
Påvirker tannstatus livskvaliteten?

ANNE NORDREHAUG ÅSTRØM OG EINAR BERG

Hva er livskvalitet?

I en vurdering om tannstatus påvirker livskvalitet, er det naturlig å begynne med å diskutere hva begrepet livskvalitet innebærer. Rent språklig vil det kanskje for de fleste gi assosiasjoner til grader av lykke eller ulykke og tilfredshet eller utilfredshet med tilværelsen. Selvrapportert livskvalitet er imidlertid ikke alltid i samsvar med objektive kriterier. Således kan et menneske som lever under objektivt sett gode forhold, tilkjenne dårlig livskvalitet, mens et annet som har plager av ulike slag, gir positivt uttrykk for sin. En persons oppfatning av sin livskvalitet er altså ikke bare knyttet til materielle forhold eller til forekomst eller fravær av ulike plager. En rekke andre omstendigheter kan også spille en avgjørende rolle for hvordan den enkelte vurderer sin livskvalitet.

Leter man i litteraturen, finner man ganske forskjellige definisjoner av livskvalitet avhengig av i hvilken sammenheng begrepet brukes: politisk, sosialt, psykologisk eller medisinsk. Livskvalitet er en subjektiv opplevelse, men hittil finnes det ingen allment akseptert definisjon av begrepet. I psykologisk og sosiologisk forskning er således fokuset på en persons psykiske velvære, og man forsøker å registrere opplevelse av positive og negative sider av livet. I medisinsk forskning på området er fokuset også på pasientens subjektive oppfatning av tilværelsen, men her

begrenset til hvilke effekter helseaspekter har i den forbindelse. I odontologisk forskning fokuseres det på den enkeltes opplevelse av sosiale og psykiske konsekvenser av tannstatus og tannsykdommer.

Oral helse og oral helsereelatert livskvalitet – begrepsmessig avklaring

Begrepene tannsykdom, oral helse og oral helsereelatert livskvalitet brukes ofte tilfeldig (1,2). Det synes imidlertid å være enighet om å skille tannsykdom, oral helse og oral helsereelatert livskvalitet fra hverandre både begrepsmessig og empirisk. Skillet tar utgangspunkt i Verdens Helseorganisasjons definisjon av helse som noe mer enn bare fravær av en sykdomsdiagnose. Denne definisjonen har altså ført til at sykdom, som er biologisk forankret, og helse, som er psykologisk og sosialt forankret, betraktes som to kvalitativt sett forskjellige tilstander (3). Fravær av sykdom betyr således nødvendigvis ikke god oral helse. Selv om sykdom og helse slik definert ofte er sammenfallende, kan de opptre separat. Betraktes tannsykdom og oral helse som to delvis uavhengige dimensjoner, blir sykdom bare en av flere trusler mot helsen. Å opprettholde og forbedre befolkningens orale helse blir da en mer omfattende oppgave enn bare å forebygge og behandle sykdom (3).

Som antydnet innledningsvis kan personer med kroniske sykdommer samtidig påstå at de har en god helse eller er tilfreds med helsetilstanden. I en norsk helseundersøkelse fra 1995 rapporterte 85% av samtlige voksne personer at de hadde god helse. Blant de 43% som oppga at de hadde en sykdom av mer varig natur, var andelen med meget god/god helse 71% (3). I 2004 var 3% av et landsrepresentativt utvalg av 2471 norske personer helt tannløse. Blant disse svarte likevel 47% at de hadde god tannhelse (1,2).

I en sosiologisk undersøkelse fra 1960-tallet fant Claudine Hertzlich (4) at helse ble oppfattet på tre ulike måter; som fravær

av sykdom, som ressurs, d.v.s. helse som en ressurs eller reserve som man trekker på i tilfelle tretthet eller sykdom, og som en tilstand av harmoni, balanse, velvære og funksjon. Det er usikkert hva folk baserer seg på når de vurderer sin orale helse som god eller dårlig. Locker (5) fant at tilstedeværelse/fravær av sykdom, funksjonstap, emosjonell ubalanse samt regelmessig bruk av tannbørste, tanntråd og tannhelsetjenester forklarte størstedelen av variasjonen i selvopplevd oral helse blant eldre. Det ser altså ut til at gode tannhelsevaner og regelmessig bruk av tannhelsetjenester forstås som god oral helse og at dårlige tannhelsevaner forstås som mindre god oral helse snarere enn som årsaker til variasjon i oral helse. I den seinere tid har det mer moderne begrepet livskvalitet langt på vei erstattet helse/oral helse som overordnet begrep. I dag forstås helserelatert livskvalitet som en del av et større helsebegrep. Helse og livskvalitet har også mange felles påvirkningsfaktorer (3).

