla tänderna. Det kallas latent inhibition och kan beskrivas som att barnet „vaccineras“ mot TPPA¹³. Det är därför av stort värde att även barn utan aktuellt odontologiskt behandlingsbehov, trots dagens begränsade resurser, får möjlighet att skolas in i tandvårdssituationen. I en svensk avhandling av Holst visades att systematisk inskolning av alla barn- och ungdomspatienter sänkte medelbehandlingstiden i ett landstingsområde⁹. Inskolningen i

sig tog lite extra tid, men genom att satsa just denna tid sparade man totalt, då färre barn uppvisade behandlingsmässiga problem.

Lika självklart bör det vara att ta vara på och förvalta det förtroendekapital som arbetats upp när ett barn med TPPA behandlats för sin rädsla och/eller behandlingsproblematik. Om behandlingen skett på specialistklinik och patienten sedan återgår till ordinarie behandlare, behöver patienten ett fortsatt anpassat omhändertagande. Ett gott samarbete och tydlig kommunikation mellan specialistkliniken och den ordinarie tandläkaren är nödvändigt.

Vidare torde det för några av barnen med komplex problematik vara ändamålsenligt med en samverkan mellan barntandvård/pedodonti och klinisk barnpsykologi. Det gäller kanske speciellt då tandvårdsproblemet är knutet till inåtvända/hämmade respektive utagerande/impulsiva temperaments- och beteendemönster, och där hittillsvarande kunskap indikerar ett mindre lyckat resultat även efter specialistbehandling^{2,11}.

Sammanfattning

Tandvårdsproblem av psykologisk art (TPPA) innefattar såväl tandvårdsrädsla som behandlingsmässiga problem och förekommer hos upp till 20% av barn och ungdomar i de nordiska länderna. Obehandlade medför problemen med all sannolikhet en ökad risk för sämre munhälsa på sikt. Upprättandet av tillit i behandlingsrelationen, gradvis exponering, stegvis inläring, patientupplevd kontroll och god smärtpkontroll är grunderna i omhändertagandet. Detta förutsätter en tydlig kommunikation mellan tandläkaren, barnet/ungdomen och föräldern. Olika barn kan förväntas ha olika benägenhet att reagera med eller utveckla olika tandvårdsproblem av psykologisk art. Bemötande och behandling måste anpassas till det enskilda barnets behov och förutsättningar. Det är angeläget att söka fördjupad kunskap för att

bättre kunna prediktera och differentialdiagnostisera TPPA i såväl förebyggande syfte som för att utveckla skraddarsydda behandlingsmodeller. Detta arbete bör fortskrida i en samverkan mellan barntandvård och barnpsykologi.

LITTERATUR

- 1 Klingberg G. Dental fear and behavior management problems in children. A study of measurement, prevalence, concomitant factors, and clinical effects. Thesis. Göteborg: Göteborg University, 1995. *Swed Dent J* 1995; suppl 103.
- 2 Arnrup K. Paediatric dentistry meets clinical child psychology. Studying groups of uncooperative child dental patients. Thesis. Göteborg: Göteborg University, 2003.
- 3 Andersen IK. Tandlægeskræk i en børnepopulation. *Tandlægernes Nye Tidsskr* 2002;17:10-7.
- 4 Wogelius P, Poulsen S, Sorensen HT. Prevalence of dental anxiety and behavior management problems among six to eight years old Danish children. *Acta Odontol Scand* 2003;61:178-83.
- 5 Tuutti H. Dental anxiety in children and adolescents. Thesis. Kuopio: University of Kuopio, 1986.
- 6 Alvesalo I, Murtomaa H, Milgrom P, Honkanen A, Karjalainen M, Tay KM. The Dental Fear Survey Schedule: a study with Finnish children. *Int J Paediatr Dent* 1993;3:193-8.
- 7 Neverlien PO. Dental anxiety in children and adults. Empirical studies in Norway. Thesis. Bergen: University of Bergen, 1991.
- 8 Skaret E. Dental anxiety, dental indifference and non-attendance among Norwegian adolescents. Thesis. Bergen: University of Bergen, 2000.
- 9 Holst A. Behaviour management problems in child dentistry. Frequency, therapy and prediction. Thesis. Malmö: University of Lund, 1988. *Swed Dent J* 1988; suppl 54.
- 10 Berggren U, Willumsen T, Arnrup K. Treatments of dental anxiety in children and adults. *Tandläkartidningen* 2003;95:48-57.
- 11 ten Berge M. Dental fear in children: Prevalence, etiology and risk

- factors. Thesis. Amsterdam: Academic Centre for Dentistry Amsterdam, 2001.
- 12 Gillberg C. Epidemiological overview. In: Gillberg C. Clinical child neuropsychiatry. Cambridge: Cambridge University Press. 1995, pp 4-11.
 - 13 Davey CG. Dental phobias and anxieties: evidence for conditioning processes in the acquisition and modulation of a learned fear. *Behav Res Ther* 1989;27:51-8.