Som nevnt tidligere, hva som presist menes med begrepet oral helserelatert livskvalitet er det ennå ikke full enighet om (6). Mens oral helse er en beskrivelse av funksjonelle, sosiale og psykologiske følgetilstander av tannsykdom, er det den betydningen folk tillegger disse opplevde sykdomskonsekvenser, som per definisjon er oral helserelatert livskvalitet. Oral helserelatert livskvalitet er således uttrykk for personers verdier og forventninger. Den begrepsmessige forskjell mellom opplevd oral helse og oral helserelatert livskvalitet kan også observeres empirisk. I OMNIBUS-undersøkelsen fra 2004 oppga 11 % av den norske voksne befolkning at deres tannhelse var dårlig, men påstod seg samtidig å ha en god oral helserelatert livskvalitet (7, 8). Dette tilsynelatende paradoks er blitt forklart med forskjeller i personlige forventninger. Således kan personer med dårlig tannstatus være mer fornøyd med sin livskvalitet enn personer med god tannstatus. Kombinasjonen god tannstatus og misnøye med oral helserelatert livskvalitet kan karakteriseres som et ”prinsessen på erten”-fenomen.

Hvordan måles oral helse relatert livskvalitet?

Den enkleste måte å måle oral helse er å be respondentene vurdere sin orale helse etter en skala fra svært god til svært dårlig. I tillegg til enkle globale mål for selvopplevd oral helse er det i løpet av de senere år utviklet skalaer eller instrumenter for å måle oral helse relatert livskvalitet (9). Disse er ment å vurdere betydningen av tannsykdom for funksjon, smerte, ubehag og problemer med å utføre sentrale daglige gjøremål. Da verken oral helse eller oral helse relatert livskvalitet kan observeres eller måles direkte, benytter disse måleinstrumenter seg av målbare forhold som man antar reflekterer den underliggende "latente dimensjonen" livskvalitet. De fleste anerkjente måleinstrumenter har gode psykometriske egenskaper, d.v.s. tilfredsstillende grad av gyldighet (validitet) og stabilitet (reliabilitet). Problemet er imidlertid at en ikke kan være helt sikker på at den målte dimensjonen faktisk samsvarer med livskvalitet – slik den enkelte pasient selv oppfatter begrepet.

Tabell 1 viser en oversikt over de mest brukte instrumenter til å måle oral helse relatert livskvalitet som er utviklet i løpet av de siste 20 år. Måleinstrumenter er utviklet for både voksne og barn, er oversatt til ulike språk og funnet å ha stor grad av gyldighet. Målingene tar utgangspunkt i at livskvalitet antas å være summen av funksjonelle, psykologiske og sosiale aspekter eller konsekvenser av sykdom og den betydningen disse konsekvensene tillegges. Antall og hvilke komponenter som inngår og hvordan de skal vektas i forhold til hverandre varierer mellom de enkelte måleinstrumenter. De fleste bygger på en teoretisk modell der sykdom og sykdomskonsekvenser opptrer som en sekvens av hendelser fra skade og vevsødeleggelse via symptomer og redusert funksjon til uførhet og handikap.

I Norge er indeksen "Oral Impacts on Daily Performances" brukt i et representativt utvalg av den voksne befolkningen (16-79 år) for å kartlegge i hvilken grad problemer fra tenner, munn-

hule og proteser preget daglige aktiviteter som det å spise og nyte maten, snakke og uttale ord, munnhygiene, sove og slappe av, smile og le, opprettholde emosjonell balanse, sosial omgang og samvær med andre. I undersøkelsen kom det frem at ca. 18% av den generelle norske befolkning rapporterte redusert oral livskvalitet eller problemer med en eller flere av de ovenfor nevnte daglige gjøremålene (7, 8). Blant 65 åringer i Sverige og Norge var andelen som oppgav redusert oral livskvalitet, målt med samme skala, henholdsvis 28% og 30% (10).

Et annet kjent instrument som er relevant når det gjelder å belyse spørsmålet om i hvilken grad tannstatus påvirker livskvalitet, er "Oral Health Impact Profile" (OHIP) (9). Dette instrumentet finnes i flere versjoner, spesialkonstruert både for protesebærere og folk med egne tenner. Innledningsvis blir pasientene bedt om å vurdere i hvilken grad forholdene i munnen har hatt betydning for livskvaliteten. Spørsmålene forholder seg til problemstillinger innenfor følgende 7 områder; funksjonelle begrensninger, smerte, psykisk ubehag, svekket fysisk, psykisk og sosial funksjon samt hvor handikappet pasienten føler seg.

Tabell 1. Instrumenter til måling av oral helserelatert livskvalitet utviklet før og etter 1997-konferansen i North Carolina (andrehåndreferanser, finnes i ref. # 6).

Instrument	Forkortning	Antall spørsmål	Forfatter*
Utviklet før 1997			
Social Impacts of Dental Disease	SIDD	14.	Cushing og medarbeidere, 1986
General Oral health Assessment Index	GOHAI	12	Atchison og Dolan, 1990
Dental Impact Profile	DIP	25	Strauss og Hunt, 1993
Oral Health Impact Profile	OHIP	49	Slade og Spencer, 1994

Oral Impacts on Daily Performances	OIDP	9 (8)	Adulyanon og Sheiham, 1997
Subjective Oral Health Status Indicators	SOHSI	34	Dolan og medarbeidere, 1994
OHRQoL	The DELTA	6	Kressin, 1996
Dental Impacts on Daily Living	DIDLS	36	Leao og Sheiham, 1996
Oral Health Quality of Life Inventory	OH-QoL	15	Cornell og medarbeidere, 1997
Rand Dental Questions		3	Dolan og medarbeidere, 1991
Utviklet etter 1997			
Child Oral Health Quality of Life Questionnaire	COHQoL		Jokovic og medarbeidere, 2002
Oral Health Related Quality of Life Measure	UK OHQoL-UK	16	McGrath og Bedi, 2001
Child OIDP	CHILD_OIDP	8/9	Gherunpong og medarbeidere, 2004
OHRQOL for Dental Hygiene		7 skalaer	Gadbury-Amyot og medarbeidere, 1999
Orthognathic QOL Questionnaire		22	Cunningham og medarbeidere, 2000
Surgical Orthodontic Outcome Questionnaire	SOOQ	33	Locker og medarbeidere, 2007

Påvirker tannstatus oral helserelatert livskvalitet?

Antall tenner er en indikator på befolkningens tannstatus. Landsdekkende undersøkelser har vist at andelen helt tannløse i den norske voksne befolkningen over 16 år har sunket fra 20% i 1975 til 8% i 1995 (11). Flere nasjonale og internasjonale studier har påvist sammenheng mellom tannstatus og oral helserelatert livskvalitet. Således fant man blant norske og svenske 65-åringere dårligere oral helserelatert livskvalitet med økende antall tapte tenner etter å ha tatt høyde for variasjon i livsstil, sosiale og demografiske forhold (7). I OMNIBUS-undersøkelsen fra 2004 oppga 13% og 39% av respondentene med og uten egne tenner redusert oral helserelatert livskvalitet (7, 8). Tannstatus har også vist seg å påvirke oral helserelatert livskvalitet over tid.

På tross av en rådende usikkerhet hva angår i hvilken grad instrumenter som OHIP og OIDP faktisk måler oral helserelatert livskvalitet, er resultatene fra undersøkelser der disse instrumenter benyttes, interessante. I en undersøkelse av 7000 tilfeldig utvalgte personer fra Storbritannia og Australia, fant man at briter generelt rapporterte høyere oral helserelatert livskvalitet enn australiere (12). Forskjellen var ganske betydelig – ikke bare fra en statistisk, men også en klinisk synsvinkel. Forfatterne konkluderte med at helserelatert livskvalitet har en kulturell dimensjon. Forskjellen ble ytterligere bekreftet ved at australiere med fødested utenfor landet viste resultater som samsvarte med opprinnelsesnasjonens. Denne kulturelle ulikheten viste seg også når man så på forholdet mellom antall tenner i resttannsettet og helserelatert livskvalitet. Generelt ble det rapportert en økende positiv effekt på livskvalitet når antallet gjenværende tenner økte, men på ulik måte i de to landene. I Storbritannia forbedret den helserelaterte livskvaliteten seg således gradvis ettersom antallet gjenværende tenner steg fra 9 til 24. I Australia derimot, var det ingen signifikant forbedring i livskvalitet før

tannsettet besto av 24 tenner eller flere. Dessuten var terskelverdien for antallet tenner, der effekten på livskvalitet endret seg betydelig; 24 for australiere og 17 for briter.

Også alder synes å ha en effekt på oral helsereelatert livskvalitet. I motsetning til hva man skulle tro, rapporterte aldersgruppen 30 – 49 år betydelig dårligere livskvalitet som følge av de orale forhold enn aldersgruppen 50 – 70 +. Man vet imidlertid ikke sikkert om årsaken er større toleranse for orale problemer blant eldre enn blant yngre eller om det er tale om kohortforskjeller fordi de yngre, som følge av samfunnsutviklingen, muligens generelt stiller større krav enn de eldre.

Dette funn er bekreftet i andre studier. Således fant man i OMNIBUS-undersøkelsen bedre oral helsereelatert livskvalitet blant eldre enn blant yngre aldersgrupper uavhengig av tannstatus (7, 8). Holst og medarbeidere målte oral helsereelatert livskvalitet etter OHIP i den norske voksne befolkning og fant at den yngste aldersgruppen hadde mer ubehag og problemer med tannhelsen enn eldre aldersgrupper (1, 2). Disse funn forsterker antagelser om at ikke bare antall tenner og tennenes tilstand, men også sosiale, kulturelle og psykologiske faktorer er viktige når folk evaluerer sin tannhelsereelaterte livskvalitet.

I en ny upublisert pågående studie ved universitetet i Bergen, ble det påvist at pasienter med helproteser i begge kjever hadde vesentlig bedre oral helsereelatert livskvalitet enn pasienter med en helprotese i overkjeven og naturlig tannsett i underkjeven. Begge funn står i motsetning til hva man kunne forvente dersom objektive kriterier legges til grunn: Tennenes antall og tilstand blir jo ikke bedre med alderen, noe som burde reflekteres i at livskvaliteten ble dårligere med stigende alder. Videre er den orale funksjon hos pasienter med to avtagbar proteser vesentlig dårligere enn hos dem som bare har én.

Andre forfattere har sett på forholdet mellom forkortede tannrekker ("shortened dental arches") og i hvilken grad erstatninger med partielle proteser påvirker oral helsereelatert livskvalitet. Forkortede tannrekker er et uttrykk først fremsatt for mer enn

20 år siden av den hollandske professor Käyser (13) og betegner et tannsett der de fleste eller alle molarene mangler. Interessant nok viser det seg at livskvaliteten synes upåvirket av at posteriore tenner er gått tapt. Bare i situasjoner der også anteriore tenner mangler, bedres den orale helserelaterede livskvalitet vesentlig når de manglende tenner erstattes med en partiell protese, selv om den ikke når opp mot nivået hos pasienter med fullt tannsett. Uten tvil er dette en vesentlig grunn til at mange partielle proteser ikke blir benyttet – fordi pasientens opplevde fordel ved bruken er mindre enn ulempene. Følgelig er dette ett av de forhold som bør tillegges vesentlig betydning når indikasjoner for protetiske erstatninger skal vurderes. Man har også funnet at manglende posteriore tenner har liten eller ingen betydning for tilfredsheten med de orale forhold, og at mange friendepoteser ikke blir brukt fordi pasientens subjektive behov er mindre enn de såkalte ”normative”. I samsvar med klinisk erfaring fant man dessuten at utseendemessige forhold har betydning for tilfredsheten med behandlingen for de aller fleste.

Praktiske konsekvenser

Med bakgrunn i at det ikke finnes en allment akseptert definisjon av begrepet livskvalitet og at tilgjengelige måleinstrumenter neppe kan sies å være absolutt gyldige, hvilken betydning har da resultater av livskvalitetsmålinger for den allmennpraktiserende kliniker? Svaret er først og fremst at disse måleinstrumentene gir et uttrykk for pasientens egne vurderinger på området. Tannleger kan dermed få verdifull kunnskap om pasientenes oppfatninger, noe som kan være til hjelp ved vurdering av behandlingsbehov så vel som ved evaluering av ulike former for behandling og forebyggende virksomhet.

Dette forhold er av avgjørende betydning i en tradisjon der objektive orale helsekriterier og behandling av samme ellers har vært nær enerådende – frem til for relativt kort tid siden. Des-

suten er det vel lett å være enig i at en vesentlig målsetning for enhver behandling er å tilfredsstille pasientens subjektive behov. Den mer kliniske nytteverdien ligger kanskje først og fremst i at pasientenes perspektiv på verdien av de ulike protetiske behandlingsformer ved tanntap, så som avtagbare, faste, tann- og implantatforankrede erstatninger, tydeliggjøres. Selv om man generelt ikke kan ekstrapolere resultater av denne art på enkeltindivider, skulle de være av betydelig interesse når indikasjonsstillingen for behandlinger vurderes. I tillegg kan man forvente at det bildet som avtegnes etter denne type undersøkelser, med tiden også vil få samfunnsmessige konsekvenser, særlig med tanke på samfunnsøkonomiske prioriteringer.

Allmennpraktikeren må også forholde seg til eventuelle kulturforskjeller hva angår effekten av tannstatus på livskvalitet. Slike kulturforskjeller finnes sannsynligvis mellom de nordiske land, mellom by og land og i alle fall i Norge mellom nord og sør. Hvorvidt eller hvordan slike forskjeller reflekteres i den protetiske behandling som faktisk utføres, er ikke kjent, men det er vist at man i Sverige i betydelig større grad enn i Danmark erstatter manglende tenner med faste proteser (14). Av disse grunner er resultatene av den forskning som gjøres for å kartlegge effekten av tannstatus på pasientenes livskvalitet, av generell interesse. Overfor den enkelte pasient vil det imidlertid fremdeles være avgjørende nødvendig at tannlegen bruker tid og tålmodighet på å klargjøre de omstendigheter - knyttet til behandling av manglende tenner- som antas å gi den enkelte pasient den behandlingen som gir ham eller henne best mulig livskvalitet.

LITTERATUR

1. Holst D, Skau I, Grytten J. Egenvurdert tannhelse, generell helse og tannstatus i den voksne befolkning i Norge i 2004. Den Norske Tannlegeforenings Tidende 2005;115:576-80.
2. Holst D, Dahl KE. Påvirker oral helse livskvaliteten? Den Norske Tannlegeforenings Tidende 2008;118:212-8.
3. Mæland JG. Individuell helse og folkehelse. I Mæland JG: Forebyggende helsearbeid i teori og praksis. 2 utgave, Universitetsforlaget 2006; 25-35.
4. Hertzlich C. Health and illness. European Monographs in Social Psychology No 5. Academic Press, London.
5. Locker D, Wexler E, Jokovic A. What do older adults' global self-ratings of oral health measure? J Public Health Dent 2005;65:146-52.
6. Locker D, Allen F. What do measures of oral quality of life measure? Community Dent Oral Epidemiol 2007;35: 401-11.
7. Åstrøm AN, Haugejorden O, Skaret E, Trovik TA, Klock KS. Oral impacts on daily performance in Norwegian adults: the influence of age, number of missing teeth and socio-demographic factors. Eur J Oral Sci 2006;114:115-121.
8. Åstrøm AN, Haugejorden O, Skaret E, Trovik TA, Klock KS. Oral impacts on daily performance in Norwegian adults: validity, reliability and prevalence estimates. Eur J Oral Sci 2005;113:289-96.
9. Slade GD. Measuring Oral health and quality of Life. Chapel Hill: University of North Carolina, Dental Ecology, 1997.
10. Ekback G, Åstrøm AN, Klock KS, Ordell S, Inell L. Variation in subjective oral health indicators of 65 – year – olds in Norway and Sweden.
11. Statistisk Sentralbyrå. Helseundersøkelsen 1995. Statistisk årbok 1997. Oslo: Statistisk Sentralbyrå, 1997.
12. Steel JG, Sanders AE, Slade GD, Allen PF, Lahti S, Nuttal N, Spencer AJ. How do age and tooth loss affect oral health impacts and quality of life? A study comparing two national samples. Community Dent Oral Epidemiol 2004;32:107-14.

13. Kayser AF. Limited treatment goals - shortened dental arches. *Periodontology* 2000 1994;4:7-14.
14. Palmqvist S, Søderfeldt B, Vigild M, Kihl J. Dental conditions in middle-aged and older people in Denmark and Sweden: a comparative study of the influence of socioeconomic and attitudinal factors. *Acta Odontol Scand.* 2000;58:113-8.